



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XVI Reunión

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD

XVII Reunión



Washington, D. C.  
Septiembre-Octubre 1965

*Documentos*

Tema 26 del proyecto de programa

CD16/25 (Esp.)  
13 agosto 1965  
ORIGINAL: ESPAÑOL

ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES  
DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD ASI COMO DE  
OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD

En cumplimiento de la Resolución XL de la XV Reunión del Consejo Directivo, referente a relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las secretarías o ministerios de salud u otros organismos gubernamentales de salud, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana convocó a un Grupo de Estudio que se reunió en Washington, D.C., desde el 12 al 16 de julio de 1965, bajo el patrocinio conjunto de la OPS y de la OEA.

Este Grupo discutió ampliamente el tema de la convocatoria sobre la base de un documento de trabajo previamente preparado por un Asesor Especial.

El Informe Final de este Grupo de Estudio se somete a la consideración de la XVI Reunión del Consejo Directivo y, de acuerdo con el párrafo 3 de la parte operativa de la mencionada Resolución XL, será comunicado a los Ministerios de Salud de los Gobiernos de la Organización. La OEA, a su vez, lo hará llegar a las instituciones de seguridad social, con las que mantiene relaciones.

Adjunto: Apéndice

19329

RA

10

A4

1965

pt. 2

SP.

CD16/25 (Esp.)  
APENDICE  
13 agosto 1965  
ORIGINAL: ESPAÑOL

RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES  
DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD  
U OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD

INFORME FINAL DEL GRUPO DE ESTUDIO



**GRUPO DE ESTUDIO**  
sobre  
**COORDINACION DE LA ATENCION MEDICA EN AMERICA LATINA**  
Washington, D.C., Julio de 1965

---

RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES  
DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD  
U OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD

INFORME FINAL

WASHINGTON, D.C. 12-16 julio 1965

GRUPO DE ESTUDIO  
sobre  
COORDINACION DE LA ATENCION MEDICA EN AMERICA LATINA  
con especial énfasis en las  
RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE  
SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD U  
OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD

---

Lista de Participantes

Dr. Roberto Acosta Borrero  
Director del Ministerio de Salud Pública  
Bogotá, Colombia

Dr. Nelson de Moraes (Relator)  
Fundação SESP, Rio de Janeiro  
Brasil

Dr. Daniel Orellana  
Jefe de la Sección de Sanidad Internacional  
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social  
Caracas, Venezuela

Dr. Claudio Prieto  
Director de Salud  
Asunción, Paraguay

Lcdo. Rodrigo A. Moreno  
Administrador del Hospital General  
de la Caja de Seguro Social  
Panamá, República de Panamá

Dr. Carlos Andrade Marín (Presidente)  
Presidente del Instituto Nacional  
de Previsión del Ecuador  
Quito, Ecuador

Dr. Fernando Escalante Pradilla  
Sub-Gerente de la Caja  
Costarricense de Seguro Social  
San José, Costa Rica

Dr. Arturo Vasi Páez  
Director de la Oficina de Programación  
Caja Nacional del Seguro Social  
Lima, Perú

Dr. Gastón Novelo  
Jefe del Departamento de Asuntos Internacionales  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
México, D.F. México

Dr. Tomás Pineda Martínez  
Director de Salud  
San Salvador, El Salvador

Secretaría

Dr. Oswaldo L. Costa  
Jefe del Departamento de  
Promoción de la Salud de la OSP

Sr. Beryl Frank  
Jefe del Programa de Seguridad Social  
del Departamento de Asuntos Sociales de la OEA

Dr. René García Valenzuela  
Asesor Regional en Atención Médica  
de la OSP

Dr. Alfredo Leonardo Bravo  
Asesor Especial de la OSP

Dr. A. Peter Ruderman  
Asesor Económico de la OSP

Srta. Mary H. Burke  
Estadístico de la OSP

GRUPO DE ESTUDIO SOBRE  
COORDINACION DE LA ATENCION MEDICA EN AMERICA LATINA  
con especial énfasis en las  
RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE  
SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD  
U OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD

INFORME FINAL

INTRODUCCION

El 12 de julio de 1965, a las 9 de la mañana, se reunió en la Sala de Conferencias de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Grupo de Estudio convocado conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de los Estados Americanos, para discutir la Coordinación de la Atención Médica prestada por las Instituciones de Seguridad Social y por los servicios dependientes de los Ministerios u otros Organismos Gubernamentales de Salud.

Inauguró la reunión el Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, quien, junto con dar la bienvenida a los participantes, dió a conocer que al aprobar la convocatoria de este Grupo de Estudio, "estuvo presente en el espíritu del Consejo la obligación moral del administrador de salud de prestar servicios oportunos al menor costo y de la mejor calidad posibles, con invariable consideración a la persona como miembro de una familia y componente de la sociedad, sometida a los riesgos del ambiente y cuya adaptación a sus contingencias se revela en salud y enfermedad". Dijo más adelante el Director, que "los organismos públicos y privados, en ellos incluidos los Institutos de Seguridad Social, quedan obligados a ajustar sus funciones a la historia natural de los procesos biológicos de los seres humanos, en los que las alternativas de salud, enfermedad e invalidez, son expresiones de la continuidad de su ciclo vital y corresponden a las acciones de orden preventivo, curativo y social" que deben llevar a cabo las instituciones encargadas del cuidado de la salud.

Finalmente, el Dr. Horwitz planteó algunas interrogantes que constituyen otras tantas materias para la investigación del Grupo de Estudio. Ellas fueron: "¿La incoordinación reinante entre los servicios médicos de las Instituciones de Seguridad Social y los Ministerios de Salud obedece sólo a causas convencionales derivadas de una falta de definición jurídica del campo de acción de cada cual? o, a la inversa, ¿tiene sus raíces más profundas en un proceso económico y social característico de los países en desarrollo? ¿Cómo facilitar al Estado el cumplimiento de su obligación de proveer cuidados de salud en lo posible para toda

la comunidad, y la coordinación global de los recursos de que dispone?" Terminó el Dr. Horwitz expresando su gratitud al Dr. José A. Mora, Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, por la comprensión con que esa Organización prestó su patrocinio conjunto a esta reunión.

A continuación hizo uso de la palabra el Sr. Beryl Frank, en representación del Secretario General de la OEA, quien después de hacer una historia de las distintas etapas que la OEA y la OSP han cumplido en este trabajo cooperativo en pro de la coordinación de la atención médica "especialmente entre los dos principales proveedores de tales servicios, los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguro Social", terminó declarando que "todos tenemos conciencia de que vivimos un momento histórico que espero va a iniciar una nueva etapa en las relaciones entre los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social".

El Dr. Carlos Andrade Marín fue elegido Presidente del Grupo de Estudio y el Dr. Nelson de Moraes, Relator.

El Dr. René García Valenzuela, Secretario del Grupo de Estudio, indicó la metodología prevista para las sesiones del Grupo y dió a conocer el marco de referencia para sus trabajos, que es el siguiente:

#### MARCO DE REFERENCIA

1. Analizar las relaciones que existen en el momento actual entre los servicios de atención médica u otros dependientes de los Ministerios de Salud y los de las Instituciones de Seguridad Social.
2. Recomendar procedimientos para obtener un mejor conocimiento del problema, que permita a los países reforzar y perfeccionar los servicios locales y nacionales de salud, y a la OPS y a la OEA, establecer los órganos y métodos adecuados para prestar ayuda eficiente en esta materia a los países que la soliciten.
3. Proponer medidas para promover una mejor coordinación en los servicios de atención médica regidos por los Ministerios de Salud, con los de las Instituciones de Seguridad Social u otros organismos, y de todos ellos con los servicios básicos de salud, a través de una planificación efectiva e integral del sector salud.

Por su parte, el Dr. Alfredo Leonardo Bravo, Asesor Especial, dió a conocer la Orden del Día y el programa de trabajo, ex-



plicando, en forma sucinta, el enfoque que se ha dado al problema en el Documento de Trabajo previamente llevado a conocimiento de los miembros del Grupo. En este documento, después de una revisión de los aspectos conceptuales y de los acuerdos internacionales que rigen el cuidado de la salud, se hace una revisión de la situación actual en distintos países de Latino América, destacando algunos ensayos de coordinación o integración de servicios, como asimismo, el lugar que la salud y la seguridad social ocupan en la planificación del desarrollo que cada día están aplicando en mayor grado los países del Continente. Después de analizar las causas que aparentemente están obstaculizando la coordinación entre los servicios médicos de las Instituciones de Seguridad Social y aquéllos de los Ministerios de Salud, terminó insinuando algunos de los métodos que podrían promover una mayor coordinación dentro de un plan progresivo y adaptado a las distintas etapas de desarrollo en que se encuentran los servicios de cuidado de la salud de las instituciones respectivas.

El Grupo de Estudio examinó detenidamente el documento de trabajo en todos sus capítulos y llegó a la conclusión de que este documento enfoca con propiedad los conceptos fundamentales del problema y que destaca sus aspectos principales, describiendo con fidelidad la situación actual en América Latina y propone métodos valederos para corregir la falta de coordinación entre las instituciones que prestan atención médica. Por este motivo, el Grupo hace suyas las recomendaciones y sugerencias contenidas en el documento y decide incluirlo íntegramente como anexo del presente informe.

El Grupo acordó, además, llevar a la atención de las instituciones patrocinantes los siguientes puntos complementarios que fueron motivo de debate y que se analizan en las páginas siguientes de este informe.

- I. Revisión histórica de los obstáculos que han impedido una buena coordinación.
- II. Concepto de coordinación.
- III. Planificación del desarrollo.
- IV. Cobertura de las prestaciones médicas de la seguridad social y uniformación de sus regímenes.
- V. Recursos humanos.
- VI. Costos y financiamiento.
- VII. Proyecto de Encuesta.
- VIII. Otras Recomendaciones.

I. REVISION HISTORICA DE LOS OBSTACULOS QUE HAN IMPEDIDO UNA BUENA COORDINACION

Los miembros del Grupo tuvieron presente que, si bien la coordinación entre los distintos servicios estatales y privados que dan prestaciones médicas para el cuidado de la salud de diversos grupos de la comunidad es, y ha sido, una preocupación de carácter permanente de los Gobiernos, no es menos cierto que ella adquirió importancia capital, después de aprobada la Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este, en la que se hizo mención de la atención médica, como uno de los elementos que han de servir de base al desarrollo económico y social de los países de América Latina. Desgraciadamente, en la reunión de Punta del Este, estuvieron ausentes los personeros de la Seguridad Social. Como consecuencia de esta circunstancia, las declaraciones contenidas en la mencionada Resolución A.2 tuvieron un carácter muy general y no pudieron hacerse cargo de la influencia que la Seguridad Social tiene dentro del desarrollo socio-económico. El acuerdo, por otra parte, aspira a dar mayor atención y a perfeccionar los servicios, pero no incluye ninguna disposición respecto a lo que se estima fundamental, esto es, la necesidad de colaboración estrecha entre los organismos responsables del cuidado de la salud de la comunidad.

El Grupo ha creído conveniente llamar la atención sobre el hecho que se observa con frecuencia en numerosos países, en los que no sólo existe incoordinación entre Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social, sino que también entre los distintos Departamentos de los Ministerios entre sí o de las Cajas de Previsión, en sus relaciones mutuas. La consecuencia de esta falta de colaboración y entendimiento entre distintos organismos gubernamentales, es la desintegración del sector salud, que está siendo planificado en forma parcial en sub-sectores, que se ignoran u oponen entre sí.

Por otra parte, el grupo consideró oportuno dejar constancia de que sería de toda conveniencia establecer la coordinación entre los distintos organismos encargados de la atención médica, no sólo a nivel nacional, sino también coordinar la asistencia técnica que prestan los organismos internacionales, los cuales no siempre se presentan defendiendo idénticos principios ni aplicando iguales métodos.

Se reconoció que una causa importante de la incoordinación actual depende de defectos creados por la evolución histórica. En efecto, en la mayoría de los países latinoamericanos, la Seguridad Social antecedió a la creación de los Ministerios de Salud y uno y otros fueron precedidos por las bene-

ficencias, que tradicionalmente habían prestado servicios médicos a la población indigente y desvalida desde la época colonial. La Seguridad Social nació bajo la inspiración de los países europeos, con su orientación estrictamente curativa, vale decir, de diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Por su parte, los Ministerios de Salud, influidos preferentemente por los conceptos norteamericanos de salud pública, se dedicaron durante mucho tiempo a los aspectos preventivos y de salud ambiental y solo con posterioridad comprendieron su obligación con respecto a las acciones curativas. Al hacerlo, se han correlacionado o han absorbido, según los casos, los servicios de beneficencia, haciéndose cargo, junto con ello, de toda una tradición de atención médica prestada con criterio caritativo, lo que ha determinado la subsistencia de prejuicios institucionales, base de la incomprensión y la incoordinación actuales.

Por su parte, los servicios médicos de las Instituciones de Seguridad Social han tenido un desarrollo muy variable en los distintos países del continente y mientras que en algunos precedieron a los beneficios económicos, en otros, en cambio, fueron postergados hasta que las instituciones acumularon los capitales adecuados para considerarlos. En aquellos países en que las Instituciones de Seguridad Social dieron preeminencia a la atención médica, construyendo hospitales propios y organizando servicios de alta calidad, la modernización de la atención médica fue rápida y sus recursos materiales, económicos y profesionales han alcanzado niveles de eficiencia, con los que difícilmente pueden competir los Ministerios. En tales casos, la coordinación resulta bastante difícil. En otros países, en cambio, donde la atención médica prestada por las Instituciones de Seguridad Social fue más lenta, sin organización de servicios propios, la coordinación se ha producido casi en forma espontánea, ya que la Seguridad Social, al no disponer de hospitales, hubo de comprar servicios en el sitio adecuado, vale decir, en los hospitales del Ministerio o de la Beneficencia. Se citó, también, el caso de un país en que hospitales del Ministerio fueron traspasados a un organismo de Seguridad Social, el que, al introducirle modificaciones los hizo progresar en forma extraordinaria.

Algunos miembros del Grupo expresaron su opinión, en el sentido de que antes de promover desde un comienzo cualquier legislación integracionista de carácter compulsivo, que suele ser resistida, puede ser de mayor interés inicial la coordinación práctica en el terreno, especialmente en aquellos sitios o ambientes que mejor se presten a la iniciativa, como son las ciudades pequeñas o ciertas agrupaciones del sector rural.

Se hizo presente, también, que debería tenerse en cuenta la situación diferente que se produce en los países con régimen federal, donde el Gobierno Central sólo tiene atribuciones normativas y en los que las autoridades ejecutivas son los Estados.

Finalmente, se sugirió que se puede llegar a la coordinación a través de una extensión del campo de aplicación de la Seguridad Social.

El Grupo estuvo de acuerdo en que uno de los obstáculos mayores para una buena coordinación es 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. Por esta razón, se dijo que la solución debe radicarse en una efectiva planificación integral del desarrollo a través de la cual se produzca un adecuado financiamiento de todos los servicios, lo que hará desaparecer estos temores y creará una actitud psicológica más adecuada para la coordinación de servicios, teniendo presente que el objetivo único y común es el bienestar del ser humano como miembro de una comunidad.

## II. CONCEPTO DE COORDINACION

Se discutió ampliamente el significado y la distinción que existe entre coordinación e integración. Hubo consenso de que la mayoría de los países latinoamericanos no están aún preparados para una integración de servicios, entendiendo por tal la unificación total, administrativa y financiera, la cual sólo podría considerarse como un ideal a largo plazo.

El Grupo tomó conocimiento de que la OPS ha preferido hablar de integración técnica de acciones preventivas y curativas y de coordinación administrativa como elemento de cooperación intra e interinstitucional.

Como conclusión, el Grupo aceptó que para los efectos del tema en discusión debe entenderse por coordinación 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.

Con esta delimitación conceptual, el Grupo estuvo de acuerdo en que sus objetivos deben ser:

- a) Obtener que las distintas instituciones del sector salud utilicen racionalmente los recursos de que disponen,
- b) Indicar métodos para obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles, y
- c) Conseguir que las futuras inversiones y aportes sean proporcionales a las necesidades, a fin de garantizar su aprovechamiento pleno.

Las ventajas de la coordinación parecen obvias como consecuencia de los objetivos definidos en el párrafo anterior, y es evidente que los principios de eficacia y economía tendrían su aplicación integral si los precarios recursos con que cuentan las instituciones y los países se utilizaran al máximo poniéndolos a disposición del mayor número posible de individuos.

La forma más simple de alcanzar la coordinación es la ordenación de recursos y acciones a nivel local, especialmente en pequeñas comunidades rurales. El Grupo reconoció, sin embargo, que esta coordinación local difícilmente puede tener éxito si no se produce al mismo tiempo una coordinación de propósitos a nivel nacional, a través de la cual las distintas instituciones participantes decidan aunar sus esfuerzos aún cuando sigan manteniendo su individualidad administrativa e independencia financiera.

También será posible alcanzar la coordinación a través de las medidas que se tomen para realizar una campaña específica dirigida al control de una determinada enfermedad o en un momento de emergencia o de desastres colectivos. En estos casos, será fácil que un programa con objetivos bien determinados y con procedimientos de acción bien precisos pueda ser financiado en forma colectiva por las instituciones y puesto bajo la dirección de un comando único nombrado de común acuerdo. También es posible coordinar el uso de los recursos físicos (hospitales, centros de salud, etc.), como asimismo de equipos tales como laboratorios, rayos X, lavanderías, servicios de alimentación, etc.

Uno de los mayores obstáculos para alcanzar la coordinación en las acciones de terreno es la escasez, y a veces ausencia, de personal capacitado. El Grupo reconoció la conveniencia de que los esfuerzos de las distintas instituciones y Ministerios se coordinen para organizar cursos de adiestramiento en servicio del personal, con el objeto de superar esta deficiencia.

Un plan de coordinación podría aplicarse a través de la creación de comités centrales y locales de coordinación, con representantes de los sectores interesados. Es importante garantizar a cada entidad la mantención de su independencia y de su personalidad propia, asegurando también a cada institución que no habrá obstáculos para que pueda cumplir con sus obligaciones legales y con sus propios fines.

### III. PLANIFICACION DEL DESARROLLO

Hubo consenso unánime entre los componentes del Grupo para reconocer que la salud es un problema único y constituye un todo que debe planificarse en forma integral y en escala nacional.

En relación con lo anterior, se hizo presente que en varios países latinoamericanos, el sector salud no está representado en las juntas de planificación a nivel presidencial y en otros, está subdividido en subsectores que hacen llegar sus proposiciones en forma independiente y compiten por autoridad y financiamiento dentro del mismo campo. El Grupo reconoció, sin reserva, que la incorporación del sector salud dentro de la planificación nacional del desarrollo económico y social, debe ser considerada como la vía de solución y como el conducto de acceso al más alto nivel, siendo a la vez, la mejor fuente de coordinación intra e intersectorial. Un plan nacional de desarrollo equivale a una ley permanente en la que cada elemento adquiere un peso y un valor específico, y sirve para guiar los pasos de los técnicos de los distintos sectores, siempre que cuente con un apoyo financiero y político decidido del Gobierno, condición indispensable para que pueda prosperar. Deben realizarse todos los esfuerzos para que el administrador de salud pueda participar en el desarrollo de la planificación en el más alto nivel, por cuanto es un hecho indiscutible que el mantenimiento de la salud depende de numerosos factores que no siempre son de carácter médico, y a la vez, los programas médicos tienen una repercusión irredargüible en el éxito de otros factores del desarrollo. Se citan, como ilustración de lo anterior, los programas de extensión agrícola que deben satisfacer las necesidades nutricionales produciendo los alimentos protectores de acuerdo con las demandas de alimentación de la comunidad; los programas habitacionales que deben ser complementados con medidas sanitarias como son la provisión de agua potable y la eliminación de basuras y de excretas, que contribuyen inequívocamente a la eliminación de enfermedades y disminución de mortalidad; la instalación de nuevas industrias, que deben ir acompañadas con la aplicación de medidas higiénicas de iluminación, ventilación, control de la polución atmosférica, etc., a fin de prevenir accidentes y enfermedades profesionales; la construcción de caminos que permitan el traslado de enfermos y la concentración de los recursos médicos en grandes hospitales regionales, bien dotados y capaces de prestar una atención médica de alta calidad.

El Grupo reconoció, en forma amplia, que todos estos planes, ajenos al sector salud propiamente tal, y cuya ejecución no es una función de la profesión médica producen, sin embargo, un impacto indiscutible en la conservación o pérdida de la salud y tienen, por lo tanto, un interés trascendental para el administrador de

servicios de salud, quien no puede eludir su responsabilidad de plantear ~~estos~~ problemas y contribuir con su información ilustrada a la elaboración de estos planes. Consideró, además, el grupo, que el contacto permanente entre todos los subsectores de la salud y de estos, a su vez, con otros sectores del desarrollo económico y social, habrá de tener una influencia muy favorable en el establecimiento de mejores relaciones de convivencia entre los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social, y que a través de este trabajo en conjunto seguirá paulatinamente promoviéndose la coordinación y aún se puede esperar que algún día se pueda alcanzar la integración.

El Grupo tomó conocimiento de la existencia de recursos y de becas para el adiestramiento de técnicos de salud en la metódica de la planificación y recomendó que estos recursos, que hasta ahora, han estado reservados para los funcionarios de los Ministerios, sean extendidos a los administradores de la Seguridad Social, ya que el trabajo en común en una disciplina docente y la adquisición de conocimientos similares puede ser también un factor de coordinación.

Se hizo presente, finalmente, que la planificación del Sector Salud adquiere su pleno desarrollo y utilidad sólo cuando se lleva a cabo en íntima correlación y como parte integrante de un Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social. Los ensayos realizados de planificación de la salud en países donde no existe un Plan Nacional de Desarrollo han tenido un éxito muy relativo y discutible.



IV. COBERTURA DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y UNIFORMACION DE SUS REGIMENES

De acuerdo con la información disponible, el Grupo de Estudio tomó conocimiento de que el porcentaje de cobertura que la seguridad social ofrece para la atención médica en los países latinoamericanos es relativamente bajo con respecto a la población total y a la población activa de esos países y que el ideal de su extensión a la totalidad de la población tendrá que hacerse por etapas en relación con los pasos progresivos del proceso de planificación.

La cobertura universal es un ideal que no podrá alcanzarse pronto, ya que hay masas de población rural y grandes grupos indígenas que están al margen de la organización política y social de nuestros países a los cuales no llegan los servicios públicos. Difícil es hacer llegar a ellos, en este instante, los servicios de atención médica. Por otra parte, estas son poblaciones paupérrimas que no tienen capacidad económica para comprar servicios médicos. El Grupo estuvo de acuerdo, sin embargo, en que, a pesar de las graves dificultades que se ven para incorporar estos sectores a la previsión social, es indispensable, por un concepto de solidaridad, garantizarles salud para convertirlos en elemento de trabajo y de progreso social. Para ello se han ideado sistemas de financiamiento, como por ejemplo, una cotización per cápita de campesinos pagada por los dueños de las haciendas en las cuales viven, o bien, un impuesto al valor de la tierra, que servirá para pagar el seguro social del campesinado que la cultiva.

El Grupo consideró que es indispensable dar los pasos encaminados a incorporar a los campesinos a la seguridad social, y que este objetivo sólo se puede cumplir a través de la reforma agraria como parte del desarrollo económico, en tal forma que la institución encargada de la atención médica reciba de la administración de la reforma agraria el financiamiento adecuado para ir cubriendo progresivamente las necesidades de atención médica del campesinado, a medida que los trabajadores agrícolas se vayan convirtiendo de elementos de consumo en elementos de producción.

Por las mismas razones anteriores, el Grupo de Estudio consideró que los países latinoamericanos no están preparados en este momento, y probablemente no lo estarán en un futuro inmediato, para aplicar en ellos un seguro nacional de salud por el estilo del británico o de otros países de alto grado de desarrollo.

Se reconoció, sin embargo, que debería irse a la uniformación de las cotizaciones y de las prestaciones de los distintos regímenes de seguridad social y cada vez que sea posible, a su uni-

ficación en una sola institución de previsión social para todos los grupos asalariados.

El proceso de unificación no es fácil, por cuanto se levanta la resistencia de aquellos organismos de previsión más influyentes y de más larga tradición, que habitualmente son los mejor financiados. Existen grupos gremiales que tienen suficiente poder político para mantener u obtener su independencia y gozar de sistemas de seguridad social con mayores beneficios que otros grupos. Se hizo presente que para facilitar el proceso de unificación se podría buscar algún convenio por medio del cual todos los organismos de seguridad social hagan uso de los recursos existentes, sin consideración a quién sea el dueño. Se reconoció, sin embargo, que, en definitiva, la uniformación de las prestaciones y acciones ofrece el mejor terreno para la unificación de los sistemas de seguridad social y para su coordinación con el Ministerio de Salud. Se dijo, además, que la elevación de la calidad de las prestaciones es un buen incentivo para que el servicio unificado resulte aceptable para todos los beneficiarios. Se expresó, finalmente, que el factor de uniformidad y suficiencia en los salarios del personal, también es un elemento importante que contribuye a la unificación de los distintos sistemas.

El Grupo de Estudio creyó conveniente hacer un llamamiento para que los países eviten, a toda costa, que continúe la diversificación y las subdivisiones innecesarias de los actuales organismos de seguridad social.

El Grupo de Estudio tomó conocimiento de que algunos sectores laborales de distintos países latinoamericanos se oponen a cualquier esfuerzo de coordinación o integración, por cuanto miran con aprensión lo que califican como un despojo de bienes que consideran propios y de derechos adquiridos, cuyo ejercicio podría verse limitado al incorporarse a sistemas más amplios, en los cuales sus servicios propios perderían su personalidad e independencia.

Se sugirieron como vías de solución, las siguientes:

- a) Uniformación de las prestaciones en las distintas instituciones.
- b) Acción coordinada en los sectores todavía no cubiertos, como las comunidades rurales.
- c) Incorporación de la familia al beneficio de las prestaciones médicas.

- d) Mejor aprovechamiento de la capacidad instalada disponible.
- e) Edificación en común de los futuros servicios de salud en las áreas no cubiertas.

## V. RECURSOS HUMANOS

El Grupo de Estudio analizó la escasez de médicos y de otros profesionales y técnicos adiestrados para actuar en los servicios de atención médica, como asimismo la mala distribución de este personal, que está concentrado principalmente en las grandes aglomeraciones urbanas. Si bien la escasez de personal, por sí misma, no puede reconocerse como un obstáculo para la coordinación, no es menos cierto que, en forma indirecta, un personal sobrecargado de trabajo y mal remunerado, se transforma en un elemento permanente de discordia que siempre está optando a una transferencia a la institución que paga mejor.

Es indudable, que la profesión médica organizada tiene atingencia con el punto en debate. El Grupo reconoció que existe un desajuste en el ejercicio profesional, producido por la evolución histórica de la medicina que mutó de lo individual a lo colectivo, del arte a la ciencia, de la generalidad a la especialidad, y del individuo a la familia, y más recientemente, a la comunidad. En este desajuste, el médico que recibe en la universidad una educación preferentemente individualista y que no ha sido preparado para actuar como líder de la comunidad, siente que ha perdido su primitiva consideración social y proyecta su disconformidad en problemas de remuneración. El Grupo estuvo de acuerdo en que es menester conseguir la colaboración del cuerpo médico para la función cuidados de la salud, cualquiera que sea el organismo estatal o privado o el sistema que los dispense.

La experiencia vivida por la profesión médica en numerosos países europeos y algunos de América, parecería indicar que el conflicto que afecta al cuerpo médico tiene una tendencia ineluctable a resolverse en contra de sus intereses. Por esta y otras razones, las nuevas generaciones de médicos se están encontrando frente a un hecho consumado contra el cual no pueden luchar.

Algunos miembros del Grupo hicieron presente que en la lucha por obtener un mejor régimen de remuneración, el médico se defiende fundamentalmente de la contingencia del empleador único que entraña un servicio médico integrado y del recargo de funciones administrativas que con frecuencia esto lleva consigo. Se hizo presente que, inevitablemente, el médico tendrá que reconocer, tarde o temprano, que sus aspiraciones tienen necesariamente que ajustarse a las condiciones económico-sociales y a la realidad histórica de la sociedad y de la época en que le cabe actuar.

El Grupo reconoció, sin embargo, que la mayor motivación

para el médico y otros profesionales que trabajan en los servicios de salud, está en la satisfacción profesional derivada de atractivas condiciones de trabajo, tanto en lo que se refiere a edificios, instalaciones y equipos, como a la posibilidad de enseñar, estudiar y realizar investigación científica y social.

Cada vez que la organización interesada es capaz de ofrecer estas condiciones de trabajo favorables, el resultado es una disminución en las demandas de mayor remuneración. Se dejó establecido, además, que el médico tiene escasa inclinación por las labores administrativas y no acepta el control funcionario. Esta actitud, se dijo, sólo podrá ser modificada a través de la formación de las nuevas generaciones de profesionales en escuelas de medicina que enseñen el ejercicio de la medicina en un medio social cambiante, donde la relación médico-paciente ha sido reemplazada por la relación equipo médico-comunidad.

Hubo unanimidad de pareceres en el Grupo para considerar que es indispensable fomentar una actitud positiva de la profesión médica hacia los fines sociológicos de los servicios de atención médica y hubo acuerdo para sostener que existe una interdependencia recíproca entre la coordinación de los diversos servicios que permite un mejor aprovechamiento de la energía médica y un cuerpo médico satisfecho que contribuye al proceso general de la coordinación.

En este sentido y para fomentar esta actitud positiva del médico, se propusieron las siguientes medidas:

- a) Participación activa e informada de los médicos en la formulación de los programas de salud;
- b) Perfeccionamiento continuado y participación en actividades docentes y de investigación científica;
- c) Medicina en equipo con obligado intercambio de conocimientos y experiencias entre los componentes del equipo;
- d) Adiestramiento adecuado en problemas administrativos;
- e) Auditoría médica rotativa y libremente consentida;
- f) Seguridad de una jornada completa de trabajo;
- g) Homologación de rentas y escalafones en los servicios estatales y los de la seguridad social;
- h) Beneficios de carácter social (vacaciones, desahucio, jubilaciones, etc.)

i) Buena dotación de edificios, equipos e instalaciones.

Se destacó que los mismos comentarios referentes a los médicos son aplicables al resto del personal y que una política de coordinación de servicios entre Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social, contribuirá, igualmente a un mejor aprovechamiento de los recursos humanos disponibles.

## VI. COSTOS Y FINANCIAMIENTO

Se recalcó la necesidad de hacer comprender que salud no es el único elemento que debe ser tenido en cuenta en la distribución de los recursos nacionales. Por muy importantes que sean los problemas de salud, la parte del producto bruto nacional o del presupuesto fiscal que se pueda destinar a este objetivo es limitada. Lo importante está en que los planificadores económicos comprendan la proyección de los planes de salud y les den, en consecuencia, la ponderación que se merecen en la planificación armónica de la inversión de los recursos públicos.

El Grupo estuvo de acuerdo en que la tendencia a la elevación permanente de los costos de los servicios podría ser frenada por medio de la aplicación del concepto de capacidad instalada, vale decir, que a través de una buena utilización de los recursos se evite que exista una capacidad de atención que no se use y que recargue artificialmente el costo unitario de las prestaciones concedidas. Hubo consenso de que a través de la coordinación administrativa se podría obtener una mejor utilización y rendimiento de los recursos actuales, lo que indirectamente haría bajar los costos por unidad producida. La coordinación de personal y de los equipos podría también contribuir a reducir los costos.

El Grupo reconoció también que la información disponible es insuficiente y sus datos no son comparables por cuanto no se han establecido definiciones que permitan saber con precisión cuáles son los componentes del costo y cuál es la calidad del servicio prestado.

En este terreno, el Grupo acordó hacer las siguientes recomendaciones:

- a) La primera medida es obtener el rendimiento máximo de los recursos disponibles a través de medidas técnico-administrativas que permitan utilizar los recursos humanos al máximo de su producción y en su función específica: utilizar las camas hospitalarias en forma racional reduciendo los promedios de estada y elevando el índice ocupacional hasta niveles óptimos; y finalmente, organizando la recepción, citación y circulación de pacientes en consultorio externo en forma de evitar las listas de espera, las aglomeraciones y las pérdidas de tiempo.

- b) Promover la aplicación de medidas de carácter técnico de protección y fomento a la salud de la comunidad, a fin de reducir la morbilidad y mortalidad disminuyendo así la demanda de atención médica.
- c) Sólo una vez que las dos medidas anteriores hayan sido aplicadas, se podrá conocer en su real magnitud el problema de desequilibrio entre necesidades y recursos y calcular en forma objetiva el financiamiento suplementario que sea adecuado para suplir la deficiencia de los recursos actuales. Este financiamiento podrá venir a través de la extensión de la cobertura del seguro social o a través del presupuesto general de la nación cuando la capacidad económica de las poblaciones no permita su incorporación a los institutos de seguridad social.



## VII. PROYECTO DE ENCUESTA

El Grupo fue ampliamente informado sobre las dificultades que presenta la realización de una encuesta como la que se propone en el Documento de Trabajo. Se hizo presente, en primer lugar; que siendo ésta una encuesta nacional con la asistencia internacional, debería existir un compromiso formal de los gobiernos participantes, a fin de obtener la entrega de datos completos y acuciosos por parte de todas las instituciones y ministerios participantes.

Se mencionó, por otra parte, la necesidad de establecer definiciones muy precisas que permitan recoger datos comparables en todos los países participantes, especialmente en aquello que se refiere a costos de los servicios.

En el curso de los debates del Grupo de Estudio, quedó demostrado que hay una gran insuficiencia de información para poder analizar el problema en forma objetiva y sobre base estadística y científica. Los datos que deberá recoger la encuesta serían más o menos los siguientes:

- a) Recursos disponibles en el momento actual;
- b) Costo de los servicios comparativamente entre el Ministerio de Salud e Instituciones de Seguridad Social y, por separado, inversiones de capital y gastos de operación;
- c) Utilización de los servicios mediante un análisis de rendimientos de camas hospitalarias y de consultorios externos;
- d) Población cubierta por las Instituciones de Seguro Social y por el Ministerio y/u otros servicios públicos;
- e) Proporción de la población que tiene acceso a los servicios existentes;
- f) Aceptación de los servicios prestados por parte de los beneficiarios y por la profesión médica.

El Grupo consideró unanimemente de que a pesar de las dificultades que ella envuelve, se deben realizar todos los esfuerzos posibles para que esta encuesta se lleve a cabo.

Este Grupo de Estudio u otro parecido podría asesorar a los organismos internacionales en futuras reuniones o por correspondencia en la preparación del cuestionario para la realización de la

encuesta. Se hicieron los siguientes comentarios y recomendaciones:

- a) Formulación de la encuesta: Sería conveniente usar en esta etapa previa a los componentes del Grupo para que analicen el anteproyecto y suministren su opinión.
- b) Definiciones: Deberían ser muy precisas especialmente en lo que se refiere a la atención médica en general y en lo que respecta a costos en lo especial. Con respecto a atención médica, se apoya la necesidad de una definición para los efectos de la encuesta y se da la hipótesis de trabajo que OPS ha sostenido con respecto a ella como uno de los servicios básicos de un programa nacional o local de salud.
- c) Simplicidad: Hay en los países, una cierta fatiga con respecto a encuestas. Sería de desear que ella no fuera excesivamente laboriosa para facilitarla cuanto sea posible. Se hace presente que ella podrá ser satisfecha en algunos países sólo en determinados aspectos, lo que no es óbice para llenarla en tales puntos.
- d) Colaboración internacional: Se insiste en obtenerla de la OEA y la OPS, en forma activa, para obviar la escasez de personal nacional. El buen entendimiento entre ambas facilitará la respuesta de los subsectores y para salvar reservas iniciales. Los consultores deberían ser elegidos con gran tacto por su personalidad técnica y espíritu de síntesis y por su ambiente en un determinado país. Conviene considerar, que la encuesta tiene numerosos puntos de evaluación subjetiva. Debería haber un permanente contacto de las Organizaciones con los Miembros del Grupo y de éstos entre sí. Los resultados crudos de la encuesta deberían ser previamente consultados con el país respectivo.
- e) Personal nacional: Todos reconocieron su escasez y la necesidad imprescindible de adiestramiento previo.
- f) Países que podrían ser elegidos: Los Miembros del Grupo podrían influir en sus países para asegurar el éxito de la encuesta, ya que ella significa un compromiso serio. Manifiestan su ofrecimiento inicial, Panamá y Ecuador.
- g) Precisión de términos: Hay necesidad de uniformar la denominación de los servicios y sus funciones principales y sería recomendable para éste y otros efectos la elaboración de un glosario.

- h) Información previa disponible: Existe una buena cantidad de ella, siempre que se la busque en sus fuentes originales. Hay referencias especiales para las organizaciones internacionales de la seguridad social.

### VIII. OTRAS RECOMENDACIONES

Además de las recomendaciones mencionadas en cada uno de los capítulos anteriores, el Grupo acordó sugerir las siguientes:

- a) Que se haga un esfuerzo internacional permanente con la colaboración de organismos especializados en salud y seguridad social, a fin de seguir promoviendo el interés en estas materias y dando pasos progresivos hacia la coordinación de atención médica en la América Latina.
- b) Recomendar la organización de seminarios en que participen asociaciones patronales, confederaciones de trabajadores y asociaciones médicas, a fin de informarles sobre los beneficios de la coordinación de los servicios de atención médica.
- c) Que se promueva la organización de las comunidades a nivel local para los efectos de realizar en ellas la más amplia difusión de los conceptos modernos del cuidado de la salud y buscar su cooperación inteligente hacia los planes de los gobiernos o de los organismos internacionales.

--- 0 ---

El 16 de julio, a las 2:30 p.m., el Grupo de Estudio celebró su sesión de clausura en la cual se dió lectura al texto del presente informe, siendo aprobado por la unanimidad de los Miembros del Grupo. Todos ellos expresaron su satisfacción por haber participado en una reunión tan constructiva como la presente y dejaron constancia de su agradecimiento al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos por haberlos invitado a concurrir como asimismo, al personal de Secretaría y asesores por la colaboración que prestaron a su buen cometido.

A la parte final de esta sesión concurrió, especialmente invitado, el Dr. Walter Sedwitz, Subsecretario para Asuntos Económicos y Sociales de la OEA y Secretario Ejecutivo del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP). En nombre de ambas Organizaciones expresó su satisfacción por haber podido realizar esta reunión en la que distinguidas personalidades dirigentes del Seguro Social fueron convocadas conjuntamente con altos funcionarios de Ministerios de Salud de varios países de América para intercambiar impresiones y recomendar medidas dirigidas a la promoción de una mejor coordinación de la atención médica en América Latina. "Es ésta una tarea", dijo, "en la que todos es-

tamos empeñados" y que "es la tarea del desarrollo económico-social del Hemisferio".

Hizo presente más adelante el Dr. Sedwitz, que "la planificación económica siempre se ha basado en la necesidad de aumentar la inversión, con el convencimiento de que a través de un incremento de sus valores se puede lograr más producción y en última instancia, más consumo; vale decir, más bienestar para el pueblo. Estamos ahora experimentando la posibilidad de proceder en sentido inverso, o sea, estableciendo, en primer término, las metas de consumo para cada país, que tendrán necesariamente que ser bastante modestas pero que deberán ser cuantitativas y cualitativas, y una vez establecidas estas metas, procuraremos vincular y adaptar la inversión y la producción al consumo en su significado más amplio, que es educación, salud, vivienda, así como alimentos y vestuario, para dar al pueblo una esperanza en el futuro".

"Esta motivación conceptual en el proceso del desarrollo económico-social lleva inevitablemente a la integración de la planificación social con la planificación económica, en el entendido que quien dice planificar quiere decir gobernar eficientemente. Pensamos en el desarrollo económico y social como un problema del gobierno nacional y por ello consideramos que debemos dar la suficiente importancia a la participación activa y responsable del pueblo, a fin de vincular a los elementos vivos de cada sociedad con el desarrollo de su país y con los planes políticos de su gobierno".

"Esta es", terminó diciendo, "la posición clara y definitiva del Presidente y de todos los Miembros del CIAP, que nos hemos dado cuenta, en forma incontrovertible, que no podremos avanzar más rápidamente en el logro de nuestros objetivos si no obtenemos la participación activa del pueblo de nuestros países y la cooperación sustancial de los Ministerios de Salud, Educación, Vivienda, Seguro Social, etc. Quisiera decirles, para terminar, que nosotros en el CIAP estamos sinceramente dispuestos a colaborar con ustedes en cualquier trabajo de investigación o de información que ustedes necesiten". Finalmente, agradeció al Director de la Oficina y a sus colaboradores la excelente organización de esta reunión.

El Dr. John C. Cutler, Director Adjunto de la OSP, agradeció al Dr. Sedwitz su presencia en esta reunión de clausura y sus estimulantes palabras y manifestó a los Miembros del Grupo la gratitud de la Oficina por haber concurrido a colaborar, con sus conocimientos y experiencia, a las labores de un Grupo de Estudio que, como muy bien lo ha expresado el Dr. Sedwitz, constituye el primer paso en el camino de la coordinación de los

servicios de salud pública y de seguridad social y una esperanza para todos aquéllos que están interesados en el desarrollo económico y social de los pueblos de América.

Puso término a la Reunión en sentidos y optimistas conceptos, el Presidente, Dr. Carlos Andrade Marín, siendo las 5:00 p.m. del viernes 16 de julio de 1965.

RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE  
SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD U  
OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD

Documento de Trabajo preparado por la Secretaría de ambas Or-  
ganizaciones para la Reunión del Grupo de Estudio sobre Coordii  
nación de la Atención Médica en América Latina

WASHINGTON, D.C., 12 al 16 de julio de 1965

## SUMARIO

I.	INTRODUCCION	1
II.	PRINCIPIOS DOCTRINARIOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES	3
	1. Origen del presente estudio y marco de referencia ....	3
	2. El derecho a la salud .....	6
	3. Objetivos y acciones de la salud .....	9
	4. Objetivos y acciones de la seguridad social .....	13
III.	PLANIFICACION DEL DESARROLLO	16
	1. El lugar de la salud y la seguridad social en la planificación .....	16
	2. Breve esquematización de un plan de salud .....	16
IV.	REVISTA DE LA SITUACION ACTUAL EN AMERICA LATINA	18
	1. Los servicios médicos de las instituciones de seguridad social .....	18
	2. Los servicios médicos de los Ministerios de Salud y de otros organismos gubernamentales .....	20
	3. Recursos en materia de personal e instalaciones .....	22
	a. Recursos humanos .....	22
	b. Recursos materiales .....	23
	4. Las personas que reciben beneficios .....	24
	a. Los trabajadores comerciales e industriales urbanos .....	24
	b. Los trabajadores de establecimientos industriales aislados: minas, yacimientos petrolíferos, ingenios azucareros .....	24
	c. Los trabajadores agrícolas .....	24
	d. Los empleados públicos y particulares .....	25
	e. Las fuerzas armadas y la policía .....	25
	f. El personal ferroviario .....	25
	g. Los indigentes .....	25
	h. Las personas de modestos recursos .....	25
	i. Las clases acomodadas .....	26
	5. Necesidad de completar la información disponible .....	27
V.	ENSAYOS DE COORDINACION O INTEGRACION	28
VI.	LA FALTA DE COORDINACION ACTUAL Y MEDIDAS PARA CORREGIRLA	29
	1. Elementos que influyen en la falta de coordinación ...	30
	a. La profesión médica .....	30
	b. Los sectores laborales .....	30
	c. Las instituciones de seguridad social .....	31
	d. Los Ministerios de Salud y otros organismos gubernamentales .....	31



## SUMARIO (Cont.)

2.	Medidas propuestas para promover la coordinación ...	32
a.	Planificación integral del desarrollo económico y social .....	32
b.	Uniformación, en el plano nacional, de los diferentes regímenes de seguridad social .....	33
c.	Extensión de la cobertura de los programas de Seguro Social .....	33
d.	Establecimiento de un Seguro de Salud .....	34
e.	Reforzamiento financiero y de la autoridad legal de los Ministerios de Salud .....	34
f.	Coordinación de las acciones locales de salud ..	34
g.	Organización de seminarios sindicales .....	35
ANEXO I	Resolución XL de la XV Sesión del Consejo Directivo de la OSP	36
ANEXO II	Recomendación 69 de la XXVI Sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo	38
ANEXO III	Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este	59
ANEXO IV	Esquema sobre Prestaciones por Enfermedad y Maternidad en Regímenes de Seguridad Social	63
ANEXO V	Formulación de una Encuesta Internacional	64

RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE  
SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD  
U OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD

Documento de Trabajo

I. INTRODUCCION

Todos los países, a través de la historia, han tenido que enfrentarse con la necesidad social y la obligación solidaria de prestar atención médica a los grupos económicamente débiles, vale decir, indigentes y desvalidos. Los países latinoamericanos no podían escapar a esta circunstancia y fue así como, en las primeras etapas de su historia, dieron vida a servicios hospitalarios elementales, copiados del esquema que en esa época predominaba en España, y que estaban destinados principalmente a dar alivio y consuelo a los heridos de las guerras de conquista y a las víctimas de distintas enfermedades que diezmaban los ejércitos. Así nacieron los organismos conocidos como "Beneficencias", originados en la iniciativa y filantropía privadas, y que posteriormente han sido colocados en mayor o menor grado bajo el control de los gobiernos, a medida que el encarecimiento de los servicios exigió un subsidio gubernamental y también, en parte, debido a la introducción de conceptos médico-sociales más modernos que fueron transformando poco a poco el antiguo enfoque, puramente caritativo, en uno más avanzado de asistencia social.

La revolución industrial, que cambió los sistemas de convivencia de los países europeos y agitó a las masas obreras de esos países, trajo como consecuencia hacia fines del siglo pasado la creación, bajo la inspiración del Canciller Bismarck, de los seguros sociales, como un instrumento de la nueva organización social, que tendía a compensar al trabajador y a sus familiares con prestaciones en dinero y en especie cuando por razón de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte, perdía transitoria o definitivamente su capacidad de ganar. Como los riesgos cubiertos podían en buena parte ser eliminados o atenuados por medio de la atención médica, resultó evidente que las prestacio-

nes médicas fueron consideradas como la forma más eficaz para devolver a la vida activa - vale decir, reintegrar a la producción y restituir el poder de compra - a estos individuos que se habían transformado en elementos pasivos de esta nueva sociedad industrial que luchaba por obtener su afianzamiento definitivo en el concierto de naciones que, hasta ese momento, habían vivido principalmente de las actividades agropecuarias y mineras.

Una vez más los países latinoamericanos, que a la sazón luchaban denodadamente por encontrar su destino en un mundo en transformación vertiginosa, fueron sensibles a la influencia venida del viejo continente y, quemando etapas, probablemente antes de estar totalmente preparados para absorber las responsabilidades económico-financieras y administrativas derivadas del régimen de seguro social, implantaron el sistema, y con él nacieron los servicios médicos de las instituciones de previsión. Su desarrollo en los últimos 40 años ha sido muy acelerado, aún cuando ha tenido diversa evolución en los distintos países, dependiendo en gran parte de la existencia y eficiencia de otros servicios médicos, gubernamentales o de beneficencia, que estuvieran capacitados para absorber el volumen de las nuevas responsabilidades derivadas de un número importante de trabajadores que habían adquirido un derecho legal a recibir atención médica. Los grupos sindicales reclamaban este derecho con la vehemencia comprensible de una nueva clase social que trataba de adquirir personalidad propia. Nadie podría negar la influencia favorable que los seguros sociales han tenido en los países latinoamericanos para impulsar la construcción de hospitales y policlínicas y la organización de nuevos servicios destinados a conceder prestaciones médicas a sus afiliados.

El devenir natural del progreso y la aparición de nuevas necesidades han expandido el marco de las actividades del seguro social hacia lo que, con criterio más moderno, se llama "seguridad social", que es aquella parte de la política económico-social de un gobierno que, junto a una política de salarios y de pleno empleo, está destinada a proteger al conjunto de la masa trabajadora y a sus familias contra los estados de necesidad, mediante un sistema de prestaciones que restablecen el poder de compra de la familia, asegurando la estabilidad del ingreso y proporcionan servicios, especialmente médicos, que protegen, promueven o restauran la salud física o mental, y, por lo tanto, la capacidad productora del afiliado.

Por su parte, los Ministerios de Salud, en cumplimiento de sus obligaciones esenciales de proteger, fomentar y recuperar la salud de los miembros de la comunidad, obligación que a veces deriva de un mandato constitucional que establece que el cuidado de la salud de los habitantes del país es una preocupación preferente del Estado, han adoptado una política de construcciones de hospitales, policlínicas y centros de salud. Estos organismos se han ido acercando progresivamente a los conceptos modernos de organización de servicios locales de salud, que ofrecen a todos los miembros de la comunidad una medicina integral, vale decir, preventiva, curativa y social. Estos servicios actúan a través de hospitales, consultorios periféricos y otros centros de atención médica que a veces llevan hasta los sitios de residencia y de trabajo de los ciudadanos todos los beneficios de una medicina que no sólo establece el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino que aspira a un "programa de salud" llevado a la práctica por un "equipo de salud" compuesto por profesionales y técnicos de distintas disciplinas. Los servicios disponibles deben

ir desde la educación sanitaria y alimentaria, las inmunizaciones y los exámenes preventivos de individuos sanos hasta el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y la rehabilitación del inválido.

La formulación y ejecución de programas de salud por los Ministerios y otros servicios públicos han sido la consecuencia de una transformación conceptual importante, en gran parte originada y perfeccionada a través de todo el movimiento humanístico, político y social, que se inició al término de la última guerra mundial con la Carta del Atlántico y que se ha ido delineando con trazos cada vez más precisos gracias a la acción progresiva y permanente de las instituciones internacionales, cuyos organismos técnicos especializados han dado un enfoque universalista al desarrollo económico y al progreso social como base de una vida más feliz, libre del temor a la miseria, la ignorancia y la enfermedad y como fundamento de una paz duradera entre las naciones.

Estos son, en breve resumen, los antecedentes históricos que han determinado la situación que, con algunas variantes, se presenta prácticamente en todos los países de América Latina, en lo que a atención médica se refiere. Por un lado hay servicios dependientes del Ministerio que tratan de practicar una medicina integral con todas las limitaciones derivadas de la falta de recursos humanos y materiales; a su lado existen los servicios de las "Beneficencias" públicas o privadas sometidos a cierto grado de control por las autoridades de salud del Ministerio y cuya misión tradicional es y ha sido dar servicios médicos a los indigentes y desvalidos, servicios que al tratar de alcanzar un nivel científico compatible con el progreso de la medicina, se hacen tan onerosos que no pueden subsistir sin fuertes subsidios del fisco; finalmente, la seguridad social, siguiendo su propia trayectoria histórica y obedeciendo también a conceptos doctrinarios internacionales, ha desarrollado su propia red de servicios médicos con los recursos que le dan sus entradas, servicios destinados a dar prestaciones a sus afiliados y que, por lo tanto, cubren solamente a un sector - a veces bastante reducido - de la población que sufre los riesgos de enfermar o morir.

## II. PRINCIPIOS DOCTRINARIOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES

### 1. Origen del presente estudio y marco de referencia

Los organismos internacionales no podían permanecer indiferentes ante el problema que significa la ausencia de coordinación, la duplicación, y a veces la competencia entre los distintos organismos del Estado dedicados a prestar servicios médicos a la población dentro del contexto de la medicina pública. La inquietud que se ha desarrollado entre los responsables de la administración de esta medicina pública a nivel ministerial se ha expresado repetidamente en el seno de las organizaciones internacionales.

El problema se planteó en una reunión de expertos en seguro social convocada en abril de 1959 por la Organización de los Estados Americanos con el objeto de asesorar al Consejo Interamericano Económico y Social sobre el establecimiento de un programa a largo plazo en el campo de la seguridad social.

Una de las recomendaciones formuladas por el grupo fue la de que la OEA examinara en sus países miembros las relaciones entre los servicios médicos de las instituciones de seguridad social y los demás servicios médicos nacionales.

En cumplimiento de esa recomendación, la OEA decidió auspiciar un estudio de la atención médica prestada por diferentes entidades en diversos países de América Latina. La Oficina Sanitaria Panamericana, como organismo especializado en los problemas de salud de las Américas, contribuyó con su experiencia técnica a fijar los términos de referencia del estudio y a seleccionar el experto que lo llevaría a cabo. El estudio se practicó en cinco países latinoamericanos que fueron: Brasil, Costa Rica, Chile, México y Perú. El informe final fue publicado originalmente en inglés por la Unión Panamericana, Secretaría General de la OEA (\*) y sus observaciones han sido en parte usadas en el presente documento. La traducción al español fue efectuada por la OSP, y publicada por la Unión Panamericana en 1964 bajo el título "La Atención Médica en América Latina".

Este estudio representa un primer paso en el esfuerzo para esclarecer el difícil problema de la coordinación de los servicios de atención médica entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social. Para continuar el análisis del problema en el plano técnico la Secretaría General de la OEA y la Dirección de la OSP acordaron convocar una reunión de expertos, auspiciada conjuntamente por ambos organismos.

Por su parte, los participantes en las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Minneapolis en agosto de 1962, reconociendo el progreso que los seguros sociales han significado para la cobertura de los riesgos fisiológicos, patológicos, profesionales y sociales, expresaron sus reservas sobre los altos costos que derivan de una operación y administración independiente, la discriminación entre asegurados y no asegurados que debe sufrir la población, los métodos usados para reclutar el personal profesional, y la dificultad que su régimen de autonomía crea para una conducción técnica efectiva y uniforme de los problemas de la salud.

Como una secuela de lo anterior, el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud en su 50a. Sesión celebrada en Washington, D.C., en mayo de 1964, al estudiar el proyecto de programa y presupuesto para 1965, discutió las relaciones que existen entre los Ministerios o Secretarías de Salud y las instituciones de seguro social, planteándose la necesidad de emprender un estudio del problema que cada día va adquiriendo un contorno más trascendental. El debate se materializó con la inclusión del tema en la agenda de la XV Reunión del Consejo Directivo bajo el título "Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud así como otros organismos gubernamentales de salud".

Durante la XV Reunión del Consejo Directivo, realizada en la ciudad de México en septiembre de 1964, los representantes de los países miembros expresaron ampliamente sus opiniones, sobre la base del documento de trabajo

---

(\*) Roemer, Milton I.: Medical Care in Latin America. Estudios y Monografías XV, OEA/OPS, Washington, D.C., Unión Panamericana 1963.

sometido a su consideración (\*). Por razones de espacio se resumen las más atinentes:

La pugna de los distintos servicios públicos por los fondos no es equitativa en el más alto nivel. Se corre el riesgo de que los resultados tangibles de los beneficios de la seguridad social vayan en desmedro de los resultados intangibles de la salud pública.

...

El único camino para producir el equilibrio es establecer un Plan Nacional de Salud, que permita fijar prioridades y metas considerando las posibilidades y recursos nacionales y teniendo en cuenta que una alta proporción de la población necesita de prestaciones gratuitas.

...

Para asegurar lo anterior es conveniente la existencia de una sola autoridad rectora de la política de salud en todo el país, función que constitucionalmente incumbe al Ministerio de Salud.

...

Lo anterior no significa disminuir la importancia de los servicios de la seguridad social, los que deberían ser intensificados, pero las relaciones entre ellos y los Ministerios de Salud deberían ser cada vez más estrechas a través de una coordinación de todos los servicios, dejando en claro que coordinar no es someterse, sino vivir con libertad a base de apoyo mutuo.

...

Se puso énfasis, además, en la independencia que deben tener los países para resolver estos problemas en la forma que más convenga a sus intereses, a sus recursos y a su estructura jurídica e idiosincrasia. La Oficina Sanitaria Panamericana debería estar en condiciones de ayudar a todos los países que lo soliciten a acelerar y a facilitar la coordinación entre la seguridad social y la salud pública, con el objeto de evitar que se malgasten esfuerzos humanos, económicos, etc., lo que a la larga perjudica el necesario robustecimiento de ambos programas.

...

El Director de la OSP resumió el debate haciendo notar que el asunto presenta complejidades de carácter político, financiero e institucional, por lo que debería ser manejado con prudencia, sometiendo todos los antecedentes a un Grupo de Estudio, sin representación oficial de los países, de carácter puramente técnico y compuesto de personalidades con experiencia en seguridad social y en salud que analizaran el problema en todos sus aspectos y formularan proposiciones sobre las medidas que se podrían adoptar para promover esta

---

(\*) Organización Panamericana de la Salud. Documento CD15/15 (16 de julio de 1964).

coordinación que todos desean. El informe de este Grupo sería luego transmitido a los gobiernos.

Mencionó también el Director de la OSP que algunos países están guiando sus pasos de acuerdo a un Plan Nacional de Salud; otros piensan incorporar todas las prestaciones médicas al Ministerio de Salud; otros, en cambio, prefieren coordinar las acciones locales manteniendo una cierta disociación institucional al nivel central; y otros, finalmente, han decidido no emprender ninguna nueva construcción de hospitales o centros de salud, salvo que responda y esté contemplada en un plan nacional de construcciones.

Como término del debate, el Consejo Directivo adoptó la Resolución XL (Anexo I), que podría considerarse como el marco de referencia para el Grupo de Estudio. La adopción de esta Resolución vino a coincidir con la decisión de la OEA ya mencionada y, en consecuencia, dos organismos interamericanos han unido sus esfuerzos para alcanzar una solución a un problema que cada día en forma más candente preocupa a sus Estados miembros. La citada Resolución XL considera indispensable mejorar los procedimientos para activar la planificación de salud, aumentar la accesibilidad de la población a los servicios, coordinar los sistemas de financiamiento e integrar las acciones preventivas y curativas, así como las posibilidades de la seguridad social de ir en ayuda de los programas preventivos y curativos, ampliando los índices de cobertura.

La parte resolutiva encarece la continuación de los servicios de asesoramiento a los gobiernos y la intensificación del entendimiento con otras organizaciones internacionales. En su parte sustantiva pide al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la convocación de un Grupo de Estudio que delimite y participe sus puntos de vista a la Organización, la que, a su vez, los transmitirá a los gobiernos.

## 2. El derecho a la salud

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece en su Declaración de Principios que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económico-social". Y agrega más adelante que "los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas".

Estos principios doctrinarios tienen valor universal, por cuanto han sido ratificados por 125 Estados miembros de la OMS, que se han adherido oficialmente a su Constitución. Conviene insistir en los aspectos más sobresalientes de esta Declaración por cuanto, en frases precisas e inequívocas, fija los conceptos y normas aplicables al cuidado de la salud, que son los siguientes: a) la salud es un derecho de todos los ciudadanos; b) el concepto de salud es unitario y amplio; c) el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado; y d) las medidas que el Estado tome deben ser de carácter integral y adecuadas a la gravedad del daño.

Con anterioridad, la Conferencia Internacional del Trabajo, en su XXVI Sesión celebrada en Filadelfia en abril de 1944, aprobó una recomendación sobre asistencia médica, en la cual se fijaron los objetivos y los métodos que deberían inspirar y regir la concesión de las prestaciones médicas. El texto completo de esta Recomendación No. 69 es del mayor interés, por lo que se incluye como Anexo II. Conviene llamar la atención sobre algunos de sus puntos más salientes, ya que a través de sus disposiciones se advierte un criterio integracionista y consagra el derecho a la salud en términos que siguen siendo de actualidad y podrían ser suscritos por todos los que se han preocupado del problema.

En su parte expositiva la Recomendación se remite a la Carta del Atlántico y después de recapitular las actividades de la Oficina Internacional del Trabajo en los campos de la seguridad Social y la atención médica, recomienda a todos sus miembros que los principios en ella contenidos sean aplicados tan rápidamente como las condiciones nacionales lo permitan.

En su parte resolutive reconoce: a) "El servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo" (párrafo 8); b) "Los servicios prestados deberían estar dirigidos a restablecer la salud (aspecto curativo) y a conservar y mejorar la salud (aspecto preventivo)" (párrafo 1); c) "El servicio de asistencia médica debería prestarse en estrecha colaboración con los servicios generales de sanidad, ya sea por medio de una estrecha colaboración entre instituciones de seguro social que presten asistencia médica con las autoridades encargadas de los servicios generales de sanidad, ya sea unificando los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad en un solo servicio público" (párrafo 43); d) "Sería conveniente un servicio público cuando el servicio deba amparar a toda la población y se desee unir la asistencia médica con los servicios generales de sanidad" (párrafo 10). En otras palabras, la Recomendación 69 de Filadelfia reconoce el derecho a la salud a toda la población, recomienda la integración de medicina preventiva y curativa y la coordinación o unificación de los servicios de asistencia médica del seguro social con los del Ministerio de Salud.

Por lo que se refiere al financiamiento, recomienda que el costo del servicio de asistencia médica se financie con cotizaciones de asegurados y empleadores y que "la parte del costo del servicio de asistencia médica que no esté cubierta por las cotizaciones debería cargarse a los contribuyentes" (párrafo 79). Se recomienda, además, que cuando la asistencia médica sea prestada por un servicio público, su costo sea financiado con fondos públicos, pero que cuando la administración del servicio de asistencia médica esté separada de los servicios de sanidad, un impuesto especial (seguro de salud) sea "reservado exclusivamente para financiar el servicio de asistencia médica" (párrafo 87).

Finalmente, en el orden administrativo expresa que "la administración local de los servicios de asistencia médica y de los servicios generales de sanidad debería estar unificada o coordinada por regiones" y agrega que convendría que todos los servicios "estuvieren administrados adecuadamente por una sola autoridad regional" (párrafos 104 y 105), con lo cual el principio de regionalización y de unificación de acciones a nivel local está ampliamente reconocido.

Por su parte, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó y pro-



clamó el 10 de diciembre de 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuyo artículo 25, apartado 1, dice: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

De nuevo, esta Declaración nos muestra los conceptos básicos a que se ha hecho referencia, esto es, el derecho a protección a través de la coordinación de acciones médicas y sociales a fin de elevar el nivel de vida de los individuos, lo que constituye, en último término, la meta definitiva de todos estos programas, tanto los de salud como los de seguridad social.

No se podría dejar pasar sin un comentario esta coincidencia de pensamiento y de propósitos que salta a la vista en los gobernantes, estadistas y sociólogos que contribuyeron con su pensamiento a formular esta política social, de la cual la asistencia médica y la salud forman parte integrante.

En efecto, la Carta del Atlántico (1943), la Recomendación 69 de Filadelfia (1944), la Constitución de la OMS (1946) y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en una forma u otra, definieron en términos claros y concordantes los principios doctrinarios que debían inspirar la acción médico-social de los países a fin de dar pasos seguros dirigidos a alcanzar aquel ideal que es común a los servicios de salud y a los de seguridad social y que es el más alto grado de salud y bienestar social de todos los individuos, sin discriminaciones.

Iguales tendencias han tenido expresión en el continente americano en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, en la Operación Panamericana, en el Acta de Bogotá, y finalmente, con su total expansión, en la Alianza para el Progreso y la Carta de Punta del Este. Por la importancia de este último documento, se incluye como Anexo III su Resolución A.2 que contiene el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso. La parte de dicha resolución que dice relación con el problema de la asistencia médica recomienda "formular, para su ejecución progresiva, proyectos destinados a procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud". -Párrafo 2.b (5)-. Para alcanzar éste y otros objetivos, la misma Carta de Punta del Este, entre otras medidas, recomienda: 1) preparar planes nacionales de salud; 2) formar y capacitar profesionales de la salud; 3) perfeccionar la organización y administración de los servicios integrando las funciones de prevención y curación; y 4) promover la investigación científica en los campos de la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

El conjunto de acuerdos y recomendaciones reproducidas conforman una política continental, cuyo elemento básico es el concepto unitario de los cuidados de la salud como un derecho y la idea de regionalización de los organismos locales de salud, vale decir, hospitales y centros de salud. A lo anterior se agrega una metodología que se basa en la planificación, comple-

mentada con la organización, la formación de personal y la investigación científica, a fin de aplicar oportunamente los mejores y más recientes conocimientos disponibles.

Inspirados en esta política continental, los Ministros de Salud de las Américas, reunidos en Washington en abril de 1963 bajo los auspicios de la Organización de los Estados Americanos y de la Organización Panamericana de la Salud, decidieron, en relación con la materia en estudio, lo siguiente: "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 curativas y preventivas del Estado, entre sí y de éstas con las de organizaciones semi-estatales, autárquicas y autónomas, que presten cualquier tipo de cuidados de salud; el propósito que se persigue es incorporar la actividad médica de esas 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 curativa son un todo integral. Es recomendable fomentar la regionalización de los servicios, con autosuficiencia técnica para la protección, promoción y recuperación de la salud".

La enunciación y transcripción de los numerosos acuerdos de importantes cuerpos deliberantes internacionales compuestos por las más altas autoridades de cada país en esta materia son ya de por sí una evidencia clara del pensamiento y las tendencias predominantes en nuestro continente americano, durante los últimos veinte años.

Finalmente, parece importante mencionar el siguiente párrafo del mensaje del Excmo. Señor Presidente de México al Parlamento de su patria al inaugurar el lro. de diciembre de 1964 su período presidencial: "Es preciso coordinar las acciones de los distintos organismos de seguridad social y dependencias de salud pública, para evitar duplicidad de esfuerzos e inversiones. Hospitales, clínicas, sanatorios, dispensarios, deben cubrir el país como única y trabada red de servicios que convierta en posibilidad práctica el derecho del mexicano a combatir la enfermedad con el auxilio de la ciencia. Particular cuidado pondremos en extender la medicina preventiva, cuya base es el saneamiento ambiental".

### 3. Objetivos y acciones de la salud

En último término, el objetivo de todo servicio de salud es alcanzar para toda la población a su cargo el más alto grado de salud posible; en otras palabras, obtener para todos los habitantes un completo estado de bienestar físico, mental y social.

Para poder alcanzar este amplio objetivo, los Ministerios o los servicios de salud necesariamente tienen que organizar servicios de protección, de fomento y de recuperación de la salud y administrarlos con un criterio unitario, aplicando los métodos de la planificación, en la que a cada actividad debe dársele la prioridad que deriva, a) de la incidencia que tiene dicha actividad en la disminución de los riesgos de enfermar y morir; b) de los recursos disponibles para llevarla a cabo; y c) del costo esperado, el

cual se apreciará en función del rendimiento ponderado de las acciones planeadas. Una de estas acciones es la atención médica y en ella se concentrarán principalmente los comentarios de este documento, no porque sea la más importante, sino porque esos son los términos de referencia del Grupo de Estudio y si se hubiera de ampliar el campo a la salud pública el tema se complicaría extraordinariamente y tal vez se perdería la perspectiva del tema principal.

El Grupo Asesor en Atención Médica de la Oficina Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., 1962) aceptó un esquema que define las distintas actividades de salud en forma de una gama que va desde el control del medio en la columna de la izquierda, hasta la protección social en la de la derecha, pasando en las columnas centrales por la protección, el fomento y la recuperación de la salud, como puede verse en el cuadro siguiente:

Actividad	I	II	III	IV	V
Foco	Colectividad	Personas sanas	Personas sanas	Enfermos	Personas incapacitadas y que dependen de otros
Clase	Control del medio	Protección de la salud	Fomento de la salud	Atención médica	Protección social (bienestar social)
Ejemplos	Sanesamiento ambiental, vivienda	Control de enfermedades transmisibles, inmunizaciones, descubrimiento de enfermedades	Higiene materno infantil, higiene mental, nutrición, educación sanitaria	Atención a cargo del médico, atención hospitalaria, programas especiales de atención médica para la tuberculosis y enfermedades mentales	Rehabilitación profesional, protección social y económica de los incapacitados e indigentes

Como todo esquema, el que se ofrece adolece del defecto de una exagerada simplificación. Tiene, sin embargo, la virtud de clasificar acciones y funciones que son básicas para enfrentar los problemas de salud como un todo indivisible, estrechamente vinculado con el medio ambiente físico, económico y social. En este enfoque unitario de la salud, hay funciones que cumplir y acciones que realizar, las cuales están enumeradas en las cinco columnas del esquema que comentamos. La agrupación de estas funciones y estas acciones en una u otra forma en los diferentes países, ha dependido de tradiciones históricas, de concepciones políticas o de necesidades de la práctica administrativa. Si

se acepta, sin embargo, un concepto moderno y estrictamente técnico del problema de la salud, es necesario aceptar también que el Ministerio que tiene la responsabilidad de cuidar la salud de los habitantes debe tener autoridad legal para dirigir, coordinar y supervisar todos los organismos que en una u otra forma están colaborando en esta medicina integral, que es preventiva, curativa y social. Es evidente, sin embargo, que el grado de coordinación o integración de estas acciones encaminadas a obtener salud depende en gran parte del tamaño e importancia del organismo ejecutor. Mientras a nivel local, en la pequeña aldea rural, en el campamento minero, o en el barrio suburbano la coordinación es relativamente fácil y la integración se suele producir en la persona del único profesional disponible para cumplir con todas estas funciones de salud, en cambio, en los niveles más altos y especialmente a nivel central nacional, la complejidad de los servicios y la necesidad de especialización obliga a separar artificialmente estas funciones. La presencia de una autoridad coordinadora a este nivel central es, en consecuencia, una necesidad esencial para mantener la unidad del conjunto.

El programa de los Ministerios de Salud es, en principio, amplio y comprensivo, incluyendo todas las acciones enumeradas en las cinco columnas del cuadro, aún cuando en la práctica tienen un definido mayor énfasis en las columnas I, II y III, vale decir, en las funciones de control del medio, y de protección y fomento de la salud.

Los servicios médicos de las instituciones de seguridad social, por su parte, concentran su actividad casi exclusivamente en la atención médica (columna IV), con pequeñas proyecciones en algunos casos hacia las columnas III, en lo que se refiere a higiene materno-infantil, y hacia la V, en el campo de la rehabilitación, especialmente de inválidos a consecuencia de accidentes del trabajo.

Planteado ya el campo de aplicación de la salud en sus términos más amplios y comprensivos, parece preferible en este capítulo limitar los comentarios a los programas de atención médica que constituyen el marco de referencia del Grupo de Estudio. Ellos deberían ser ejecutados a través de un sistema jerarquizado y coordinado de hospitales de distintos tipos y de servicios de atención ambulatoria y domiciliaria, cuyo conjunto debería ser, cada vez que sea posible, autosuficiente para enfrentar los problemas derivados del aumento de la población; de la irregular distribución geográfica de la misma, de la cual derivan a veces insuperables dificultades para llevar modernos y aún mínimos, recursos de atención médica a las áreas rurales; de los costos cada vez más elevados de la atención médica; y de la necesaria adaptación del personal médico y de colaboración a las nuevas concepciones de una atención médica de carácter preventivo, curativo y social.

En este esquema, el hospital es el ejecutor directo de la atención médica, dando respaldo técnico y científico a todos los servicios periféricos de atención ambulatoria. El hospital, por su parte, debería tener también su propio consultorio externo, destinado a dar atención general y especializada, ambulatoria y domiciliaria, a la comunidad residente dentro de su propia área de atracción. De acuerdo con las definiciones formuladas por el Comité de Expertos de la OMS, los hospitales, según su tamaño y el desarrollo de sus servicios especializados, se pueden clasificar en:

- a. El hospital regional, situado en la ciudad más importante de una región, y que puede trabajar en colaboración con una Facultad de Medicina. Este hospital presta excelentes servicios de medicina general, cirugía general, pediatría y obstetricia, de acuerdo con las necesidades de los habitantes de su zona; cuenta, además, con departamentos muy especializados y perfectamente equipados para atender a cuantos enfermos de la región necesiten esos servicios.
- b. El hospital de categoría intermedia atiende las necesidades de un distrito más pequeño. Además de los de medicina general, pediatría, cirugía y maternidad, tiene varios servicios de especialidades corrientes (otorrinolaringología, oftalmología y enfermedades infecciosas). En esta clase de hospitales es indispensable un departamento de Rayos X dirigido por un especialista competente.
- c. El hospital local dispone de servicios de medicina general, cirugía, pediatría y obstetricia, que atienden las necesidades cotidianas de un reducido grupo local.

Por lo que se refiere a los servicios de atención médica ambulatoria y domiciliaria, cuando están físicamente separados del hospital, constituyen unidades de atención para una comunidad dada. En estos servicios se presentan las mejores condiciones para la coordinación de acciones preventivas y curativas dirigidas a las personas. Este tipo de servicios debería existir en todos los barrios populosos, en las pequeñas aldeas campesinas, en las grandes fábricas, en los colegios y, en una palabra, en todo sitio donde haya una concentración densa de población, como una manera de llevar la atención a los sitios de residencia o de trabajo de los beneficiarios. En estos servicios se podría practicar lo que se ha dado en llamar "medicina de choque", vale decir, el diagnóstico y tratamiento ambulatorio de las enfermedades comunes de diagnóstico sencillo y de tratamiento fácil. Para que esta medicina mantenga un nivel aceptable es conveniente que estos consultorios estén provistos de los elementos de diagnóstico adecuados, tales como fluoroscopia y un pequeño laboratorio y deberían ser atendidos por un reducido equipo médico en que por lo menos las especialidades básicas estén representadas. Debería, además, contar con teléfono y ambulancia para poder trasladar rápida y oportunamente los casos más complicados a un hospital, donde puedan recibir una atención más completa.

Para ciertos sectores rurales muy aislados podrían existir postas o puestos médicos, a cargo de auxiliares, con visita periódica de profesionales de manera de llevar a estas poblaciones un minimum de atención médica.

En el orden funcional, la atención médica necesita ser regionalizada y dentro de cada región, sectorizada. En cada sector existirá un equipo de médicos y de personal de colaboración para mantener contacto permanente con la población a su cargo, a fin de establecer las indispensables relaciones humanas, vínculo que debe ser estimulado por todos los medios.

No se debe omitir, finalmente, la necesidad de establecer un sistema de remuneraciones para el personal médico y de colaboración, que corresponda al mayor esfuerzo realizado por ciertos individuos y al sacrificio que

significan ciertas labores, a fin de establecer incentivos que estimulen la buena atención del paciente y no la limiten como suele ocurrir actualmente en muchos casos.

De acuerdo con la doctrina ya expuesta del derecho a la salud y de la integración de las acciones de salud, a todos estos establecimientos deberían tener derecho a concurrir y a ser atendidas todas las personas residentes en el sector correspondiente, sin discriminación entre asegurados y no asegurados. Las prestaciones deberían, por su parte, ser de carácter integral, vale decir, preventivas, curativas y sociales.

Es obvio que este esquema está en funcionamiento sólo en contados lugares, pero marca la tendencia y el ideal a que aspiran llegar muchos ministerios de salud, en materia de atención médica.

#### 4. Objetivos y acciones de la seguridad social

Como ya quedó establecido en la Introducción, la seguridad social es uno de los elementos de la política económico-social de un país y tiene por objeto restablecer, por medio de prestaciones en dinero y en especie, la capacidad de consumo de los grupos de trabajadores asegurados y sus familias cuando por razón de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte, han perdido en forma transitoria o permanente su capacidad de ganar y sus medios de subsistencia. Por otro lado, promueve la restitución del trabajador en los plazos más breves posibles a la vida activa, a fin de que se reintegre a la producción.

El principio básico que inspira estas acciones de la seguridad social, explicado en forma elemental, es que para promover el desarrollo económico-social de un país es necesario aumentar su producción y para que este aumento se mantenga en niveles altos y progresivamente crecientes es indispensable, por un lado, contar con la mano de obra adecuada y, por otro, que exista un poder comprador de los productos. Para lo primero es necesario mantener una población activa sana y fuerte y para lo segundo hay que establecer mecanismos económicos que permitan mantener la capacidad de consumo de toda la población y protegerla de las emergencias que la limitan o la suprimen. Estos mecanismos son: a) el pleno empleo, que asegura trabajo a toda la población activa; b) una política de salarios que garantice una remuneración adecuada a las necesidades vitales del trabajador; y c) la seguridad social, que restablece, a través de las prestaciones en dinero, la capacidad de consumo mínimo del trabajador y de su grupo familiar.

Para responder a estas obligaciones de carácter financiero, la seguridad social constituye un fondo que tradicionalmente ha estado formado por contribuciones tripartitas de empleador, trabajador y Estado. En la práctica resulta, sin embargo, que la contribución estatal proviene de los fondos públicos, acumulados a través de impuestos; el trabajador, por su parte, exige aumentos de salario que le compensen su cotización al seguro; y el empleador, finalmente, carga a sus costos de producción tanto su propia cotización como aquella del trabajador que ha quedado automáticamente involucrada en el salario a través del mecanismo ya indicado. En otras palabras, el total de

las contribuciones de la seguridad social son pagadas, en último término, por el público consumidor y contribuyente a través de impuestos directos o de alzas de precios que representan, en cierto sentido, un verdadero impuesto indirecto; vale decir que la distribución tripartita de las cotizaciones es más o menos discutible, porque en definitiva el gasto de la seguridad social debe ser imputado al Producto Nacional.

Esta interpretación del fenómeno financiero de la seguridad social ha traído consigo una tendencia al abandono del antiguo sistema de capitalización de los fondos de la seguridad social y su reemplazo por el sistema de reparto, en el cual se calcula actuarialmente el gasto anual y se destinan los fondos necesarios para financiar las prestaciones esperadas. Como estos fondos provienen del Producto Nacional resulta que la seguridad social entra en competencia con otros sectores económico-sociales para obtener en la distribución del Producto Nacional una porción que sea adecuada para cumplir con su programa pero no dispendiosa como para limitar los recursos que deben destinarse a la capitalización, a fin de mantener y acrecentar el proceso de la producción industrial. Esto es de trascendental importancia, por cuanto una capitalización aceptable y adecuada aumenta el Producto Nacional y en consecuencia, acrecienta la riqueza que puede ser redistribuida socialmente en etapas futuras.

En esta forma la seguridad social queda íntima e indisolublemente ligada al desarrollo económico-social de un país y a la planificación de la economía. Las decisiones que los planificadores de la economía tienen que tomar para proveer una adecuada distribución de los recursos disponibles es de una importancia capital y, desgraciadamente, al ponderar con criterio realista las necesidades de la capitalización, no siempre es posible destinar a la seguridad social los recursos suficientes, de acuerdo con las estimaciones de gastos. Esto que con frecuencia ocurre en los países de escaso desarrollo económico tiene que ser aceptado como un sacrificio transitorio necesario, que posteriormente será compensado por mayores disponibilidades cuando el Producto Nacional haya aumentado como consecuencia de la capitalización y deje el margen necesario para satisfacer las necesidades del progreso social.

Esta argumentación estrictamente económico-financiera no satisface, sin embargo, los amplios objetivos de la seguridad social, que no sólo son económicos sino también biológicos. En efecto, para la seguridad social, la protección del hombre como entidad biológica y social, tiene la más trascendental importancia, por cuanto es a ese hombre a quien van dirigidos los esfuerzos y preocupaciones del progreso social y es a través de su bienestar físico, mental y social que se alcanzarán los objetivos de la seguridad social. Frente al razonamiento puramente económico, los sociólogos piensan que la protección biológica del ser humano es lo básico y esencial y que, a través de ella, se podrá alcanzar secundariamente el desarrollo económico, para el cual el patrimonio humano es absolutamente necesario.

Es en esta concepción humanista donde se produce la coincidencia entre algunos objetivos y acciones de la seguridad social con aquellos de la salud pública. En efecto, a la seguridad social le interesa el desarrollo y crecimiento normales del niño para que llegue a transformarse en un adulto sano y vigoroso que sea un elemento de producción y, además, constituya una buena inversión para el seguro social. Igualmente le interesa que el adulto

asegurado esté protegido, desde el punto de vista médico, en sus riesgos de enfermar y morir, a fin de evitar las incapacidades innecesarias. Es sobre la base de estas consideraciones que las prestaciones médicas de tipo curativo y a veces también preventivo, se han destacado como una necesidad imprescindible de las instituciones de seguridad social, especialmente cuando la ausencia de otros servicios médicos o la insuficiencia y pobreza de los existentes las han obligado a crear sus propios organismos de atención médica.

Cuando el sistema cubre a la totalidad de la población de trabajadores y a sus familiares, su protección es casi universal y sus resultados son ponderables, por cuanto se alcanza el nivel útil capaz de traducirse en efectivo bienestar social para la mayoría de la comunidad. Desgraciadamente, con cierta frecuencia los regímenes de seguridad social de los países de América Latina protegen solamente al trabajador (Anexo IV) y, a veces, a ciertos grupos determinados de trabajadores. La falta de cobertura de la familia es un defecto grave que esteriliza los resultados del sistema, altera la unidad familiar, base de la organización social, y atenta contra principios fundamentales de solidaridad.

La cobertura discriminada de ciertos grupos de trabajadores trae como consecuencia que al lado del grupo protegido que recibe los beneficios de la seguridad social se destaca otro, a veces más numeroso que el anterior, con iguales o mayores necesidades, y que por no estar "asegurado" no es acreedor a tales beneficios. En las clases trabajadoras de muy escasos recursos ese solo hecho de no estar asegurado puede colocar al trabajador que necesita atención médica, en la categoría de los "indigentes". Y en algunos regímenes, el propio asegurado cuando se atrasa en sus cotizaciones pierde sus derechos, pudiendo caer en la categoría de "indigente".

Estos dos grupos diferenciados, de "asegurados" e "indigentes" han dado lugar a que se mantengan servicios separados para conceder prestaciones médicas a los asegurados y a los indigentes, alegando que los primeros han adquirido un "derecho" a través de sus cotizaciones, lo que no sucede con los segundos. Pero hoy, en que se acepta la universalidad del derecho a la salud, como ya ha quedado demostrado, se está notando cada vez mayor interés en un número creciente de países, a no hacer distinciones y conceder las prestaciones en los mismos establecimientos a ambos grupos. En los países de economía poco desarrollada, son las instituciones gubernamentales las que habitualmente asumen esta responsabilidad, mientras en los de economía sólida y de alta renta per cápita hay un predominio de la participación del sector privado. En uno y otro caso los principios de economía y eficacia deben ser aplicados, a fin de obtener el máximo rendimiento con el mínimo de inversión.



### III. PLANIFICACION DEL DESARROLLO

#### 1. El lugar de la salud y la seguridad social en la planificación

La falta de desarrollo económico, con su cortejo de subalimentación, pobreza, ignorancia, insuficiencia de habitaciones, es, en general, causa determinante de enfermedad y, a su vez las enfermedades, al disminuir la capacidad de trabajo reducen la capacidad de producción y son motivo por lo tanto, de pobreza y miseria. Este círculo vicioso entre pobreza y enfermedad es, tal vez, el elemento más objetivo que está demostrando la necesidad de impulsar el desarrollo económico simultáneamente con la formulación de un plan de salud integral. Los economistas así lo han comprendido y han llegado a la conclusión de que existe una evidente interdependencia entre salud, educación y economía, disciplinas que constituyen componentes indispensables en el proceso del desarrollo socio-económico. Sólo abordando el desarrollo como un todo armónico e indivisible podremos enfrentar con éxito el problema que representa para la civilización occidental la evidente desadaptación ecológica en que vive la mayoría de los pueblos de nuestros países latinoamericanos.

Dentro de la intrincada maquinaria que es necesario movilizar para promover el desarrollo, los servicios de salud y los de seguridad social juegan un papel de primera importancia, por cuanto a través de los primeros es posible romper el círculo vicioso entre pobreza y enfermedad, reduciendo los daños de esta última, y la seguridad social, por su parte, contribuye a aliviar el estado de pobreza. La acción planificada, armónica y coordinada de ambos sistemas es, pues, un pilar fundamental del desarrollo socio-económico y del mejoramiento de las condiciones de vida de los pueblos.

Resulta, en consecuencia, incuestionable que salud y seguridad social tienen la obligación de participar íntimamente en el proceso del desarrollo socio-económico y para ello tienen que incorporarse plenamente a las actividades de planificación. No podría ni siquiera pensarse en que esta participación fuera fragmentaria. El proceso de la planificación científica exige que cada disciplina haga un cálculo cuantificado de todas sus necesidades y de todos sus recursos para llegar a un diagnóstico realista de la situación y poder sobre esa base tomar las decisiones sobre prioridades de las acciones, todo lo cual lleva a la formulación de una política y la enunciación de un plan integral y coordinado.

#### 2. Breve esquematización de un plan de salud

Un plan de desarrollo puede ser nacional, provincial, estatal, regional o local; lo importante es que el área geográfica cubierta represente una unidad económico-social y dentro de ella, la cobertura sea para el total de la población. Cualquier distinción que tienda a eliminar a un grupo de la comunidad compromete necesariamente el éxito de los resultados, ya que los problemas económicos y sociales del grupo eliminado pueden pesar tan fuertemente en el conjunto que, en definitiva, se transforman en un peligro para todos y un obstáculo para el desarrollo integral.

Otra condición esencial del proceso de planificación es incluir en los estudios el total de los elementos que componen el sector en estudio. No sería posible, por ejemplo, en el sector salud planificar las acciones de protección y fomento dejando a un lado las de atención médica o viceversa. Sería un absurdo, en una comunidad en que la tuberculosis es causa prevalente de enfermedad, muerte e invalidez, preocuparse solamente de las necesidades preventivas de vacunación, quimio-profilaxis, pesquisa y aislamiento, sin abordar simultáneamente el tratamiento de los enfermos para cerrar los focos de contagio. A la inversa, sería un grave error planear solamente el diagnóstico y el tratamiento, olvidando todas las medidas epidemiológicas para evitar la transmisión del mal a las personas que rodean al enfermo.

Aunque parezca extraño, situaciones de esta índole han ocurrido en el pasado, como consecuencia de esta dicotomía entre salud pública y atención médica, en virtud de la cual esta última es preferentemente manejada por las instituciones de seguridad y asistencia social. Los Ministerios de Salud, que son los responsables de la planificación del sector salud, con frecuencia no tienen atribuciones para incorporar la atención médica a sus planes de salud. Será indispensable, en lo sucesivo, que los planes de salud sean efectivamente nacionales y no se limiten a las actividades de los Ministerios de Salud. Se está abogando por la planificación sectorial y no sub-sectorial de salud.

El cálculo de las necesidades en el sector salud se hace habitualmente utilizando las estadísticas disponibles de morbilidad y mortalidad generales y las tasas específicas por edades y causas de muerte. En ciertos casos también es necesario hacer investigaciones complementarias de algunos problemas de salud, para los cuales las estadísticas corrientes no son suficientes. La utilización de la experiencia adquirida en otras regiones puede ser aprovechada, siempre que se la someta a las correcciones necesarias, pues de lo contrario puede conducir a graves errores.

El inventario de los recursos tiene que ir acompañado de un estudio del rédito social de dichos recursos, ya que muchas veces simples medidas administrativas que aumenten su rendimiento pueden transformar en suficientes, recursos que de otra manera pudieran aparecer como inadecuados. Ejemplo típico de lo anterior es el número de camas de hospitales que, con un promedio de estada de 20 días pueden ser totalmente insuficientes pero que, potencialmente, podrían doblar su capacidad y rendimiento si el promedio de estada baja a 10 días, por medio de la aplicación de simples medidas técnico-administrativas. Otro de los recursos que hay que medir en su rendimiento son los consultorios externos, lo que a veces constituye un problema bastante difícil, porque sólo excepcionalmente los costos de las consultas están registrados separadamente.

Una vez que se ha alcanzado un conocimiento completo, realista, analítico y comparado de las necesidades y recursos, es posible llegar a un pre-diagnóstico de la verdadera situación de salud de la región o país en estudio. A continuación es preciso tomar decisiones para establecer prioridades, partiendo de la base que los recursos son siempre inferiores a las necesidades. En el establecimiento de prioridades, el estudio de vulnerabilidad de los problemas de salud adquiere importancia por cuanto con frecuencia será preferible atacar primero los problemas que son más vulnerables con los recursos disponi-

bles, con el objeto de ir limpiando el campo de problemas innecesarios que hacen más complejo el manejo del conjunto.

Con todos estos elementos de juicio es posible definir una política de salud y formular un plan de salud en el que se han de fijar metas a corto y a largo plazo y una metodología coordinada con otros sectores para ir desarrollando progresivamente los recursos humanos y materiales que se consideran indispensables para llevar a cabo dicho plan.

No se ha hecho esta breve relación de las distintas etapas de la preparación de un plan nacional de salud con la intención de establecer pautas en este terreno, las cuales, por lo demás, ya han sido definidas por los especialistas. Sólo se desea recalcar que en todas las etapas de preparación de un plan nacional de salud hay dos conceptos que dominan y orientan todas las actividades: la cobertura universal y la integración de acciones preventivas, curativas y sociales.

Hoy, en que la planificación de todas las actividades dirigidas a alcanzar el desarrollo económico y social de los países es aceptada sin discusión y está siendo puesta en práctica por la gran mayoría de los gobiernos de América Latina como condición sine qua non de los programas de la Alianza para el Progreso, cualquier sistema que pretenda discriminar los grupos de población o separar los componentes del sector salud, debe ser considerado como anacrónico y desconectado de las realidades del momento presente. Por esto es que salud y seguridad social tienen una labor importantísima que desempeñar en la formulación de estos planes, respetando estos conceptos generales que son fundamentales y desarrollando bajo este criterio universalista e integracionista sus respectivos planes en lo médico y en lo social, los cuales son paralelos y, en ciertos casos, convergentes para alcanzar una meta común.

Se ha querido también destacar en este capítulo que los elementos esenciales con que trabaja el planificador de salud dicen relación con los riesgos de perder el estado de salud y los recursos de que se dispone para actuar son los hospitales, consultorios externos y centros de salud, en otras palabras, el gran volumen de la planificación de la salud lo constituyen los elementos básicos de la asistencia médica preventiva y curativa.

#### IV. REVISTA DE LA SITUACION ACTUAL EN AMERICA LATINA

##### 1. Los servicios médicos de las instituciones de seguridad social

De acuerdo con datos de la Organización de los Estados Americanos, 19 países latinoamericanos tienen prestaciones de maternidad y 16 de enfermedad entre los beneficios ofrecidos a los afiliados al seguro social. Pero, lamentablemente, en la mayor parte de estos países la población protegida por la seguridad social es una minoría, de modo que es posible concluir que la prestación médica de la seguridad social llega a constituir a veces un privilegio del que gozan solamente ciertos grupos seleccionados de trabajadores. La gran masa de las poblaciones económicamente débiles de América Latina queda al margen de estos beneficios, lo cual es una grave limitación para los servicios médicos de la seguridad social. A esto debe agregarse algo ya mencionado, que es

la distorsión del grupo familiar, ya que la esposa y los hijos del trabajador afiliado no en todos los países pueden ser atendidos por el servicio médico de la seguridad social, que está reservado para el asegurado (Anexo IV). Esta circunstancia anula toda posibilidad de acción médico-social o epidemiológica, cuya importancia en la medicina moderna no puede ser desconocida.

Gran proporción de las prestaciones médicas de la seguridad social son concedidas en forma de servicios de carácter ambulatorio, teniendo como base de operaciones grandes consultorios médicos con todas las especialidades y con instalaciones de laboratorio y Rayos X, usualmente ubicados en los hospitales del seguro. Por lo que se refiere a la hospitalización general en los casos de enfermedades agudas y a la atención maternal, la mayor parte de las instituciones de seguro social utilizan sus propios hospitales. En aquellos países donde los hospitales de beneficencia o los de los Ministerios de Salud han estado en condiciones de absorber la responsabilidad de la hospitalización de los pacientes asegurados, las instituciones de seguridad social han suscrito convenios con esos hospitales, para lo cual se establecieron formas de cálculo de costos y arreglos para el pago de la hospitalización de los beneficiarios. Estos han sido siempre arreglos que han favorecido posteriormente una mayor coordinación de las prestaciones, ya que de hecho se han estado concediendo prestaciones a asegurados, no asegurados e indigentes bajo un mismo techo y por el mismo personal técnico.

En otros países, donde al iniciarse las actividades de la seguridad social no existía nada utilizable en materia de hospitales, o los establecimientos disponibles eran antiguos, con instalaciones insuficientes y de reducida capacidad, las instituciones de seguridad social no han tenido más alternativa que invertir parte de sus fondos en la construcción de hospitales y en su mantenimiento, a fin de cumplir con las responsabilidades de dar prestaciones médicas a sus afiliados, de acuerdo con el mandato legal.

En este último caso, los hospitales edificadas, equipados y administrados por las instituciones de seguridad social han sido, por regla general, de mejor calidad física que los antiguos hospitales de beneficencia o los nuevos del Ministerio y con frecuencia han estado bien dotados de personal debido a los más elevados salarios que han podido pagar.

Es un hecho social que el grupo de los empleados va en aumento en casi toda América Latina, creando así una clase media que aspira a un trato diferente del dado al obrero, pero cuyos medios económicos, frente al riesgo de la enfermedad, la hacen comparable a la clase obrera, justificando, por tanto, servicios propios dentro de la seguridad social. La necesidad de ofrecer prestaciones médicas a una clase media en acelerado crecimiento constituye, sin duda, uno de los problemas más críticos de la organización de los servicios médicos en toda América Latina.

En resumen, la seguridad social en América Latina, al prestar atención médica eficiente y oportuna, aún cuando no siempre económica, ha creado una conciencia sanitaria en los grupos laborales y ha canalizado grandes sumas de dinero hacia los servicios médicos, todo lo cual es indudablemente beneficioso para el cuadro general de la medicina organizada. Sin embargo, la limitación de estos beneficios a una minoría de la población y la creación de privilegios y diferencias de grupo son un obstáculo para la organización de servicios de salud en los que se apliquen criterios modernos de cobertura universal y de asistencia médica integral.

2. Los servicios médicos de los Ministerios de Salud y de otros organismos gubernamentales

Los Ministerios de Salud asumen su responsabilidad en la atención médica de la población en formas muy diversas. En algunos países los propios Ministerios con fondos del erario nacional han construido y mantienen hospitales gratuitos para indigentes y no asegurados, especialmente en las zonas rurales. Es también corriente que mantengan centros rurales y suburbanos de atención ambulatoria, con predominio de actividades preventivas, y que tienden a confundirse con los centros de salud. En los países federales es frecuente que el gobierno del Estado o la Provincia tome a su cargo la organización de servicios médicos de diversa índole, inclusive hospitales, y es también habitual que algunos gobiernos locales o municipalidades emprendan planes de atención médica mediante una red de servicios de distinta naturaleza, no siempre coordinados entre sí. Todas estas manifestaciones son expresión de la necesidad que sienten los gobiernos a distintos niveles, de hacerse cargo de la concesión de prestaciones gratuitas a grandes masas de población que, no estando protegidas por la seguridad social, son incapaces de financiar sus propios servicios en caso de enfermedad.

En los últimos años, los Ministerios de Salud han construido un cierto número de grandes hospitales regionales, ubicados generalmente en las capitales de las provincias, que son ejemplos de arquitectura y organización. Estos hospitales cumplen habitualmente funciones preventivas y curativas, están dotados de grandes consultorios externos y con frecuencia sirven a la docencia universitaria ofreciendo los campos clínicos para la formación de médicos, dentistas, enfermeras, parteras, y otros profesionales de colaboración médica.

Conjuntamente con el progreso de las construcciones hospitalarias en diversos países se ha producido un movimiento fuerte y definido hacia el nombramiento de autoridades regionales de salud, las que asumen la dirección ejecutiva de los hospitales y otros servicios gubernamentales y, además, la coordinación de otros servicios médicos no dependientes del Ministerio. En la práctica, sin embargo, esta labor coordinadora ha sido de escasos resultados por la falta de autoridad legal de estos funcionarios y la escasez de los recursos de que han dispuesto para ejercer sus funciones.

Si bien estos hospitales gubernamentales han sido creados especialmente para la atención del indigente y del no asegurado, en la práctica no han podido evitar que, progresivamente, recurran a sus servicios personas de clase media y aún alta, para quienes se han establecido departamentos especiales, donde una atención más personalizada en habitaciones individuales y con médico privado, habilita a los hospitales a cobrar la atención como en una clínica privada. Son los llamados "pensionados", departamentos muy característicos de los hospitales latinoamericanos y que constituyen un producto del empobrecimiento progresivo de una clase media que no es capaz de pagar el total de su atención y que, por otra parte, no está protegida por los regímenes de seguridad social.

A veces los hospitales de los Ministerios han sido adquiridos o simplemente transferidos de las antiguas beneficencias y de ahí que sus funciones de asistencia médica a las clases desvalidas con frecuencia se confundan con

las que en el pasado ejercían los hospitales de beneficencia. Esta es una falsa interpretación que es necesario desvirtuar. El hecho histórico ha sido que los gobiernos han tomado el control de los antiguos hospitales de beneficencia debido a que el costo alto y creciente de la manutención de hospitales ha transformado en ilusoria la acción simplemente benéfica y caritativa para financiar hospitales. Han hecho esto mediante la aplicación de diversas medidas que han variado según la tradición histórica, las disposiciones legales y la idiosincrasia de los países que lo han puesto en práctica. En algunos, por simple mandato de una ley, se ha transferido el dominio de los hospitales al Estado; en otros se ha entregado, también por ley, la autoridad para dirigir y administrar los hospitales, manteniendo juntas locales de beneficencia; en otros se ha establecido un sistema de subsidios, la concesión de los cuales ha habilitado a los Ministerios para ejercer supervisión técnica y cierto control administrativo y financiero; en otros, finalmente, se ha dado autoridad a los Ministerios para establecer un plan de construcciones hospitalarias en el que se fijan ubicación, reglas de funcionamiento y características de construcción, y sólo los hospitales que cumplen con estos requisitos pueden obtener autorización para funcionar.

A través de estos distintos procedimientos, los Ministerios han tomado control de los antiguos hospitales de beneficencia en lo financiero, lo técnico y lo administrativo, control que ha sido más o menos efectivo, según el grado de autoridad ejecutiva de los Ministerios. Pero lo que es más importante es que al hacerlo se cambió substancialmente la orientación de los hospitales de beneficencia, cuya acción era fundamentalmente caritativa y voluntaria, dedicada al diagnóstico y tratamiento elemental con medios muy simples, generalmente atendidos por médicos ad honorem y en manos de religiosas para todos los aspectos de enfermería, farmacia, alimentación, etc. Los hospitales en poder de los Ministerios de Salud han adquirido, por lo general, su fisonomía moderna de centro de asistencia médica integral, donde las prestaciones se conceden como consecuencia de un derecho de las personas y en que se utilizan los más recientes adelantos de la ciencia en beneficio de la salud individual y colectiva. La atención está en manos de profesionales especializados, que trabajan jornada completa, y el servicio funciona 24 horas al día, prestando además, la atención de urgencia que necesita la comunidad.

En otras palabras, si bien los Ministerios se han hecho cargo de los edificios de los hospitales de beneficencia, no es menos cierto que han dado un nuevo giro a las actividades hospitalarias.

La gran limitación operacional de los hospitales de los Ministerios ha sido, en casi todos los países donde están en funcionamiento, la escasez de recursos. El financiamiento adecuado de los servicios ministeriales es, en consecuencia, una necesidad imperiosa si se desea que estos hospitales, algunos de ellos bien dotados de personal idóneo y con excelentes instalaciones y equipos, lleguen algún día a cumplir plenamente con la función que la sociedad les está asignando.

### 3. Recursos en materia de personal e instalaciones

#### a. Recursos humanos

Indudablemente, el obstáculo más serio en los países latinoamericanos para desarrollar los servicios de atención médica es la escasez de recursos humanos y materiales. No sólo se trata de la falta de locales adecuados, aspecto que muchos han logrado superar, sino que la dotación normal de personal adiestrado para hacer funcionar los servicios no existe, lo que obliga a las distintas instituciones empleadoras a entrar en competencia por un mercado de trabajo restringido.

La escasez de recursos limita las posibilidades de remuneración del personal. Esto ha repercutido fuertemente en su eficiencia, por cuanto ha sido difícil inducir un espíritu nuevo y una actitud mental más de acuerdo con las nuevas orientaciones que se han ido produciendo en el seno de las ciencias de la salud. El fenómeno es especialmente visible en el personal modesto que exhibe un bajo índice de preparación e idoneidad. La remuneración insuficiente no permite la atracción de recursos humanos de mejor calificación.

Por otra parte, el personal médico, igualmente mal rentado, ha debido recurrir a la actividad profesional privada para mejorar sus ingresos y en este desempeño dual se ve a menudo sometido a tensiones contrapuestas, creando situaciones conflictivas en las que la actividad hospitalaria resulta perjudicada.

El número de médicos, en promedio, para todos los países latinoamericanos era, según estadísticas de la OSP, (\*) de 5.8 por 10,000 habitantes en 1962, cifra que no parecería tan desfavorable si hubiera una distribución uniforme. Hay que considerar, no obstante, que la disponibilidad varía dentro de un amplio rango entre los países, como asimismo entre las ciudades y las áreas rurales dentro de un mismo país. Mientras las grandes capitales tenían, en 1962, una proporción que varía de 7.3 a 28.8 médicos por 10,000 habitantes, tasa que es comparable con la de cualquier región desarrollada del mundo, había zonas del interior, en cambio, en que el número de médicos era de 0.5 a 8.0 por 10,000 habitantes y aún hay regiones muy apartadas en que se encuentra un médico por 50 o 60,000 habitantes. Esta situación es comprensible y es consecuencia de la falta de desarrollo de las áreas rurales, donde no existen condiciones adecuadas para la vida de un profesional y donde la capacidad de consumo de servicios médicos de la población es mínima, como consecuencia de su atraso económico. En un esfuerzo por atraer a los médicos a las áreas rurales, los Ministerios de Salud han construido hospitales rurales, algunos de ellos muy bien equipados, ofrecen incentivos económicos en forma de asignaciones especiales en dinero, y hasta se han dictado leyes que obligan al médico joven, como parte de su formación profesional, a servir en las áreas rurales por un cierto período. La verdad es que ninguno de estos sistemas ha sido satisfactorio y a pesar de todo, hay cargos en las áreas rurales que permanecen vacantes durante años.

---

(\*) Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas 1961-1962. Publicación Científica No. 104. Washington, D. C., agosto 1964.

Las instituciones de seguridad social sólo por excepción han abordado el problema rural en su integridad, debido especialmente a que las poblaciones rurales no están habitualmente cubiertas por sus beneficios. Cuando ha sido necesario organizar estos servicios se han limitado, corrientemente, a establecer postas médicas con atención profesional dos o tres veces por semana y con personal residente no universitario, como una manera de proporcionar un servicio médico mínimo y cumplir así el mandato legal, cuando éste existe.

Las universidades están contribuyendo a la formación de médicos en unas 100 Escuelas de Medicina, pero el esfuerzo parece todavía insuficiente, ya que la graduación anual, en general, apenas alcanza para cubrir las bajas de la profesión médica y la escasez va aumentando debido al crecimiento de la población y a su mayor conciencia sanitaria, que incrementa la demanda de servicios.

Si el número de médicos es insuficiente, la falta de enfermeras y parteras llega a límites casi dramáticos. En el conjunto de América Latina sólo existen 2.1 enfermeras por 10,000 habitantes. La falta de parteras, sumada a la escasez de médicos, trae como consecuencia que en algunas zonas rurales muy apartadas, no menos del 85% de los partos ocurren sin atención profesional de ninguna especie. Las autoridades de salud han tratado de suplir la falta de enfermeras con personal auxiliar, que ha sido formado intensamente y en gran número. Los servicios prestados por este personal son, sin embargo, limitados, ya que la formación de estas auxiliares es rudimentaria, consistiendo en cursos de 6 a 12 meses, después de una instrucción básica mínima que no pasa del tercer año de estudios secundarios. Este personal sólo puede trabajar bajo supervisión y no ha sido autorizado oficialmente para atender partos, de modo que el grave problema de la atención obstétrica sigue sin solución.

La disponibilidad de dentistas y farmacéuticos es algo mejor. En varios países se han creado, además, escuelas de tecnología médica, que forman personal de nivel universitario capacitado para realizar trabajos de laboratorio bajo vigilancia médica.

#### b. Recursos materiales

Por lo que se refiere a las camas de hospital, la situación exhibe también una gran variación de un país a otro y de una región a otra dentro del mismo país. Hay países que tienen hasta 6.0 por mil habitantes, mientras otros apenas si llegan a 0.6 por 1,000. (\*) La concentración de estas camas se hace en las grandes ciudades y especialmente en las zonas industriales. Esta situación deficitaria y de mala distribución es otro factor que contribuye a la discriminación y a establecer servicios médicos en grupos seleccionados de la población.

Los servicios de atención ambulatoria están especialmente desarrolla-

---

(\*) Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1962. Publicación Científica No. 104. Washington, D.C., agosto 1964.



dos y contribuyen eficientemente a la atención de gran número de pacientes. Casi todos los hospitales tienen un consultorio externo muy activo y con gran afluencia de público. Además existen los consultorios no dependientes de un hospital, que han sido creación de las instituciones de seguridad social en muchos casos, y que han contribuido muy eficazmente a reforzar la atención médica, especialmente de sectores industriales y suburbanos. Por su parte, los Ministerios de Salud han establecido centros de salud, dedicados preferentemente a labores preventivas, pero que necesariamente se han tenido que orientar a la atención médica como resultado de la presión de la clientela.

La disponibilidad de estos recursos en los distintos países latinoamericanos es directamente proporcional al desarrollo económico del país y a la capacidad financiera de la institución patrocinante. En general, los mayores recursos económicos se encuentran en las instituciones de seguridad social; los servicios de los Ministerios de Salud son habitualmente más pobres y los de las beneficencias son los que disponen de menos recursos. De ahí entonces, que la disponibilidad de servicios para los distintos grupos de la población sufra enormes variaciones y las diferencias establecidas originalmente por las disposiciones legales se ven agravadas por la distinta disponibilidad de recursos, lo que tiende a resaltar las diferencias en favor de ciertos grupos.

#### 4. Las personas que reciben beneficios

a. Los trabajadores comerciales e industriales urbanos: Han sido motivo de la principal preocupación de las instituciones de seguridad social. En materia de atención médica gozan de igual privilegio y generalmente, tienen a su disposición servicios ambulatorios y domiciliarios prestados directamente por las instituciones de seguridad social y, además, hospitalización que, o bien se presta en hospitales propios o se contrata en los del Ministerio o de las Beneficencias. Igual ocurre con la atención dental y farmacéutica. Aun cuando estos servicios están habitualmente bastante congestionados de público, en ocasiones demuestran una eficiencia técnica elevada y gozan de prestigio entre la clientela asegurada.

b. Los trabajadores de establecimientos industriales aislados ( minas, yacimientos petrolíferos, ingenios azucareros): Tienen con frecuencia a su disposición servicios de buena calidad técnica prestados por hospitales organizados y mantenidos por las respectivas empresas, los cuales generalmente han sido el producto de convenios laborales en que las instituciones de seguridad social han participado delegando atribuciones, y a veces, reintegrando cotizaciones a las compañías. A diferencia de los servicios médicos para trabajadores urbanos, que están destinados por lo general exclusivamente al trabajador afiliado y no a su familia, los hospitales de las citadas empresas atienden a los familiares, siempre que vivan dentro del campamento, condición que a veces crea situaciones de difícil solución por cuanto los obreros casados no siempre hallan ubicación dentro del campamento y se ven obligados a vivir en poblaciones satélites, con lo que sus familiares quedan privados de la atención médica.

c. Los trabajadores agrícolas: Rara vez están protegidos por la seguridad social y dependen enteramente de los servicios médicos gratuitos que les puedan proporcionar los hospitales de beneficencia o de los Minis-

tros de Salud. No puede negarse que en los últimos años ha habido algún progreso en materia de atención médica rural como consecuencia de los planes de construcción hospitalaria de los Ministerios que han puesto especial énfasis en los servicios rurales. En aquellas zonas en que uno de estos hospitales se ha construido, la atención prestada es de carácter integral, vale decir, preventiva, curativa y social y está disponible en forma gratuita para la totalidad de la población. Falta, sin embargo, mucho para que todas las regiones rurales de América Latina estén cubiertas por este tipo de hospitales y los que han sido construidos sufren grandemente la escasez de recursos humanos y materiales, como ya se ha explicado.

- d. Los empleados públicos y particulares: Constituyen la clase emergente de la mayor parte de los países latinoamericanos, que se hace cada día más consciente de sus derechos, exige un trato acorde con su importancia social, y pretende la creación de servicios propios dentro de sus institutos de seguridad social, como ya se ha hecho en unos pocos casos. Habitualmente estos hospitales están dotados con grandes comodidades y dan atención a las esposas de los empleados en caso de maternidad, siendo los servicios obstétricos, en general, los más concurridos.
- e. Las fuerzas armadas y la policía: Disponen corrientemente de servicios médicos propios para sus miembros y sus familiares, financiados por el presupuesto de la Nación.
- f. El personal ferroviario: Por ciertas tradiciones históricas no bien definidas goza, en algunos países, de servicios médicos propios.
- g. Los indigentes: Constituyen un grupo heterogéneo y muy numeroso en los países de América Latina. Típicamente, esta categoría incluye, además de los desocupados, muchas personas comprendidas en los siguientes grupos, por no estar afiliadas al seguro social o por no tener derecho a beneficios como dependientes del trabajador asegurado: trabajadores independientes, comerciantes ambulantes, y empleadas domésticas. Todas estas personas deben, pues, recurrir a los hospitales de los Ministerios de Salud, donde algunas veces tienen que comprobar su carencia de recursos.
- h. Las personas de modestos recursos: Por lo general, no pueden enfrentar los costos de diagnósticos o tratamientos complejos y caros, necesarios en los casos de afecciones prolongadas o intervenciones quirúrgicas. En la medida que la ciencia avanza, los costos de la atención médica van aumentando, así como el número de personas en este grupo, cuyo número es difícil calcular. Este grupo, mal definido, y que en algunos países se conoce con el nombre de "indigente médico", es el que constituye el origen de la mayor parte de los conflictos entre los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y la profesión médica. En el fondo, este grupo representa a aquellas personas que en un régimen de seguridad social de cobertura amplia deberían tener derecho a prestaciones médicas como asegurados.

Como la mayoría de los regímenes vigentes en América Latina no los protege, los integrantes de este grupo representan la clientela potencial del médico privado, pero como son económicamente incapaces de pagar esta atención de su propio peculio se ven obligados a solicitar atención gratuita en

los hospitales, con lo que entran en competencia con los asegurados, que son los beneficiarios legales y crean un conflicto con la profesión médica, cuyo trabajo se recarga en proporción al mayor número de enfermos que demandan atención en el Consultorio Externo de los hospitales.

i. Las clases acomodadas: Compuestas por terratenientes, industriales, banqueros, altos funcionarios públicos o de la empresa privada, y por todas aquellas personas que tienen una renta elevada que les permite pagar los servicios que reciben, son habitualmente atendidos por médicos distinguidos y hospitalizadas en clínicas privadas o en los pensionados de los hospitales del Ministerio de Salud. Constituyen un porcentaje pequeño de la población y no significan problema de tipo médico-social.

\*\*\*\*\*

En resumen, el número de personas que recibe los beneficios de las prestaciones médicas del seguro social en los países de América Latina está limitada por el hecho de que en estos países existe una población activa relativamente pequeña. Esta situación se debe a diversos elementos demográficos y sociales que entran en juego. Por una parte, se trata de poblaciones jóvenes con gran predominio de niños y adolescentes; existen además, numerosos inválidos como consecuencia de enfermedades y accidentes, y, finalmente, la escasez de empleos en los diversos sectores de las actividades económicas mantiene un remanente de desocupación según las regiones y las épocas del año. En definitiva, puede decirse, en términos generales, que no más de un tercio de la población trabaja, y si se agrega que los regímenes prevalentes son selectivos y dejan importantes sectores al margen de sus beneficios o privados de acceso a la atención médica, y que, además, no en todos los países acogen a los miembros inactivos del grupo familiar, el resultado final es que una muy pequeña proporción de la población total, variable en los distintos países, disfruta de acceso a las prestaciones médicas de la seguridad social. Al otro extremo se encuentra el grupo de altas rentas, que financia sus propias necesidades y que es, como ya se mencionó más arriba, una minoría.

Fuera del grupo afiliado a la seguridad social y del grupo capaz de pagar por los servicios médicos, se encuentra la gran masa de la población de América Latina, total o parcialmente incapaz de enfrentar el problema financiero de la enfermedad, que cae en la indigencia tan pronto como es víctima de afecciones prolongadas o que necesitan tratamientos caros. Este enorme grupo, que se puede estimar en alrededor de los dos tercios de la población y que no está bien definido, es el que crea las mayores dificultades y origina conflictos entre las partes interesadas, vale decir, seguridad social, Ministerios de Salud y profesión médica.

A las circunstancias ya expresadas hay que agregar algunos sub-grupos de población que, aun cuando tienen un derecho teórico a las prestaciones médicas, no tienen acceso a ellas debido a la ausencia de servicios o a la falta de personal para prestarlos. Es el caso, por ejemplo, de una buena parte de las poblaciones rurales, en la que hay obreros y empleados afiliados a algún sistema de seguridad social que teóricamente les garantiza el goce de prestaciones, pero que no pueden hacer uso de éstas por ausencia total de servicios. Caso parecido es el de ciertos campamentos industriales o mi-

neros, que tienen servicios organizados, a veces incluso existe un pequeño hospital, pero que por su aislamiento no consiguen médicos, enfermeras o parteras a ningún precio, y, por lo tanto, el servicio no funciona o lo hace malamente en manos de auxiliares.

##### 5. Necesidad de completar la información disponible

Lo expuesto en los párrafos anteriores ha sido extraído y resumido de diversas publicaciones (\*) y aun cuando en ciertos casos puede adolecer del defecto de una excesiva simplificación, sirve como introducción al tema, para mostrar sus diferentes facetas y abrir discusión sobre posibles soluciones.

Sin embargo, la falta de un análisis objetivo de la situación en todos los países, que permita conocer la disponibilidad de recursos, su accesibilidad, el costo de las prestaciones, la capacidad de pagar de los distintos grupos de población, etc., es causa de que el problema se esté discutiendo sobre una base teórica y fuertemente influenciada por los intereses de los diversos sectores participantes. De ahí también que se vayan dando soluciones parciales, que benefician a ciertos grupos que logran ejercer bastante presión en un momento dado, pero que no siguen un plan definido de desarrollo y postergan y entorpecen una solución integral.

Se piensa, por esto, que las instituciones internacionales que tienen interés en el asunto podrían auspiciar encuestas nacionales, con asistencia internacional, a fin de ir obteniendo la información básica indispensable para un análisis desapasionado y realista del problema.

Debería llevarse a cabo un estudio a fondo, de carácter científico, sociológico y estadístico, mediante una encuesta que permita recoger en el terreno información fidedigna y bien fundamentada. Fuera de los obstáculos técnicos derivados de la falta de uniformidad de estadísticas y definiciones precisas, se necesita concitar una actitud desinteresada y cooperativa de instituciones e individuos.

La investigación, se llevaría a cabo en los países que se comprometieran a proporcionar los datos requeridos. Se les ofrecería asesoramiento para el desarrollo de la labor, enviando en tales casos, un equipo de funcionarios de la OEA y la OSP. En el Anexo V se enumeran una serie de puntos que podrían servir de base para esta encuesta.

---

(\*) Bravo, A.L.: "Development of Medical Care Services in Latin America". Amer J Public Health, Vol. 48, No. 4, April 1958, pp. 434-447;  
Roemer, Milton I.: Medical Care in Latin America. Estudios y Monografías XV, OEA/OSP. Washington, D.C. Unión Panamericana 1963;  
Organización Panamericana de la Salud y Organización de los Estados Americanos: Planificación en Salud y Seguridad Social en la República de El Salvador (mimeografiado). Washington, D.C. 1963.

## V. ENSAYOS DE COORDINACION O INTEGRACION

La necesidad de coordinar las acciones de los distintos servicios encargados de la atención médica está en la mente de la mayor parte de los responsables de la administración de salud en América Latina y, en efecto, diversas medidas tendientes a este fin han sido puestas en práctica en diferentes países. A continuación se mencionan algunos ejemplos:

1. La concesión de subvenciones por el gobierno central a las Juntas Locales de Beneficencia y otras entidades similares. Junto con la subvención, el Ministerio ha impuesto habitualmente normas técnicas y administrativas y ha asumido funciones supervisoras. Ciertamente es que las normas han sido mínimas y la función fiscalizadora no se ha ejercido regularmente por falta de personal inspectivo, pero en todo caso se han establecido convenios escritos que progresivamente van orientando la acción hacia objetivos comunes. Cuando las subvenciones han llegado a un monto apreciable la transferencia de los hospitales se ha producido casi espontáneamente y por acuerdo de las partes. Esto ha sido una consecuencia inevitable del alza en los costos operacionales de los hospitales, cada vez que han tratado de mantener un nivel científico elevado de la atención médica.

2. La coordinación entre los diversos organismos de seguridad social en un mismo país. Por medio de un Consejo Superior de Coordinación se ha logrado una gran uniformidad de acción y procedimientos entre las diversas entidades que dan prestaciones médicas a distintos sectores laborales y se ha establecido que en lo sucesivo los nuevos hospitales prestarán servicios indistintamente a los afiliados de todas las instituciones.

3. La concesión de las prestaciones de la seguridad social no sólo a través de sus propios servicios sino también mediante la utilización de los hospitales del Ministerio de Salud u otros, por contrato. En ciertos países la extensión de la seguridad social está subordinada a la construcción de nuevos hospitales por parte del gobierno, asegurando así al seguro social un lugar adecuado donde otorgar las prestaciones médicas, y a la vez, al Ministerio de Salud, un ingreso para el sostenimiento del hospital.

4. La aplicación de las directivas técnicas del Ministerio de Salud en materia de estadísticas, inmunizaciones, productos farmacéuticos, etc., en todos los establecimientos médicos del país, incluyendo los mantenidos por el seguro social.

5. La contratación de servicios por parte de los Ministerios de Salud en los hospitales del seguro social para la atención de los indigentes en aquellos sitios en que los Ministerios no tienen hospitales propios.

6. El establecimiento por parte de los Ministerios de Salud de una estructura administrativa piramidal, con descentralización regional y la colocación en cada región, de un oficial superior de salud que tiene la supervisión de todos los servicios médicos del área. En la práctica a muchas de estas autoridades regionales les ha faltado el respaldo jurídico y financiero necesario para actuar con eficacia.

7. El dictado de una ley por la que se integran administrativa, financiera y técnicamente ciertos servicios de protección, fomento y recuperación de la salud que anteriormente estaban separados: los servicios de salud pública del Ministerio de Salud, los de protección materno-infantil, los hospitales de beneficencia, los servicios médicos del seguro social, y los de higiene industrial del Ministerio de Trabajo.

8. La transferencia al Ministerio de Salud, por mandato legislativo, de los servicios médicos de las instituciones de seguro social que antes operaban en forma independiente.

Fácil es advertir que existen en los países iniciativas precisas, aunque aisladas y esporádicas, para propugnar, según los casos, alguna coordinación o integración de los servicios médicos de la seguridad social y de los Ministerios de Salud. Ello revela que no existe todavía una tendencia generalizada en tal sentido y que habrá que emplear tiempo y esfuerzo para vencer los núcleos de resistencia que muestran las instituciones, los gremios y la profesión médica organizada. Hay que confiar en que una información más completa del asunto sea capaz de crear un movimiento de opinión para poner el bienestar común por encima de los intereses de círculo. El presente documento, al querer allegar los elementos de juicio disponibles, piensa facilitar la labor del Grupo de Estudio y obtener las recomendaciones finales de utilidad práctica para los gobiernos miembros, a fin de promover una mayor coordinación de estos servicios.

## VI. LA FALTA DE COORDINACION ACTUAL Y MEDIDAS PARA CORREGIRLA

Existe la conciencia, repetidamente expresada en numerosas reuniones nacionales y por diversas personalidades, de que la falta de coordinación actual es causa de discriminación desde el punto de vista social, de limitación de las acciones epidemiológicas desde el punto de vista de salud pública, y de derroche desde el punto de vista financiero. Por otra parte, hay consenso de opiniones entre los Ministerios de Salud de las Américas y entre los miembros de los órganos directivos de la Organización de los Estados Americanos y de la Organización Panamericana de la Salud, en el sentido de que es urgente tomar medidas que conduzcan a la coordinación de todas las actividades de salud pública y de atención médica bajo una directiva técnica única, que promueva la aplicación de los últimos adelantos de la medicina, por medio de una coordinación administrativa que permita uniformar procedimientos y remuneraciones.

¿Quiénes dificultan esta coordinación? ¿Cuáles son las fuerzas que hasta ahora han impedido alcanzar un entendimiento que está en el ambiente? Esto es lo que trataremos de exponer en este capítulo y en forma constructiva proponer algunas medidas que puedan significar un progreso hacia la coordinación.

1. Elementos que influyen en la falta de coordinación

a. La profesión médica: En general, los médicos recelan de todo sistema de seguridad social y de servicios médicos estatales en el que la profesión médica pierde su fisonomía de ejercicio liberal y sus miembros pasan a ser empleados a sueldo de la institución aseguradora o, lo que a veces es considerado aún peor, funcionarios civiles del Estado. Esta defensa del ejercicio profesional privado que, en los países latinoamericanos tiende a disminuir, concita diferentes grados de fervor y se enfoca desde ángulos muy distintos.

Ha habido ocasiones en que propuestas para fundar o extender un sistema de seguro social han suscitado entre la profesión médica una acción gremial que ha ido desde la protesta hasta la huelga. En otros casos, la oposición del gremio médico se ha manifestado en forma más moderada. Por ejemplo, cuando los médicos creyeron que cierta legislación tendría el efecto de reducir el ejercicio privado de la medicina, insistieron en que desde el punto de vista financiero sus intereses fueran considerados mediante un sistema de libre elección del médico y pago de honorarios por servicio, de acuerdo a un arancel previamente establecido por el Colegio de Médicos. También la clase médica ha pedido una participación predominante en la administración de los servicios de atención médica que involucren su intervención.

En suma, en los distintos países de América existe un denominador común en la defensa de los intereses del ejercicio privado de la profesión médica. Adquiere, pues, toda su importancia, la interrogante planteada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el discurso de apertura de la Reunión del Grupo Asesor en Atención Médica (Washington, 1962): "¿Cuál es la fórmula más adecuada para proteger, por un lado, a una profesión digna, y, por el otro, para asegurar que el servicio se preste, en forma eficiente y oportuna, en bien de la sociedad?"

Es probable que la respuesta a esta pregunta de fondo tendrá que venir a través de una transacción, en la que la profesión médica reconozca el destino que le depara el progreso de las ciencias sociales y los organismos dispensadores de atención médica acepten que los médicos son el elemento fundamental de los servicios, ya que sin ellos no se puede prestar atención, por lo que tienen el derecho a ser considerados en forma digna. El médico es, en efecto, el profesional encargado de otorgar la atención médica y como ésta es un servicio básico de todo plan de salud, resultan evidentes las interrelaciones muy íntimas que existen entre servicios organizados de salud y profesión médica. Es por el camino de la intervención progresiva del Estado en la administración de los servicios médicos, que los intereses de ambos entran en conflicto. El problema adquiere un carácter aún más agudo cuando la seguridad social interviene en la prestación de servicios médicos, ya que su poder económico e institucionalismo autárquico muchas veces aparecen para la profesión médica como manifestaciones de una fuerte competencia.

El problema merece que se le preste el máximo de atención, ya que sin una colaboración sincera y eficiente de la profesión médica no se puede esperar una organización médica gubernamental operante.

b. Los sectores laborales: Los grupos gremiales y los sindicatos generalmente desconfían de la atención médica estatal y están dispuestos a aceptar de mejor grado la que les dispensan las instituciones de seguridad social, a cuya administración tienen acceso y con las cuales están más habituados a tratar. Por otra parte, es curioso comprobar que en los países latinoamericana-

nos existen algunos prejuicios de clase que hacen que el empleado particular no se quiera mezclar con el empleado público y que ambos deseen mantenerse separados del obrero. Esta actitud es fomentada por la diversidad de regímenes de seguridad social y por la desigualdad de prestaciones que la ley garantiza a los diferentes grupos laborales.

Pero, además de estas actitudes de carácter social, hay gremios que aspiran a que la atención médica que se les preste sea más individualizada, especialmente en consultorio externo y a veces también, en la hospitalización. Desean elegir libremente su médico (en lo que coinciden con la profesión médica) y también el hospital o clínica que los ha de atender. Finalmente, desean (en este caso en oposición a los médicos), tener participación significativa en la administración del servicio para estar seguros de que los fondos de su grupo no se van a emplear para financiar la atención a otros grupos o para compensar las deficiencias del presupuesto fiscal.

Es obvio que la satisfacción de todas estas aspiraciones, sumadas a las planteadas por la profesión médica, dificultan la organización de servicios médicos de carácter gubernamental. Por otra parte, la mayoría de estos grupos laborales son incapaces por sí mismos de financiar sus servicios médicos, y para obtenerlos necesitan la subvención del Estado, deducida, de acuerdo con los recursos disponibles, del Producto Nacional.

c. Las instituciones de seguridad social: Es comprensible la firmeza con que las instituciones de seguridad social defienden la permanencia de las prestaciones médicas dentro del marco de su administración, por cuanto este servicio les da la deseable jerarquía institucional y la posibilidad de mostrar algunas obras tangibles. También les interesa la concesión de beneficios de carácter personal y social, hecho que las pone en contacto directo con los afiliados y les permite ganarse su adhesión y colaboración.

Actúan en favor del prestigio de las instituciones de seguridad social sus grandes recursos económicos que, generalmente, les permiten construir y mantener hospitales y consultorios externos mejor equipados que los de los Ministerios de Salud. También remuneran mejor a los médicos, lo que las ayuda a atraer a su servicio profesionales destacados.

Está en su contra la circunstancia indiscutible de que protegen sólo a un sector minoritario de la población y de que aún dentro de ese sector hay grupos que gozan de mayores beneficios en cuanto a prestaciones.

Desde el punto de vista técnico adolecen del grave defecto de concentrar su atención sólo en los aspectos curativos, descuidando, por lo general, el cumplimiento de las acciones preventivas. Aun cuando con frecuencia se sostiene lo contrario, en vista de que algunas instituciones aportan al costo de las campañas preventivas de los Ministerios de Salud, es inevitable la limitación preventiva y epidemiológica, por falta de acceso a la totalidad de la población.

d. Los Ministerios de Salud y otros organismos gubernamentales: El concepto tradicional y el criterio de prioridad que llevó a los Ministerios de Salud de América Latina a preocuparse preferentemente de los



problemas de higiene del ambiente, educación sanitaria, control de enfermedades transmisibles y, cuando más, de la protección materno-infantil, ha perjudicado su acción y trayectoria, al permitir que durante años crecieran a su margen los servicios médicos de la seguridad social. Sólo recientemente los conceptos modernos de la medicina integral han penetrado en los Ministerios de Salud como evidencia incontrovertible de la experiencia en el terreno. Es un hecho que no se puede hacer medicina preventiva pura con poblaciones paupérrimas y enfermas, cuyas necesidades más apremiantes son recibir atención médica y ayuda económica.

Como la mayor parte de estas poblaciones son rurales y una gran porción de ellas no está protegida por los regímenes de seguridad social existentes, los Ministerios de Salud han debido asumir la responsabilidad total con un bien entendido concepto de salud social, conforme a la definición de la OMS. Como además, no se puede hacer medicina rural aislada, sin el respaldo de servicios urbanos con todas las especialidades médicas, los Ministerios han tenido que dar el otro paso de organizar hospitales urbanos para absorber a la clientela venida de las áreas rurales y también para atender a los numerosos núcleos de habitantes de las ciudades que no tienen medios para ser atendidos en caso de enfermedad. La limitación de sus recursos los ha obligado a desarrollar servicios modestos en sus concepciones arquitectónicas, que a menudo han resultado estrechos frente a la creciente demanda de una población que, fuera de aumentar considerablemente, va adquiriendo cada día mayor conciencia del valor de la salud y por lo tanto, exige más servicios y recurre al médico con mayor frecuencia.

Actúa en favor del servicio público su criterio de amplia cobertura y su acción integrada de medicina preventiva, curativa y social. En su contra están la escasez de recursos y la falta de atribuciones legales para tomar bajo su control otros servicios médicos, a pesar de que su status jurídico está habitualmente definido por la Constitución que declara a la salud como obligación del Estado y da, por tanto, a éste, imperio sobre todos los problemas relacionados con la salud.

Razones más poderosas que las puramente técnicas han impedido hasta ahora que esta autoridad constitucional se centre en el organismo técnico que los propios gobiernos han creado para preocuparse de los problemas de salud.

## 2. Medidas propuestas para promover coordinación

Analizados ya los factores que juegan en uno u otro sentido, es la responsabilidad del Grupo de Estudio proponer a la OEA y a la OSP medidas que tiendan a superar las dificultades y traigan como resultado final una mayor coordinación o, si fuera posible, la integración de los servicios médicos de la seguridad social con los de los Ministerios de Salud o con los Servicios Nacionales de Salud, según sea el caso. Ellas fluyen de los antecedentes ordenados en las páginas anteriores:

- a. Planificación integral del desarrollo económico y social, dentro de la cual Salud y Seguridad Social deben tener el lugar destacado que les corresponde como sectores del progreso social, la primera procu-

rando que todos los miembros de la comunidad gocen del más alto grado posible de salud y la segunda restableciendo la capacidad de ganar y por tanto el poder de compra de los asalariados y sus familias cuando estén temporal o definitivamente incapacitados para trabajar y contribuyendo con sus recursos económicos a la construcción, habilitación y manutención de hospitales y otros organismos locales de salud.

Si se acepta que la planificación es la ordenación armónica de acciones para obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles con miras al cumplimiento de metas a corto y a largo plazo, es evidente que su implantación como sistema tiene que traer consigo la mancomunidad de servicios y la formulación de una política social con un criterio unívoco.

La participación de las instituciones de seguridad social en la planificación de la salud es indispensable para asegurar que la planificación al nivel nacional tome en cuenta los recursos y los servicios de todas las entidades que proveen atención médica. Cualquier esfuerzo para promover la mejor utilización de los limitados recursos humanos, materiales y financieros que un país puede destinar al sector salud, tiene que contar necesariamente con un inventario completo de las disponibilidades de personal médico y paramédico, hospitales, consultorios externos, centros de salud y postas médicas en funcionamiento, y finalmente, los fondos disponibles para financiar los servicios médicos. Sólo con esta información se pueden planear acciones de salud para enfrentar las necesidades de toda la población. Puede ser, sin embargo, que muchos países no estén aún preparados para aplicar el sistema de planificación con tanta amplitud y perfección, para lo cual se sugieren otras medidas más simples y que podrían considerarse como preliminares y transitorias.

b. Uniformación, en el plano nacional, de los diferentes regímenes de seguridad social, a fin de terminar con la desigualdad de programas, que es factor de perturbación al exigir prestaciones individualizadas y más amplias. Esta uniformación debería aplicarse a las cotizaciones (igual porcentaje del salario con un tope máximo), a las prestaciones, y a las remuneraciones de los funcionarios que a igual función deberían tener igual remuneración (esto incluiría a médicos y personal paramédico), con las necesarias asignaciones de estímulo para crear incentivos que permitan disponer de personal para trabajos pesados o de mayor sacrificio (áreas rurales, trabajo nocturno, etc.).

c. Extensión de la cobertura de los programas de Seguro Social hasta proteger a todos los grupos que viven de un sueldo o salario y a sus familiares, incluyendo a los pequeños comerciantes, pequeños industriales, pequeños agricultores, etc. Se insinúa la conveniencia de estudiar cuidadosamente los mecanismos reguladores tales como: control de morbilidad, exámenes sistemáticos, educación sanitaria, bono moderador para consultas repetidas, hospitalización justificada, así como la posibilidad de dejar ciertas atenciones sujetas a aranceles (hospitalización en pensionado, prótesis dentarias, obturaciones con oro, libre elección del profesional, etc.).

Con un sistema semejante se obtendría una cobertura básica universal,

un mínimo satisfactorio de atención para cubrir los riesgos de enfermedad y accidentes, y prestaciones adicionales para aquellos que las desearan o estuvieren en condiciones de pagarlas.

d. Establecimiento de un Seguro de Salud por el estilo del británico, al cual estuviera afecta toda la población y por el cual el jefe del hogar haría los pagos en cualquier Tesorería o hasta en la Oficina de Correos, estando el monto de los pagos en función del tamaño de la familia y del salario. Esto requiere un grado de cultura y un nivel económico que tal vez pocos países de América Latina han alcanzado. Es probable que, en las condiciones actuales, la mayor parte de las poblaciones rurales y con seguridad todas las poblaciones indígenas, serían incapaces de solventar ni siquiera este compromiso mínimo. El cálculo del monto tendría que estar basado en el costo del servicio integral de salud y debería representar un porcentaje de éste, en el entendido de que el resto lo pagaría el Fisco a través del Presupuesto de la Nación, financiado con impuestos generales. El sistema, que no gravaría directamente al empleador, tendría como subproducto que, al disminuir los costos de producción, se podría exigir una baja en los precios, no aceptando, en adelante, que el costo de los servicios de salud se cargue a los precios.

Una buena planificación permitiría que el ingreso por servicio de salud, más el aporte fiscal, resultara en un financiamiento satisfactorio para cubrir los costos de un servicio de salud integral, sin las limitaciones financieras que actualmente sufren los Ministerios de Salud.

e. Reforzamiento financiero y de la autoridad legal de los Ministerios de Salud, con el objeto de darles los recursos para perfeccionar sus servicios y el status jurídico que les permita ejercer la función coordinadora con autoridad ejecutiva. No cabe duda de que esta autoridad y estos recursos financieros estarán implícitamente contenidos en la legislación que se imponga cuando se haya alcanzado la etapa final de planificación integral. Sin embargo, no es menos cierto que mientras eso se alcanza se podría investir al Ministerio de Salud de mayor autoridad, como por ejemplo, la de estudiar y aprobar por decreto un plan de construcciones de hospitales y otros establecimientos de salud y exigir que toda construcción, pública, semi-estatal o privada, se ajuste a ese plan, de manera que ningún hospital ni centro de salud, ni policlínica, se pueda construir sin la autorización del Ministerio de Salud y sin estar de acuerdo con las especificaciones que aquél establezca.

f. Coordinación de las acciones locales de salud, que es la forma más elemental y fácil de comenzar la coordinación. En los pequeños pueblos de las zonas rurales o mineras, la coordinación se produce de hecho en la persona del único médico disponible. Se puede, sin embargo, en un plan sistemático y con la buena voluntad de las partes, llevar la coordinación un poco más allá, como es por ejemplo, que en pequeñas ciudades o en barrios de grandes ciudades, la institución que disponga del mejor edificio ofrezca local a la otra para que el personal de ambas se acostumbre a trabajar bajo el mismo techo, aun cuando siga conservando su individualidad institucional. Esto favorece la consulta y la referencia oportuna con evidente beneficio para el enfermo. También en pequeñas ciudades se puede llegar a un acuerdo para el uso en común del único aparato de Rayos X o del único laboratorio

existente. Ejemplos de tales arreglos existen en numerosos países y se podría propiciar su multiplicación.

g. Organización de seminarios sindicales, para poner al corriente a los trabajadores de los objetivos y ventajas del servicio de atención médica integral, de sus relaciones con la seguridad social, y de la manera de usar los servicios para obtener el mejor beneficio de ellos, sin recargar innecesariamente sus establecimientos. A través de cursos o seminarios informativos podría lograrse la cooperación inteligente de los sindicatos y atenuar su oposición.

Es indiscutible, sin embargo, que más allá de todos estos métodos que tomarán mayor o menor tiempo en implantarse por las vías legales o reglamentarias, lo que más vale es la buena voluntad mutua y la comprensión inteligente de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social, de que el progreso social, complemento indispensable del desarrollo económico, sólo se alcanzará cuando ambos cumplan con el cometido que les está reservado. Los dos son importantes instrumentos del bienestar social y de la elevación del nivel de vida y no deben competir inútilmente, sino cooperar entre sí para lograr sus objetivos comunes.

Como muy bien lo dijo el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en la XV Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (Washington, D.C., 1964), "las ciencias de la salud exhiben una evolución progresiva y paralela con las ciencias sociales. Basta analizar la definición propuesta por la Carta Fundamental de la Organización Mundial de la Salud para apreciar su tendencia universal, como afirmación, como un postulado al servicio del hombre, y como ética de aspiración optimista. Los aspectos somáticos, espirituales y sociales se entrelazan dentro de una concepción de armonía de la que resulta salud como atributo de la dignidad de una existencia vivida y realizada en plenitud. Puede pues afirmarse que el desarrollo de las ciencias sociales y de la salud es paralelo y consubstancial, lo que explica sus comunes propósitos, muchos de los cuales todavía incumplidos, pero a cuya realización tangible se aspira".

RESOLUCION XL

ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS  
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O  
MINISTERIOS DE SALUD, ASI COMO OTROS ORGANISMOS  
GUBERNAMENTALES DE SALUD

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y los de las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud (Documento CD15/15);

Tomando en cuenta las necesidades de mejorar los procedimientos para una activa planificación de salud, de extender los índices de cobertura de salud, de coordinar los sistemas de financiamiento y de integrar las acciones preventivas y curativas; y

Considerando que los organismos de seguridad social están en condiciones de ayudar a los organismos gubernamentales llamados a servir a la población total, en los programas de prevención de estos últimos,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y los de las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud (Documento CD15/15), y expresar su agradecimiento por la presentación de dicho informe.
2. Encarecer al Director que continúe prestando servicios de asesoramiento en este aspecto a los países que lo soliciten, así como en la promoción de la coordinación de los organismos internacionales interesados en esta materia.
3. Recomendar al Director que convoque un Grupo de Estudio a fin de que se encargue de presentar un informe a la Organización sobre sus puntos de vista para promover una mejor coordinación entre los servicios de salud pública y los programas de atención médica a cargo de las ins-

- 37 -

tituciones de seguridad social u otros organismos, y que transmita dicho informe a los Gobiernos.

4. Facultar al Director para que, en la aplicación del Programa y Presupuesto para 1965, tome en consideración las nuevas necesidades que crea esta resolución.

(Aprobada en la decimoquinta sesión plenaria,  
celebrada el 9 de septiembre de 1964)

RECOMENDACION 69

Recomendación sobre la asistencia médica

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Filadelfia por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 20 de abril de 1944 en su vigésima sexta reunión;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas a la asistencia médica, cuestión que está comprendida en el cuarto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de una recomendación,

adopta, con fecha doce de mayo de mil novecientos cuarenta y cuatro, la siguiente Recomendación, que podrá ser citada como la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944:

Considerando que la Carta del Atlántico prevé "la más completa colaboración entre todas las naciones en el campo económico, con el objeto de asegurar, para todos, mejores condiciones de trabajo, progreso económico y seguridad social";

Considerando que la Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo, por resolución adoptada el 5 de noviembre de 1941, se solidarizó con este principio de la Carta del Atlántico y prometió la plena colaboración de la Organización Internacional del Trabajo para su realización;

Considerando que la posibilidad de disfrutar de asistencia médica adecuada constituye un elemento esencial en la seguridad social;

Considerando que la Organización Internacional del Trabajo ha promovido el desarrollo de los servicios médicos:

mediante la inclusión de prescripciones relativas a la asistencia médica en el Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo, 1925, y en los Convenios sobre seguro de enfermedad (industria) y seguro de enfermedad (agricultura) 1927;

mediante la comunicación por el Consejo de Administración a

los Miembros de la Organización de las conclusiones de las reuniones de expertos relativas al seguro de enfermedad y a la salud pública en períodos de crisis económica, a la administración económica de las prestaciones médicas y farmacéuticas del seguro de enfermedad, y a los principios para la acción preventiva y curativa del seguro de invalidez, vejez, viudedad, orfandad;

mediante la aprobación, por la primera y la segunda Conferencias del Trabajo de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo, de las resoluciones que constituyen el Código Interamericano de Seguros Sociales; la participación de una delegación del Consejo de Administración en la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que adoptó la Declaración de Santiago de Chile, y la aprobación, por el Consejo de Administración, de los Estatutos de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que ha sido establecida como organismo permanente de cooperación entre las administraciones e instituciones de seguridad social y actúa de concierto con la Oficina Internacional del Trabajo, y

mediante la participación de la Oficina Internacional del Trabajo, como organismo consultor, en la elaboración de sistemas de seguridad social, en diversos países, y a través de otras medidas;

Considerando que algunos Miembros no han tomado las medidas que son de su competencia para mejorar la salud de sus pueblos, mediante la extensión de facilidades médicas, el desarrollo de programas de salud pública, la divulgación de la enseñanza sanitaria y el mejoramiento de la nutrición y la vivienda, no obstante la urgente necesidad de actuar en este sentido y la conveniencia de que tales Miembros adopten, tan pronto sea posible, todas las medidas necesarias para alcanzar las normas mínimas internacionales y desarrollarlas;

Considerando que, en la actualidad, es conveniente adoptar nuevas medidas para el mejoramiento y unificación de los servicios médicos, su extensión a todos los trabajadores y sus familias, incluyendo las poblaciones rurales y los trabajadores independientes, y la eliminación de injustas anomalías, sin perjuicio del derecho de cualquier beneficiario del servicio de asistencia médica a procurarse privadamente asistencia médica sufragando él mismo los gastos que ello entrañare;

Considerando que contribuiría a estos efectos la formulación de ciertos principios generales, que deberían servir de pauta a los Miembros de la Organización cuando desarrollen, con este ánimo, sus servicios médicos,



La Conferencia recomienda a los Miembros de la Organización que apliquen los siguientes principios, tan rápidamente como las condiciones nacionales lo permitan, al desarrollar sus servicios de asistencia médica, a fin de cumplir con el punto quinto de la Carta del Atlántico y que informen a la Oficina Internacional del Trabajo, conforme lo solicite el Consejo de Administración, sobre las medidas dictadas para ponerlos en práctica:

## I. PRINCIPIOS GENERALES

### Carácter esencial del servicio de asistencia médica

1. El servicio de asistencia médica debería garantizar a las personas la asistencia que puedan prestar los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines, así como cualquier otra asistencia que puedan prestar las instituciones médicas:

- a) para restablecer la salud, prevenir el desarrollo posterior de la enfermedad y aliviar el sufrimiento, cuando las personas padezcan alguna enfermedad (aspecto curativo); y
- b) para conservar y mejorar su salud (aspecto preventivo).

2. La legislación debería definir la naturaleza y extensión de la asistencia prestada por el servicio.

3. Las autoridades u organismos encargados de la administración del servicio deberían prestar asistencia médica a sus beneficiarios, recurriendo a los servicios de los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines, y organizando servicios de asistencia médica en hospitales y otras instituciones médicas.

4. El costo del servicio debería financiarse colectivamente mediante pagos regulares y periódicos, en forma de cotizaciones al seguro social, en forma de impuestos, o en las dos formas simultáneamente.

### Formas del servicio de asistencia médica

5. La asistencia médica debería prestarla un servicio de asistencia médica del seguro social, completado por la asistencia social, a fin de satisfacer las peticiones de las personas necesitadas que aun no están comprendidas en el seguro social, o un servicio público de asistencia médica.

6. Cuando la asistencia médica la preste un servicio del seguro social:

- a) cada asegurado que cotice, el cónyuge e hijos a su cargo, las personas que, de acuerdo con la legislación nacional, vivan a sus expensas y cualquier otra persona asegurada, en virtud de cotizaciones pagadas en su nombre, deberían tener derecho a la asistencia prestada por el servicio;
- b) las personas que no estén aún aseguradas y cuyos recursos económicos no les permitan sufragarla deberían recibirla de la asistencia social;
- c) el servicio debería ser financiado con las cotizaciones de los asegurados y de sus empleadores, y con subsidios de los fondos públicos.

7. Cuando la asistencia médica la preste un servicio público de asistencia médica:

- a) cada miembro de la comunidad debería tener derecho a la asistencia prestada por el servicio;
- b) el servicio debería ser financiado con fondos que provengan de un impuesto progresivo creado específicamente para financiar los servicios médicos o todos los servicios de sanidad, o con fondos que provengan de los ingresos generales de la hacienda pública.

## II. CAMPO DE APLICACION

### Extensión del servicio a toda la población

8. El servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo.

9. El seguro social estaría indicado cuando el servicio se limite a una parte de la población o a una región específica, o cuando el régimen de cotización ya exista para otras ramas del seguro social y sea posible, ulteriormente, incluir en el régimen del seguro a toda la población o a la mayor parte de ella.

10. Sería conveniente un servicio público, cuando el servicio deba amparar a toda la población y se desee unir la asistencia médica con los servicios generales de sanidad.

Administración de la asistencia médica por un servicio  
del seguro social

11. Cuando la asistencia médica la preste un servicio del seguro social, todos los miembros de la comunidad deberían tener derecho a obtenerla por el hecho de estar asegurados, y hasta su inclusión en el campo de aplicación del seguro deberían tener derecho a obtenerla, a expensas de la autoridad competente, si sus recursos económicos no les permiten sufragarla.

12. Todos los miembros adultos de la comunidad (es decir, todas las personas que no estén incluidas en la definición de "niños" del párrafo 15) cuyos ingresos no sean inferiores al nivel de subsistencia deberían cotizar al seguro. El cónyuge a cargo de un cotizante debería estar asegurado en virtud de la cotización de este último, sin que ello implique un aumento en la cotización.

13. Aquellos otros adultos, comprendidos los indigentes, que prueben que sus entradas son inferiores al nivel de subsistencia, deberían tener derecho a la asistencia médica como asegurados, y la autoridad competente pagará la cotización en su nombre. La autoridad competente debería determinar, en cada país, el significado de la expresión nivel de subsistencia.

14. Durante todo el tiempo en el cual los adultos que no puedan pagar una cotización no estén asegurados, en virtud del régimen previsto en el párrafo 13, deberían recibir la asistencia médica a expensas de la autoridad competente.

15. Todos los niños (es decir, todas las personas que sean menores de dieciseis años o de una edad más elevada que pueda haber sido determinada, o que dependan para su sustento normal de otras personas, mientras continúan su educación general o profesional) deberían estar asegurados en virtud de las cotizaciones pagadas por los adultos asegurados, en general, o a nombre de éstos, sin que ello implique el pago por sus padres o tutores de una cotización adicional.

16. Durante todo el tiempo que los niños no estén asegurados, de acuerdo con el régimen previsto en el párrafo 15, porque el servicio no ampare todavía a toda la población, deberían estar asegurados en virtud de las cotizaciones pagadas por su padre o su madre, o a nombre de éstos, sin que ello implique el pago de una cotización suplementaria a este respecto. Los niños a los que no se les preste en esta forma la asistencia médica deberían recibirla, cuando la necesitaran, a expensas de la autoridad competente.

17. Las personas aseguradas en un régimen de seguro social que conceda prestaciones en dinero o aquellas que reciban prestaciones de

- 43 -

dicho régimen, así como las personas a su cargo tal como las define el párrafo 6, deberían estar también aseguradas, en virtud del servicio de asistencia médica.

Administración de la asistencia médica por un servicio público  
de asistencia médica

18. Cuando la asistencia médica la preste un servicio público de asistencia médica, su prestación no debería estar sujeta a ninguna condición de prueba, tal como el pago de impuestos o un examen de los medios económicos, y todos los miembros de la comunidad deberían tener el mismo derecho a la asistencia ofrecida.

III. ADMINISTRACION DE LA ASISTENCIA MEDICA Y COORDINACION  
CON LOS SERVICIOS GENERALES DE SANIDAD

Alcance del servicio

19. Los beneficiarios del servicio deberían poder recibir, en cualquier momento, una asistencia completa de carácter preventivo y curativo, organizada racionalmente y coordinada, siempre que fuere posible, con los servicios generales de sanidad .

Posibilidad permanente de recibir una asistencia  
completa

20. Todos los miembros de la comunidad cubiertos por el servicio deberían poder recurrir, en cualquier momento y lugar, a una asistencia completa, preventiva y curativa, en las mismas condiciones y sin obstáculos o barreras de naturaleza administrativa, financiera, política o de otra índole que no esté relacionada con el estado de salud.

21. La asistencia médica debería comprender el tratamiento médico general y el de especialistas, a personas hospitalizadas o no (comprendida la asistencia en el domicilio del enfermo); el tratamiento odontológico; los servicios de enfermera en la casa, en el hospital o en otras instituciones médicas; la asistencia prestada, en la casa o en el hospital, por comadronas calificadas y otros servicios de maternidad; el mantenimiento en hospitales, casas de convalecencia, sanatorios y otras instituciones médicas; y, siempre que fuere posible, el

material necesario para la asistencia dental, farmacéutica, médica o quirúrgica (incluso miembros artificiales); y la asistencia prestada por cualquier otra persona que pertenezca a una profesión que haya sido legalmente reconocida como profesión afín.

22. Toda la asistencia médica y el material necesario deberían estar disponibles, en cualquier momento y por una duración ilimitada, mientras los mismos sean necesarios, a reserva solamente de la opinión de los médicos y de las limitaciones lógicas que pueden ser impuestas por la organización técnica del servicio.

23. Los beneficiarios deberían poder obtener asistencia médica en los centros u oficinas de que disponga el servicio, cualquiera que fuere el lugar donde se hallaren al surgir la necesidad, ya fuere en su lugar de residencia o en otro lugar de la región donde el servicio esté disponible, sin que para ello se tenga en cuenta si están o no afiliados a alguna institución especial de seguro, los atrasos en las cotizaciones u otros factores que no tengan relación con la salud.

24. La administración del servicio de asistencia médica debería estar unificada por regiones sanitarias suficientemente extensas para que puedan ofrecer un servicio completo, económicamente equilibrado, y debería estar vigilada por una autoridad central.

25. Cuando el servicio médico ampare sólo a una parte de la población o en el caso de que esté administrado por autoridades e instituciones de seguro de carácter diverso, las autoridades e instituciones interesadas deberían prestar la asistencia a sus beneficiarios, recurriendo colectivamente a los servicios de los miembros de las profesiones médicas y de las profesiones afines, y estableciendo o manteniendo conjuntamente centros de sanidad y otras instituciones médicas, hasta que los diversos servicios se unifiquen regional y nacionalmente.

26. La administración del servicio debería tomar disposiciones para garantizar a los beneficiarios alojamiento y asistencia en un hospital u otra institución médica, ya sea por medio de contratos con instituciones médicas públicas o con instituciones médicas privadas que hayan sido reconocidas, ya sea mediante la creación y mantenimiento de instituciones apropiadas.

#### Organización racional del servicio de asistencia médica

27. Debería ponerse rápidamente a disposición de los beneficiarios una asistencia médica óptima por intermedio de una organización que garantice la mayor economía y eficacia posibles, mediante la asociación de conocimientos, personal, equipo y otros recursos del servicio y mediante un estrecho contacto y colaboración entre todos los

miembros de la profesión médica y profesiones afines y los demás organismos que colaboren en el servicio.

28. La participación, sin reserva, del mayor número posible de miembros de la profesión médica y profesiones afines es indispensable para el éxito de cualquier servicio nacional de asistencia médica. El número de médicos generales, especialistas, dentistas, enfermeras y miembros de otras profesiones que colaboren en el servicio debería adaptarse a la distribución y necesidades de los beneficiarios.

29. El médico general debería disponer de todos los elementos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento, incluidos un servicio de laboratorio y de rayos X; el médico general también debería disponer de los consejos y asistencia de especialistas, de los servicios de enfermeros y comadronas, de los servicios farmacéuticos y otros servicios auxiliares, y de facilidades de hospitalización para que sus enfermos puedan utilizarlos.

30. El servicio debería disponer de un instrumental completo, técnico y moderno, para todas las especialidades, comprendida la odontología; debería ofrecer a los especialistas todas las facilidades necesarias para trabajar en los hospitales o realizar investigaciones, y debería poner a su disposición todos los servicios auxiliares para los enfermos no hospitalizados, tal como el de enfermeros, por intermedio del médico general.

31. Para lograr estos fines, la asistencia médica debería prestarse, de preferencia, en forma de colaboración médica, en centros de diversa naturaleza, que trabajen en relación efectiva con los hospitales.

32. Mientras se establece y se pone en práctica la colaboración médica en los centros médicos o sanitarios, convendría que los beneficiarios obtuviesen la asistencia de los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que trabajen en sus propios consultorios.

33. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a la mayoría de la población, sería conveniente que la autoridad que administre el servicio en la región construyese, equipase y dirigiese centros médicos o sanitarios en alguna de las formas indicadas en los párrafos 34, 35 y 36.

34. Cuando no existan facilidades suficientes para obtener asistencia médica, o cuando al implantarse el servicio de asistencia médica exista un sistema regional de hospitales con dispensarios que dispongan de servicios para medicina general y asistencia por especialistas, sería conveniente la organización de centros en los que los en-

fermos, estando o no hospitalizados, puedan obtener toda clase de asistencia, o la conversión de los hospitales existentes en centros de dicha naturaleza, completados, en ambos casos, por puestos locales para medicina general y servicios auxiliares.

35. Cuando la práctica de la medicina general esté suficientemente desarrollada fuera del sistema de hospitales y los especialistas ejerzan principalmente como consultores médicos y trabajen en hospitales, sería conveniente establecer centros médicos o sanitarios para consulta externa de medicina general y servicios auxiliares, y centralizar en los hospitales la asistencia que presten los especialistas a enfermos que estén o no hospitalizados.

36. Cuando la práctica de la medicina general y especializada esté suficientemente desarrollada fuera del sistema de hospitales, sería conveniente establecer centros médicos o sanitarios para el tratamiento de enfermos no hospitalizados, que comprenda la asistencia por médicos generales y especialistas y cualesquiera servicios auxiliares, mientras que los casos que necesiten asistencia en el hospital serían enviados de los centros a los hospitales.

37. Cuando el servicio de asistencia médica no ampare a la mayoría de la población, pero cuente con un número considerable de beneficiarios, y las facilidades de hospitalización y demás facilidades médicas sean inadecuadas, la institución de seguro, o las instituciones de seguro conjuntamente, deberían establecer un sistema de centros médicos o sanitarios que preste toda clase de asistencia, incluso la hospitalización en los centros principales y que, siempre que fuere posible, facilite los medios de transporte; dichos centros serían necesarios especialmente si los asegurados estuviesen dispersos en regiones de población diseminada.

38. Cuando el campo de aplicación del servicio de asistencia médica sea demasiado limitado para que la organización de centros sanitarios completos destinados a los beneficiarios del servicio constituya un medio económico para satisfacer sus necesidades, y las posibilidades de obtener la asistencia de especialistas en la región sean insuficientes, sería conveniente que la institución de seguro, o las instituciones de seguro conjuntamente, mantuvieran puestos donde los especialistas presten su asistencia a los beneficiarios, según las necesidades.

39. Cuando el servicio de asistencia médica ampare solamente a una parte relativamente pequeña de la población, concentrada en una región donde la práctica privada haya adquirido una extensión considerable, sería conveniente que los miembros de la profesión médica y

de las profesiones afines que participen en el servicio colaborasen en centros alquilados, instalados y administrados por ellos mismos, donde puedan recibir asistencia los beneficiarios del servicio y la clientela privada.

40. Cuando el servicio de asistencia médica ampare solamente a un pequeño número de beneficiarios, que estén dispersados en una región de población densa con facilidades adecuadas para la asistencia, y cuando no sea posible una colaboración médica voluntaria tal como está prevista en el párrafo 39, sería conveniente que los beneficiarios recibieran asistencia de los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que practiquen en sus propios consultorios y en hospitales u otras instituciones médicas, ya sean públicas o privadas, si han sido reconocidas.

41. En las regiones de población dispersa y alejada de las ciudades debería organizarse un servicio de clínicas ambulantes motorizadas o instaladas en aviones, equipadas para los primeros auxilios, tratamiento dental, examen general y, posiblemente, para otros servicios sanitarios, tales como los relacionados con las madres y niños lactantes, y deberían tomarse disposiciones para el transporte gratuito de los enfermos a los centros y hospitales.

#### Colaboración con los servicios generales de sanidad

42. Los beneficiarios del servicio de asistencia médica deberían tener a su disposición todos los servicios generales de sanidad, es decir, servicios que presten a toda la comunidad o a grupos de personas los medios para mejorar y proteger su salud antes de que ésta se vea amenazada o se vislumbre la amenaza, ya se presten estos servicios por miembros de la profesión médica y de las profesiones afines o en otra forma.

43. El servicio de asistencia médica debería prestarse en estrecha coordinación con los servicios generales de sanidad, ya sea por medio de una estrecha colaboración con instituciones de seguro social que presten asistencia médica y con autoridades encargadas de los servicios generales de sanidad, ya sea unificando los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad en un solo servicio público.

44. Debería obtenerse la coordinación local de los servicios de asistencia médica y de los servicios generales de sanidad, estableciendo centros para la asistencia médica en las cercanías de las se-



des centrales de los servicios generales de sanidad o estableciendo centros comunes que sirvan de sede a todos o a una parte de los servicios de sanidad.

45. Los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que colaboren con el servicio de asistencia médica y trabajen en centros médicos podrán prestar la asistencia médica general que pueda ventajosamente ser ofrecida por el mismo personal, comprendida la inmunización, el examen médico de escolares y de otros grupos de personas, consejos a las mujeres embarazadas y a las mujeres con niños lactantes, así como otra asistencia de esta naturaleza.

#### IV. CALIDAD DEL SERVICIO

##### Nivel óptimo del servicio de asistencia médica

46. El servicio de asistencia médica debería tender a la prestación de una asistencia de la mejor calidad posible, habida cuenta de la importancia de la relación entre el médico y el enfermo y de la responsabilidad personal y profesional del médico, y protegiendo al mismo tiempo tanto los intereses de los beneficiarios como los de las profesiones que colaboren con el servicio.

##### Elección del médico y continuidad de la asistencia

47. El beneficiario debería tener derecho a escoger, entre los médicos generales que estén a disposición del servicio y a una distancia razonable de su domicilio, el médico por el que desee ser asistido de una manera permanente (médico de cabecera); también debería tener el mismo derecho de elección para escoger el médico de sus hijos. Estos principios deberían aplicarse igualmente a la elección de un dentista para la familia.

48. Cuando los centros sanitarios presten asistencia, el beneficiario debería tener derecho a escoger su centro a una distancia razonable de su domicilio, y a escoger, para él y para sus hijos, un médico y un dentista entre los médicos generales y dentistas que trabajen en ese centro.

49. A falta de un centro sanitario, el beneficiario debería

tener derecho a escoger su médico de cabecera y el dentista de la familia entre los médicos generales y los dentistas que colaboren en el servicio y cuyos consultorios se encuentren a una distancia razonable de su domicilio.

50. El beneficiario que pueda alegar una razón justificada, tal como la falta de contacto personal y confianza, debería tener derecho a cambiar de médico de cabecera y de dentista de familia, a condición de que lo avise previamente dentro del plazo previsto a estos efectos.

51. El médico general o el dentista que colabore en el servicio debería tener derecho a aceptar o rechazar el cliente, pero no podrá aceptar a un número de clientes que exceda de un máximo prescrito, ni rechazar clientes que no le hayan elegido sino que le hayan sido asignados por el servicio, de acuerdo con métodos imparciales.

52. La asistencia prestada por especialistas y miembros de profesiones afines, tales como enfermeras, comadronas, masajistas y otros, debería proporcionarse a instancias y por intermedio del médico de cabecera, que debería tener en cuenta, siempre que ello fuere posible, las preferencias del enfermo, si hay varios miembros de la especialidad o de la profesión que trabajen en el centro sanitario o a una distancia razonable del domicilio del enfermo. Deberían tomarse disposiciones especiales a fin de prestar la asistencia de especialistas solicitados por el enfermo, aunque ello no haya sido aconsejado por el médico de cabecera.

53. Debería prestarse asistencia en el hospital cuando lo aconseje el médico de cabecera del beneficiario o el especialista que haya sido consultado.

54. Si la asistencia en el hospital se presta en el centro donde trabaja el médico de cabecera o el especialista, el enfermo debería ser preferentemente asistido en el hospital por su propio médico de cabecera o por el especialista que le haya sido asignado.

55. Siempre que ello fuere posible, deberían tomarse las medidas necesarias para que pueda consultarse, previa cita, a los médicos generales o a los dentistas que trabajen en el centro sanitario.

Condiciones de trabajo y situación de los médicos  
y de los miembros de profesiones afines

56. Las condiciones de trabajo de los médicos y de los miembros de las profesiones afines que colaboren con el servicio deberían tender a alejar del médico u otro colaborador cualquier preocupación de orden económico, garantizándole ingresos suficientes durante los períodos de trabajo, vacaciones, enfermedad y retiro y garantizando pensiones a sus supervivientes, sin limitar su discreción profesional, a no ser mediante la vigilancia profesional, y no deberían desviar la atención del médico u otro colaborador del mantenimiento y mejoría de la salud de los beneficiarios.

57. Sería conveniente que los médicos generales, especialistas y dentistas que trabajen para un servicio de asistencia médica que ampare a toda o a una gran parte de la población fuesen empleados con sueldo por tiempo completo, con garantías suficientes en materia de vacaciones, enfermedad, vejez y muerte, a condición de que la profesión médica esté adecuadamente representada en el organismo que les emplee.

58. Cuando los médicos generales o los dentistas dedicados a la práctica privada de la profesión trabajen parte del tiempo en un servicio de asistencia médica que cuente con un número suficientemente elevado de beneficiarios, sería conveniente pagarles una suma básica fija, por año, acordándoles garantías suficientes en materia de vacaciones, enfermedad, vejez y muerte. Esta suma podrá aumentarse, si se considerare conveniente, con honorarios fijos por cada persona o familia confiada a la asistencia del médico o dentista.

59. Cuando los especialistas dedicados a la práctica privada de la profesión trabajen parte del tiempo en un servicio de asistencia médica que cuente con un número considerable de beneficiarios, sería conveniente remunerarles con una suma proporcional a las horas de trabajo consagradas al servicio (salario por tiempo parcial).

60. Cuando los médicos y dentistas dedicados a la práctica privada de la profesión trabajen parte del tiempo en un servicio de asistencia médica que no cuente sino con un pequeño número de beneficiarios, sería conveniente remunerarles por los servicios efectuados.

61. Sería conveniente que entre los miembros de las profesiones afines que colaboren con el servicio, aquellos que presten

- 51 -

asistencia personal fuesen empleados con salario por tiempo completo y con garantías suficientes en materia de vacaciones, enfermedad, vejez y muerte; los miembros de estas profesiones que proporcionen material deberían ser pagados de acuerdo con tarifas adecuadas.

62. Las condiciones de trabajo de los miembros de la profesión médica o de las profesiones afines que colaboren con el servicio deberían ser uniformes en todo el país o para todas las categorías de la población amparada por el servicio, y deberían fijarse de acuerdo con los órganos representativos de la profesión respectiva, a reserva sólo de aquellas variaciones que puedan ser necesarias como consecuencia de la diversidad de las exigencias del servicio.

63. Debería preverse un procedimiento para permitir que los beneficiarios presenten reclamaciones acerca de la asistencia recibida y que los miembros de la profesión médica o de las profesiones afines presenten reclamaciones acerca de sus relaciones con la administración del servicio, ante el organismo de arbitraje pertinente, y en condiciones que presenten garantías adecuadas para todas las partes interesadas.

64. El sistema de vigilancia profesional de los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que trabajen en el servicio debería estar confiado a organismos compuestos especialmente de representantes de las profesiones que colaboren con el servicio, y prever medidas disciplinarias.

65. Cuando, durante el procedimiento referido en el párrafo 63, un miembro de la profesión médica o de las profesiones afines que trabaje en el servicio sea acusado de una falta en el cumplimiento de sus deberes profesionales, el organismo de arbitraje debería someter la cuestión al organismo de vigilancia mencionado en el párrafo 64.

#### Nivel de pericia y de conocimientos profesionales

66. Debería alcanzarse y mantenerse el nivel más elevado posible de conocimientos y pericia en las profesiones que colaboren en el servicio, y para ello se debería exigir un nivel elevado de formación científica y práctica, y se debería velar para que aquellos que colaboren en el servicio mantengan y aumenten su pericia y sus conocimientos.

67. Los médicos que participen en el servicio deberían tener una formación adecuada en materia de medicina social.

- 52 -

68. Los estudiantes de medicina y de odontología, antes de ser admitidos en el servicio de asistencia médica como médicos o dentistas plenamente calificados, deberían trabajar como ayudantes en los centros sanitarios o en los consultorios, especialmente en regiones rurales, bajo la vigilancia y la dirección de profesionales experimentados.

69. Entre las calificaciones para ingresar en el servicio debería exigirse un período mínimo de internado en un hospital.

70. Debería exigirse a los médicos que deseen ingresar en el servicio como especialistas un certificado de competencia en su especialización.

71. Debería exigirse que los médicos y dentistas que colaboren en el servicio participen periódicamente en cursos postuniversitarios organizados o aprobados a estos efectos.

72. Deberían prescribirse períodos adecuados de aprendizaje en hospitales o en centros sanitarios para los miembros de las profesiones afines, y deberían organizarse cursos postuniversitarios de asistencia periódica obligatoria para aquellos que colaboren en el servicio.

73. Los hospitales administrados por el servicio médico o aquellos que colaboren en este servicio deberían proporcionar facilidades que permitan la investigación científica y la enseñanza médica.

74. La formación profesional y la investigación científica deberían ser promovidas con la ayuda financiera del Estado y con la legislación.

## V. FINANCIAMIENTO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA

### Constitución de los fondos para financiar un servicio de seguro social

75. La cotización máxima que se perciba de una persona asegurada no debería exceder de aquella proporción de sus ingresos que, aplicada a los ingresos de todos los asegurados, arroje un ingreso igual al costo total probable del servicio de asistencia médica, comprendido el costo de la asistencia prestada a las personas que

viven a su cargo, tal como las define el párrafo 6.

76. La cotización pagada por cada asegurado debería representar la fracción de la cotización máxima que pueda pagar sin que ello constituya para él una carga excesiva.

77. Los empleadores deberían estar obligados a pagar una parte de la cotización máxima, en nombre de las personas que empleen.

78. No debería exigirse el pago de la cotización del seguro a las personas cuyos ingresos no excedan del nivel de subsistencia. La autoridad debería pagar cotizaciones equitativas en nombre de estas personas; sin embargo, en el caso de personas empleadas, dichas cotizaciones podrían ser pagadas, total o parcialmente, por sus empleadores.

79. La parte del costo del servicio de asistencia médica que no esté cubierta por las cotizaciones debería cargarse a los contribuyentes.

80. Las cotizaciones de los asalariados podrían ser recaudadas por sus empleadores.

81. Cuando se exija a una clase cualquiera de trabajadores independientes la afiliación a una asociación profesional o la obtención de un permiso, la asociación o la autoridad que conceda el permiso podrían encargarse de la recaudación de las cotizaciones de dichas personas.

82. La autoridad nacional o local podría estar encargada de la recaudación de las cotizaciones de los trabajadores independientes inscritos a los efectos fiscales.

83. Cuando se halle en vigor un régimen de seguro social que otorgue prestaciones en efectivo, sería conveniente recaudar junto con las cotizaciones para dicho régimen las cotizaciones para el servicio de asistencia médica.

#### Constitución de fondos para financiar un servicio público de asistencia médica

84. El costo del servicio de asistencia médica debería financiarse con fondos públicos.

85. Cuando toda la población esté amparada por el servicio de asistencia médica y todos los servicios de sanidad estén bajo una so-

- 54 -

la administración central y regional, sería conveniente que el servicio de asistencia médica estuviese financiado con los ingresos generales del Estado.

86. Cuando la administración del servicio de asistencia médica esté separada de la de los servicios generales de sanidad, sería conveniente financiar el servicio de asistencia médica con un impuesto especial.

87. El impuesto especial debería pagarse a un fondo separado reservado exclusivamente para financiar el servicio de asistencia médica.

88. El impuesto especial debería ser progresivo y estar calculado de suerte que se obtengan ingresos suficientes para financiar el servicio de asistencia médica.

89. No debería exigirse el pago del impuesto especial a las personas cuyos ingresos no excedan del nivel mínimo de subsistencia.

90. Sería conveniente que el impuesto especial fuese percibido por las autoridades nacionales que recaudan el impuesto a la renta o, cuando no exista dicho impuesto, por las autoridades encargadas de la recaudación de los impuestos locales.

#### Constitución de capitales

91. Además de proveer los recursos normales para financiar el servicio de asistencia médica, deberían tomarse medidas para utilizar el patrimonio de las instituciones de seguro social, o fondos que provengan de otras fuentes, para financiar los gastos extraordinarios que fueren necesarios para ampliar y mejorar el servicio, especialmente para la construcción o instalación de hospitales y de centros médicos.

### VI. CONTROL Y ADMINISTRACION DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA

#### Unidad de los servicios de sanidad y control democrático

92. Todos los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad deberían estar controlados por un organismo central, y deberían estar administrados por regiones sanitarias, tal como se definen en el párrafo 24; los beneficiarios del servicio de asistencia

médica, así como la profesión médica y las profesiones afines interesadas, deberían participar en la administración del servicio.

#### Unificación de la administración central

93. Debería incumbir a una autoridad central que represente a la comunidad la formulación de los principios generales de acción sanitaria, y la vigilancia de todos los servicios de asistencia médica y de los servicios generales de sanidad, a reserva de que consulte y colabore con la profesión médica y las profesiones afines sobre todas las cuestiones profesionales, y a reserva también de que consulte a los beneficiarios sobre las cuestiones referentes a los principios generales y a la administración que interesen al servicio de asistencia médica.

94. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a toda la población o a una parte de ella, y todos los servicios de asistencia médica y servicios generales de sanidad estén bajo la vigilancia o la administración de un organismo central del gobierno, podrá considerarse que los beneficiarios están representados por el jefe principal de este organismo.

95. El organismo central del gobierno debería mantenerse en contacto con los beneficiarios por intermedio de organismos consultivos en los que participen representantes de organizaciones de las diferentes categorías de la población, tales como los sindicatos, asociaciones de empleadores, cámaras de comercio, asociaciones de agricultores, asociaciones femeninas y sociedad de protección a la infancia.

96. Representantes de los asegurados deberían participar en el control, de preferencia por intermedio de comités consultivos, respecto a todas las cuestiones sobre los principios generales que estén relacionados con el servicio de asistencia médica, cuando este servicio ampare solo a una parte de la población y el organismo central del gobierno vigile todos los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad.

97. El organismo central del gobierno debería consultar a los representantes de la profesión médica y de las profesiones afines, de preferencia por intermedio de comités consultivos, sobre cualquier cuestión relacionada con las condiciones de trabajo de los miembros de las profesiones que colaboren en el servicio, así como sobre cualesquiera otras cuestiones de orden esencialmente profesional, especialmente sobre la elaboración de la legislación referente al carácter, extensión y administración de la asistencia prestada por el servicio.



98. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a toda la población o a la mayor parte de ella, y todos los servicios de asistencia médica y servicios generales de sanidad estén vigilados o administrados por un organismo representativo, los beneficiarios deberían estar representados directa o indirectamente en dicho organismo.

99. En este caso, la profesión médica y las profesiones afines deberían estar representadas en el organismo representativo, de preferencia con un número igual de representantes que los beneficiarios o el gobierno; los miembros profesionales del organismo deberían ser elegidos por su profesión respectiva o ser propuestos por los representantes de las profesiones y nombrados por el gobierno central.

100. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a toda la población o a la mayor parte de ella, y todos los servicios de asistencia médica y servicios generales de sanidad estén vigilados o administrados por una corporación de expertos establecida por la legislación o en virtud de un estatuto, sería conveniente que esta corporación estuviese compuesta por un número igual de miembros de la profesión médica y de las profesiones afines, por una parte, y de personas calificadas que no pertenezcan a estas profesiones, por otra.

101. Los miembros profesionales de la corporación de expertos deberían ser nombrados por el gobierno central entre los candidatos propuestos por los representantes de la profesión médica y las profesiones afines.

102. El organismo representativo ejecutivo de la corporación de expertos que vigile y administre los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad debería ser responsable ante el gobierno de su programa de acción general.

103. En el caso de un Estado federal, la autoridad central prevista en los párrafos precedentes podrá ser la autoridad federal o la de un Estado.

#### Administración local

104. La administración local de los servicios de asistencia médica y de los servicios generales de sanidad debería estar unificada o coordinada por regiones constituidas a estos efectos de acuerdo con las indicaciones del párrafo 24, y el servicio de asistencia médica de la región debería estar administrado por organismos que representen a los beneficiarios y que comprendan representantes del servicio médico y de

las profesiones afines, o que sean asistidos por dichos representantes, o bien en consulta con tales organismos, a fin de proteger los intereses de los beneficiarios y de las profesiones y garantizar la eficacia técnica del servicio y la libertad profesional de los médicos que en él colaboren.

105. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a toda la población o a la mayor parte de ella en la región sanitaria, sería conveniente que todos los servicios de asistencia médica y los servicios generales de sanidad estuvieren administrados adecuadamente por una sola autoridad regional.

106. Cuando, en este caso, la autoridad administrativa regional administre los servicios de sanidad en nombre de los beneficiarios, las profesiones médicas y afines deberían participar en la administración del servicio de asistencia médica, de preferencia por intermedio de comités elegidos por las profesiones, o nombrados por la autoridad administrativa regional o por el gobierno central entre los candidatos propuestos por las profesiones interesadas.

107. Cuando el servicio de asistencia médica ampare a toda la población o a la mayor parte de ella en la región sanitaria y este servicio esté administrado por un organismo representativo, la autoridad administrativa regional, en nombre de los beneficiarios, así como las profesiones médicas y afines en la región, deberían estar representadas en este organismo, de preferencia en número igual.

108. Cuando el servicio de asistencia médica esté administrado por oficinas regionales o por funcionarios regionales de la autoridad central, las profesiones médicas y afines en la región deberían participar en la administración, de preferencia por intermedio de comités técnicos ejecutivos elegidos o nombrados de acuerdo con las disposiciones del párrafo 106.

109. Cualquiera que sea la forma de la administración regional, la autoridad que administre el servicio de asistencia médica debería permanecer, en la región, en contacto permanente con los beneficiarios, por intermedio de organismos consultivos, elegidos por organismos representativos de las diversas categorías de la población, de acuerdo con las disposiciones del párrafo 95.

110. Cuando el servicio de asistencia médica del seguro social no ampare sino una parte de la población, sería conveniente que la administración de este servicio se confiara a un organismo representativo ejecutivo que fuere responsable ante el gobierno y comprendiera representantes de los beneficiarios y de las profesiones médicas y afines que colaboren con el servicio, y de los empleadores.

## Administración de las unidades sanitarias

111. Las unidades sanitarias que pertenezcan al servicio médico y cuyas funciones estén garantizadas por dicho servicio, tales como centro médicos, sanitarios u hospitalarios, deberían estar administradas según un sistema de control democrático que incluya la participación de la profesión médica, entera o principalmente por médicos, elegidos por los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines, que colaboren con el servicio, o nombrados previa consulta a estos miembros, en colaboración con todos los médicos que trabajen en la unidad.

## Derecho de apelación

112. Los beneficiarios, o los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines que hayan presentado reclamaciones ante el organismo de arbitraje mencionado en el párrafo 63, deberían tener derecho a apelar de la decisión de este organismo ante un tribunal independiente.

113. Los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines contra los que haya tomado medidas disciplinarias el organismo de vigilancia mencionado en el párrafo 64, deberían tener derecho a apelar de la decisión de este organismo ante un tribunal independiente.

114. Cuando el organismo de vigilancia mencionado en el párrafo 64 no tome medidas disciplinarias en el caso que le haya sido sometido por el organismo de arbitraje, de conformidad con el párrafo 65, las partes interesadas deberían tener derecho a apelar ante un tribunal independiente.

RESOLUCION A.2

PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA DE

LA ALIANZA PARA EL PROGRESO

La Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial,

TENIENDO PRESENTE:

Las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar, y

CONSIDERANDO:

Que hay acuerdo entre los gobiernos de las Américas para planificar simultáneamente el crecimiento económico y el progreso social para el decenio que se inició en 1960;

Que con este propósito es indispensable una serie de disposiciones previas destinadas a formular los planes nacionales en forma que consulten los problemas de mayor importancia para las sociedades;

Que mientras se preparen dichos planes, no deben interrumpirse los programas en ejecución sino, por el contrario, ampliarse a nuevas comunidades e iniciar aquellos otros que tengan significado económico-social, dando prioridad a los planes de emergencia en ciertos países;

Que es indispensable coordinar las diversas iniciativas que forman parte del bienestar individual y colectivo, tanto en los planes nacionales como en los proyectos actualmente en ejecución o en los que se realicen en el futuro;

Que el Grupo de Expertos de la Organización de los Estados Americanos sobre Planificación del Desarrollo Económico y Social en América Latina estableció "que el mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región", y

Que el Consejo de la Organización de los Estados Americanos recomendó a los gobiernos que al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, se incluyan los programas de salud pública que son esenciales y complementarios de los económicos, y que también recomendó

la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación de tales programas (Resolución VII, Segundo Período de Sesiones de la Comisión Especial para Estudiar la Formulación de Nuevas Medidas de Cooperación Económica),

RESUELVE:

1. Recomendar a los gobiernos las siguientes medidas a largo plazo para la prevención de las enfermedades y la defensa y recuperación de la salud.

- a. Preparar planes nacionales para el próximo decenio.
- b. Crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación y evaluación, con la debida representación ante los organismos nacionales de planificación general del desarrollo económico y del progreso social, para la correspondiente coordinación.
- c. Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias, como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud.
- d. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin es preciso:
  - (1) Determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión;
  - (2) Capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable, y
  - (3) Ampliar o crear los centros educativos necesarios.
- e. Perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrando las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica; crear progresivamente los que sean indispensables y asegurar la accesibilidad económica de agentes terapéuticos y prevención de las enfermedades.
- f. Adoptar las disposiciones legales e institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva en la ejecución de proyectos de industrialización, urbanización, vivienda, desarrollo rural, educación, tu-

- 61 -

rismo y otros.

- g. Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica, para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

2. Recomendar a los gobiernos la ejecución de las siguientes medidas de efectos inmediatos:

- a. Dar término a los proyectos en ejecución, en especial los relacionados con el control o erradicación de las enfermedades transmisibles, el saneamiento, la nutrición, la atención médica, la protección de la maternidad e infancia, la educación sanitaria y otros destinados a la defensa de la salud, reconociendo la debida prioridad a los programas de emergencia de determinados países.

- b. Formular, para su ejecución progresiva, proyectos destinados a:

- (1) Suministrar agua potable y servicios de alcantarillado por lo menos al 70 por ciento de la población urbana y al 50 por ciento de la población rural en el próximo decenio, como mínimo;
- (2) Reducir la mortalidad de los menores de 5 años de edad a la mitad de las tasas actuales;
- (3) Erradicar del Continente el paludismo y la viruela e intensificar el control de otras enfermedades infecciosas frecuentes, tales como las entéricas y la tuberculosis;
- (4) Mejorar sustancialmente la alimentación y la nutrición de los grupos más vulnerables de la población, aumentando la ingestión de proteínas de origen animal o vegetal, y
- (5) Procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud.

3. Establecer, como meta general de los programas de salud en el próximo decenio, un aumento de cinco años en la esperanza de vida de cada persona al nacer.

4. Recomendar a los gobiernos que, cuando lo estimen conveniente, utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana (Oficina Re-

- 62 -

gional de la Salud) en la preparación y ejecución de estos planes. Igualmente, apoyar los proyectos de dicho organismo para establecer sistemas de planificación en salud en los países de América Latina.

5. Recomendar asimismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o bilateral, que están a disposición de los países de este Continente.

PRESTACIONES POR ENFERMEDAD Y MATERNIDAD EN REGIMENES DE  
SEGURIDAD SOCIAL

País e institución	Prestaciones por enfermedad				Prestaciones por maternidad			
	En dinero		En servicios		En dinero		En servicios	
	Asegurado	Dependientes	Asegurado	Dependientes	Asegurado	Dependientes	Asegurado	Dependientes
<u>Argentina</u>								
Caja de Maternidad	-	-	-	-	x	-	-	-
<u>Bolivia</u>								
Caja Nacional de Seguridad Social	x	-	x	x	x	-	x	x
Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros	x	-	x	x	x	-	x	x
<u>Brasil</u>								
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários	x	-	x	x	x	x	x	x
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes	x	-	x	x	x	x	x	x
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas	x	-	x	x	x	x	x	x
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos	x	-	x	x	x	x	x	x
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários	x	-	x	x	x	x	x	x
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos	x	-	x	x	x	x	x	x
<u>Colombia</u>								
Caja Nacional de Previsión	x	-	-	-	x	-	x	-
Instituto Colombiano de Seguros Sociales	x	-	x	-	x	-	x	x
<u>Costa Rica</u>								
Caja Costarricense de Seguro Social	x	-	x	x	x	-	x	x
<u>Chile</u>								
Servicio de Seguro Social (Servicio Nacional de Salud)	x	-	x	x	x	-	x	x
Caja de Previsión de los Empleados Particulares (Servicio Médico Nacional del Empleado)	x <sup>a/</sup>	-	x <sup>a/</sup>	-	-	-	-	-
<u>Ecuador</u>								
Instituto Nacional de Previsión (Caja Nacional del Seguro Social)	x	-	x	x	x	-	x	-
<u>El Salvador</u>								
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	x	-	x	-	x	-	x	x
<u>Guatemala</u>								
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	x <sup>b/</sup>	-	x <sup>b/</sup>	-	x <sup>c/</sup>	x <sup>d/</sup> <sup>e/</sup>	x <sup>f/</sup>	x <sup>g/</sup>
<u>Haiti</u>								
Institut d'Assurances Sociales d'Haiti	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Honduras</u>								
Instituto Hondureño de Seguridad Social	x	-	x	x <sup>g/</sup>	x	-	x	x
<u>México</u>								
Instituto Mexicano del Seguro Social	x	-	x	x	x	-	x	x
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	x	-	x	x	x	-	x	x
<u>Nicaragua</u>								
Instituto Nacional de Seguridad Social	x	-	x	x <sup>g/</sup>	x	-	x	x
<u>Panamá</u>								
Caja de Seguro Social	-	-	x	x <sup>g/</sup>	x	-	x	-
<u>Paraguay</u>								
Instituto de Previsión Social	x	-	x	x	x	-	x	x
<u>Perú</u>								
Caja Nacional del Seguro Social Obrero	x	-	x	-	x	-	x	-
Seguro Social del Empleado	x	-	x	-	x	-	x	x
<u>República Dominicana</u>								
Instituto Dominicano de Seguros Sociales	x	-	x	x <sup>g/</sup>	x	-	x	x
<u>Uruguay</u>								
Consejo Central de Asignaciones Familiares	-	-	-	-	x	-	x	-
<u>Venezuela</u>								
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales	x	-	x	x	x	-	x	x

- a. Cáncer, tuberculosis, cardiovasculares y sífilis.  
b. Sólo cubre enfermedades profesionales y accidentes comunes.  
c. Sólo en el Departamento de Guatemala.  
d. Sólo en caso de muerte de la afiliada.  
e. Hijos menores de dos años.  
f. Hijos menores de seis años.  
g. Hijos menores de ocho meses.



## FORMULACION DE UNA ENCUESTA INTERNACIONAL

### Bases para la elaboración del cuestionario

#### 1. Organización administrativa

- a. De los Ministerios de Salud: Capacidad legal para fijar una política superior de salud integral; tipos de servicios regentados; atribuciones sobre otros servicios que presten atención médica.
- b. De los Organismos de Seguridad Social: Dependencia ministerial; relación con el Ministerio de Salud; administración superior y directivas; personal en función del número de imponentes; sistema de selección y remuneración de los médicos.
- c. Ensayos de coordinación: Relaciones jurídicas y administrativas entre los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social; actividades preventivas en favor de la familia, como unidad de trabajo; coordinación de servicios a nivel local, especialmente en áreas rurales; política mancomunada de formación, reclutamiento y remuneración del personal.

#### 2. Estudios de cobertura

- a. De los Ministerios de Salud: Población que teóricamente tiene derecho a atención, de acuerdo con el estatuto legal; población que efectivamente tiene acceso a los servicios; disponibilidad de camas en función de población teórica; promedio de estada e índice ocupacional de las camas hospitalarias; número de consultas externas en función de población teórica; servicios de especialidad; atenciones domiciliarias.
- b. De los organismos de Seguridad Social: Riesgos cubiertos, número de personas afiliadas; número de familiares beneficiarios; beneficios concedidos; disponibilidad de camas en función de total de beneficiarios; promedio de estada e índice ocupacional de las camas hospitalarias; número de consultas externas en función del total de beneficiarios; servicios de especialidades; atenciones domiciliarias.

### 3. Estudio de costos y financiamiento

- a. En los Ministerios de Salud y en las Instituciones de Seguridad Social: Factores económico-financieros y su repercusión en los costos de la seguridad social; contribución financiera comparada de distintos grupos laborales; capacidad económica de los distintos grupos laborales y étnicos para pagar los servicios médicos o para financiar los sistemas de seguridad social que dan prestaciones médicas.
- b. En los hospitales dependientes de una y otra entidad: Costos de capital comparados con gastos corrientes efectivos; componentes de los costos de capital por cama habilitada y por consultorio externo; análisis de los gastos corrientes por ítem presupuestario (sueldos, alimentación, farmacia, etc.); análisis de los gastos corrientes por departamentos (medicina, cirugía, laboratorio, cocina, etc.); costo por día cama; costo de la consulta externa por hora de trabajo y por individuo atendido; costo por beneficiario; costo por habitante-año.
- c. Entradas o rentas de los médicos, comparando sueldos de los Ministerios con los de la Seguridad Social y con cálculos de rentas-promedio, según aranceles establecidos por los organismos gremiales.

NOTA: En todos estos estudios de costos se usarían las definiciones establecidas por el Sr. Brian Abel-Smith en el libro "El precio de los Servicios Sanitarios", publicado por la OMS (Serie de Cuadernos de Salud Pública No. 17).