ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XLII REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.
SEPTIEMBRE 1990

Tema 5.5 del programa provisional

CSP23/25 (Esp.)
20 agosto 1990
ORIGINAL: ESPAÑOL

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

Introducción

La coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública es un tema trascendente en la Región. Su vigencia e importancia, reconocidas a lo largo de las tres últimas décadas, han estado ligadas a definiciones de política y esfuerzos de los gobiernos para articular, en 16 países de América Latina, los programas de salud de la Seguridad Social y de los Ministerios de Salud.

El Consejo Directivo de la Organización, en varias oportunidades, ha adoptado resoluciones específicas que cubren una amplia gama de aspectos sobre este tema. Las recomendaciones respectivas parecen haber contado con una amplia aceptación conceptual y doctrinaria, pero su cumplimiento en la práctica ha sido en general limitado, y en ocasiones errático. Aunque en los países con frecuencia se señalan avances en este campo, la coordinación real de estas instituciones sólo se ha producido en un número reducido de casos, y siempre como resultado de decisiones y definiciones políticas de mayor alcance y profundidad. En consecuencia, persisten problemas derivados de la incoordinación institucional y programática de los servicios de salud, que se requiere abordar y solucionar apropiadamente.

Las implicaciones para la salud de la población de los procesos económicos que viven actualmente los países hacen perentoria la necesidad de definiciones y decisiones que corrijan los efectos de concepciones políticas y éticas que llevaron, 40 ó 50 años atrás, a establecer programas de servicios y esquemas de organización institucional del sector salud que reprodujeron en la atención de salud la desigualdad en oportunidades derivadas de los patrones de distribución del ingreso nacional. Esos esquemas organizacionales orientaron formal y primordialmente la acción directa del Estado hacia "los desposeídos", y segregaron los servicios de los Ministerios de Salud, que se aislaron dentro del sector, y se convirtieron en servicios fundamentalmente para "los pobres", a menudo pobremente dotados de recursos.

De manera similar, esas concepciones políticas y sus interpretaciones técnicas condicionaron la instauración y el desarrollo de los Seguros Sociales como conquistas laborales y concentraron sus programas casi exclusivamente en aquellos grupos o segmentos de la población trabajadora con mayor capacidad de presión y negociación política.

El conocimiento actual de los factores determinantes de la salud de la población, y su interpretación en la conceptualización de los servicios respectivos, exigen enfoques diferentes de organización que, respondiendo a concepciones políticas que destacan valores de equidad y de justicia social, permitan plantear e impulsar formas de organización y de financiación de la atención de salud, que armonicen la capacidad y las funciones y la acción del Estado con las de la sociedad en general, para lograr de manera efectiva esos objetivos sociales en el campo de la salud, para la totalidad de la población.

El documento

En el marco de los planteamientos anteriores, este documento reseña cambios políticos, económicos y sociales que están ocurriendo en la Región y sus principales consecuencias en el campo de la salud, y los relaciona con las perspectivas y necesidades de desarrollo de los sistemas de salud, con participación de la Seguridad Social, cuyo potencial de contribución al cumplimiento de la meta de SPT/2000 habrá de ser plenamente incorporado.

El documento consta de seis secciones, en las cuales se plantea el problema general (sección I: Introducción); se examinan cambios producidos en las condiciones políticas, económicas y sociales de los países (II) y en sus sistemas de salud (III), como resultado de la crisis económica que afecta la Región. A la luz de esos cambios, se analizan exigencias y perspectivas de la Seguridad Social en la década de los años noventa (IV), y se proponen lineamientos para consideración en la definición de una estrategia regional de fortalecimiento y adecuación del sector salud (V). Finalmente, se destacan orientaciones de la cooperación técnica (VI) para acompañar y apoyar los procesos nacionales, de acuerdo con las recomendaciones respectivas del Comité Asesor en Seguridad Social de la Organización.

Dentro de estas orientaciones, el documento señala las difíciles circunstancias económicas y sociales imperantes en los países, que exigen políticas y estrategias nacionales y regionales más profundas para lograr la verdadera articulación funcional y operativa de los recursos institucionales del sector salud. En ese sentido, se considera que la coordinación Ministerios de Salud-Instituciones de Seguridad Social requiere ser analizada y debatida en un contexto de programas y responsabilidades nacionales, y no solamente de grupos seleccionados de la población. Por otra parte, se destaca que esta coordinación no es un problema solamente de los 16 países de la Región, en donde estas entidades han compartido la prestación de servicios de salud, sino una

situación que atañe a toda la Región, y que hace a los elementos fundamentales de la definición y aplicación de la política social de los gobiernos, en cuyo marco se habrán de desarrollar las acciones de salud y de Seguridad Social para toda la población nacional.

En ese contexto se proponen, para definiciones estratégicas en el futuro inmediato, los siguientes aspectos que se consideran de especial relevancia en el desarrollo de los sistemas de salud: el perfeccionamiento de las relaciones intersectoriales, como expresión de la interacción entre salud y desarrollo; el cambio de los enfoques de "asistencia pública", por la extensión de cobertura de la Seguridad Social, como expresión del "derecho a la salud"; y la reformulación correspondiente de los sistemas nacionales de salud. En el desarrollo de estas acciones, es fundamental la readecuación de las funciones y responsabilidades de los Ministerios de Salud e Institutos de Seguridad Social, y el fortalecimiento de los procesos de conducción y liderazgo en los sistemas de salud, como expresiones de un nuevo rol y de una presencia vigorosa del Estado para armonizar y articular la utilización de los recursos del sector salud. Un elemento central de estos procesos es la transformación de los actuales esquemas de "seguros sociales", orientados a la protección de grupos seleccionados de trabajadores, en verdaderos "sistemas nacionales de Seguridad Social" de alcance nacional, y con cobertura universal de la población.

El proceso de análisis y las decisiones esperadas

El documento fue conocido y analizado inicialmente por el Subcomité de Planificación y Programación (diciembre de 1989) y por el Comité Asesor en Seguridad Social (febrero de 1990). Con las observaciones y recomendaciones formuladas en esas dos instancias de análisis, se llevó luego a consideración de la 105a Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización (Documento CE105/12) (Anexo I), el cual acordó su presentación a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, junto con el proyecto de resolución que se acompaña (Anexo II).

Se espera que la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, al debatir el tema, acoja las sugerencias del Comité Ejecutivo y establezca definiciones de política y lineamientos de acción para orientar el avance en la consolidación de los sistemas de salud con participación de la Seguridad Social, y para el desarrollo de la cooperación técnica en este campo.

Anexos

comité ejecutivo del consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

grupo de trabajo del comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

105a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1990

Tema 4.7 del programa provisional

CE105/12 (Esp.)
6 abril 1990
ORIGINAL: ESPAÑOL

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

Este documento relaciona cambios importantes políticos, económicos y sociales que están ocurriendo en la Región, y sus consecuencias en el desarrollo de los sistemas de salud, con las perspectivas y potencial de participación de la Seguridad Social en esos sistemas y para el cumplimiento de la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

Dentro de esa orientación, se examinan cambios producidos en las condiciones políticas, económicas y sociales de los países (Capítulo II) y en sus sistemas de salud (III). Se analizan perspectivas de la seguridad social en la década de los años noventa (IV), y se proponen para consideración en la definición de una estrategia regional de fortalecimiento y adecuación del sector salud en la presente década (V) los siguientes aspectos: el perfeccionamiento de las relaciones intersectoriales, en el contexto de la interacción entre salud y desarrollo (V.1); el cambio de la "asistencia pública", por la extensión de cobertura de la seguridad social, como expresión del "derecho a la salud", y la reformulación correspondiente de los sistemas nacionales de salud (V.2); la readecuación de los papeles y responsabilidades de los Ministerios de Salud e Institutos de Seguridad Social (V.3); el fortalecimiento de los procesos de conducción y liderazgo en los sistemas de salud (V.4) y, como elemento central de estos procesos, la transformación de los esquemas de "seguros sociales" en verdaderos "sistemas de seguridad social" (V.5).

Las difíciles circunstancias económicas y sociales imperantes en los países de la Región exigen políticas y estrategias nacionales y regionales mas profundas, para lograr la verdadera articulación funcional y operativa de los recursos institucionales del sector salud. En tal sentido, la coordinación Ministerios de Salud-Instituciones de Seguridad Social requiere ser analizada y debatida en un contexto de programas y responsabilidades nacionales, y no solamente de grupos selectivos de la población.

Al tratar estos diversos aspectos, el documento incorpora y destaca sugerencias y recomendaciones del Subcomité de Planificación y Programación (Diciembre 1989) y del Comité Asesor en Seguridad Social (Febrero 1990) respecto a orientaciones de desarrollo, y de la cooperación técnica en este campo. Del análisis del tema en el Comité Ejecutivo se esperan definiciones de políticas y lineamientos operativos cuya aplicación, en apoyo de políticas nacionales de salud y seguridad social, contribuyan a lograr el perfeccionamiento de los sistemas de salud, articular los programas existentes, y mejorar su eficiencia. Asímismo, que haga posible subsanar los desequilibrios actuales, extendiendo la protección básica a proporciones progresivamente mayores de la población, para una mayor equidad social.

CONTENIDO

		Página
I.	INTRODUCCION.	1
II.	LAS TENDENCIAS DEL DESARROLLO Y LA SALUD.	2
	1. El desarrollo económico y social	2
	2. De la expansión a la crisis.	3
	2.1 Endeudamiento externo y gasto público	3
	2.2 Consecuencias sociales del ajuste	4
	2.3 El ajuste y el Sector Salud	5
	2.4 El ajuste y la seguridad social	5
	3. Consecuencias a largo plazo.	6
	4. Salud, seguridad social y desarrollo	7
	4.1 La dimensión política de la salud	7
	4.2 Iguales objetivos, instrumentos más eficaces.	8
III.	LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD	8
	1. El subsector público	9
	1.1 La acción directa del Estado - Subsistema público tradicional.	9
	1.2 La seguridad social - Subsistema público de la seguridad social	10
	2. El subsector privado	12
	3. La articulación de los sistemas de salud	13
IV.	PERSPECTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA PRESENTE DECADA	15
	1. En la extensión de cobertura de la atención de salud.	15
	2. En los procesos de descentralización y desestatización.	15
	2.1 Descentralización	15
	2.2 Desestatización o privatización	16

CONTENIDO (cont.)

		Página
	3. En el proceso de ajuste estructural.	16
	4. En el financiamiento y la organización de los sistemas de salud	17
V.	ELEMENTOS PARA DEFINICION DE UNA ESTRATEGIA.	17
	1. Desarrollo y salud: las relaciones intersectoriales	18
	2. Reformulación de los sistemas nacionales de salud.	19
	3. Definición de papeles y áreas de acción de las instituciones en los sistemas de salud. . .	21
	4. Fortalecimiento de los procesos de conducción y liderazgo en los sistemas de salud	22
	5. Desarrollo de los sistemas de seguridad social . .	22
VI.	ORIENTACIONES DE LA COOPERACION TECNICA.	23
VII.	REFERENCIAS.	32

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

1. INTRODUCCION

En las últimas dos décadas el concepto de Estado ha evolucionado de manera importante. Dicha evolución responde a cambios de significación en el pensamiento político universal, indudablemente relacionados con el comportamiento recesivo de la economía mundial en el mismo período.

Las corrientes ideológicas en los países industrializados con economía de mercado, generadas por esos fenómenos económicos pusieron énfasis en el mejoramiento de la eficiencia del aparato estatal, y en propiciar su mayor capacidad para promover el crecimiento económico con una mejor intervención directa en la producción de bienes y servicios.

Como consecuencia de estos cambios en la concepción de las formas de acción del Estado se produjo un replanteamiento de la actuación de las economías regionales y locales en los campos económico y político, así como del papel que podían desempeñar las empresas y organizaciones privadas en la producción de bienes y en la prestación de ciertos servicios que tradicionalmente habían estado bajo la responsabilidad Estatal. Así, se promovieron cambios en la organización política del Estado mediante los cuales se otorgó autonomía política, económica y administrativa a las regiones y localidades, y se trasladó al sector privado la propiedad de ciertas empresas estatales, así como la administración de la prestación de algunos servicios públicos. Todo este movimiento de descentralización y desestatización iniciado en los países industrializados tendría luego manifestaciones variadas en los países de América Latina, propiciadas también por razones económicas.

En este contexto, en los procesos de descentralización en América Latina, cobra particular fuerza el análisis del papel del Estado en el financiamiento, y en la organización y provisión de los servicios básicos. Sobre todo, cuando a raíz de los efectos negativos de la crisis económica en la calidad de vida de la población, también se está abriendo paso el reconocimiento de las ventajas y potencial del concepto de seguridad social sobre el de asistencia pública en la prestación de los servicios de salud.

En los escenarios políticos, y económico-financieros, y en las realidades sociales, que enfrentarán los países de la Región en los años noventa, es evidente que los Ministerios de Salud y las entidades de seguridad social no sólo seguirán siendo protagonistas centrales en los sistemas de salud en la Región, sino que además se verán enfrentados a nuevas y más amplias exigencias. Los requerimientos de una acción más amplia de estas instituciones, que sobrepasan el campo tradicional de la prestación de servicios, se plantean en una doble vertiente.

La extensión de la cobertura de los servicios de salud a las grandes masas de población que aún carecen de ella, el logro de las metas cualitativas adoptadas para el año 2000, y la aplicación efectiva de los

principios de equidad y justicia social en salud que surgen de la Declaración de Alma-Ata y de "Salud para Todos", requieren un tremendo esfuerzo para ampliar la capacidad institucional de prestación de servicios. Los componentes cualitativos de estas metas sociales hacen además perentoria una presencia real y efectiva de la salud en los procesos de desarrollo. En los escenarios esperados para los años noventa, esta participación exige una cuidadosa consideración de las relaciones intersectoriales que atañen a la salud. Esta a su vez plantea la necesidad de fortalecer la capacidad de las instituciones de salud y en particular la de los Ministerios de Salud, cuya competencia en este campo, y cuya autoridad como organismos rectores del sector responsables de gestar y formular sus políticas, requiere ser reafirmada y desarrollada. En este marco global, la interrelación de las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud adquiere dimensiones mas amplias que las de la coordinación tradicional de sus recursos y programas.

En estas condiciones es indispensable propiciar y estimular el análisis formal de las relaciones de la salud y de la seguridad social en los procesos de desarrollo de la Región, y promover la discusión y el debate que permitan avanzar hacia mejores definiciones de los papeles que las instituciones deban cumplir en el futuro en el sector salud. Estos análisis y discusiones habrán de contribuir a la expansión conceptual y operativa de los sistemas de seguridad social y al fortalecimiento de su participación actual y potencial en la atención y el desarrollo de la salud.

Estas definiciones son igualmente importantes en la orientación de la cooperación técnica de la OPS/OMS con las entidades de la seguridad social, la cual se ha venido fortaleciendo y ampliando en los últimos años en aplicación de resoluciones del Consejo Directivo y de recomendaciones de organismos subregionales.

Dentro de esta orientación general, los temas planteados en la versión inicial de este documento han sido motivo de consideración por el Subcomité de Planificación y Programación (diciembre de 1989) y por el Comité Asesor en seguridad social (febrero de 1990). En la preparación de esta versión del documento se han incorporado conceptos y modificaciones sugeridas en esas dos revisiones previas de estos temas.

II. LAS TENDENCIAS DEL DESARROLLO Y LA SALUD

1. El desarrollo económico y social

Los países de la Región iniciaron después de la segunda guerra mundial un largo período de expansión económica el cual se prolongaría hasta 1980. En el lapso comprendido entre 1950 y 1980 la tasa de crecimiento promedio anual del conjunto de los países fue de 5,5% anual[1/].

En el proceso de configuración de sus estilos de desarrollo unos países pusieron el énfasis en las metas de crecimiento, en tanto que algunos formularon objetivos de desarrollo económico y social en los que

combinaban metas de crecimiento y distribución. En la actualidad estos diferentes énfasis se reflejan en la heterogeneidad que caracteriza a los países de la Región, y en particular a la forma como están cubiertos los diferentes servicios básicos que requiere la población, el grado de desigualdad en la distribución del ingreso y la riqueza, la evolución de la mortalidad infantil y el analfabetismo, el estado nutricional de la población, la escolaridad y la dispersión regional en los índices de calidad de vida.

2. De la expansión a la crisis

Al largo período de expansión de las economías siguió la crisis económica más prolongada que haya registrado la Región desde los años treinta. Esta estuvo en gran medida determinada externamente por la recesión económica registrada en las economías industrializadas, y en grado no menos importante por factores internos relacionados con excesos y limitaciones de la política económica de los países.

Varias fases o etapas caracterizan el proceso de configuración y desarrollo de la crisis económica actual de los países latinoamericanos: la gestación y el desarrollo de la crisis en los países desarrollados con economía de mercado; la etapa de endeudamiento externo acelerado de la Región; la fase previa a la crisis; el comienzo de la crisis; el período de la crisis y los programas de ajuste y estabilización, y las consecuencias sociales del ajuste.

En relación con el sector salud, el interés en el desarrollo de estas etapas se centra en la fase de endeudamiento externo y su relación con la expansión del gasto público en la Región, porque es allí en donde se originan los principales factores de desequilibrio de las variables macroeconómicas de los países, que finalmente condujeron a la introducción de estrictos programas de ajuste económicos en todos los países de la Región. También se pone el énfasis en este tema porque es precisamente a través de la drástica reducción del gasto público que se producen los principales efectos recesivos de la actividad económica, con sus consecuencias sobre la inversión, la prestación de los servicios básicos, los índices de desempleo, el nivel de los salarios reales, y en los índices de calidad de vida.

2.1 Endeudamiento externo y gasto público

Entre los factores de orden externo que se relacionan con la crisis económica de la Región, se señalan las excepcionales condiciones que se crearon en el escenario económico mundial, particularmente financiero, con motivo del alza registrada en los precios del petróleo en 1973. Un porcentaje considerable de estos recursos adicionales de los países productores de hidrocarburos se canalizó hacia la Región en forma de crédito externo. Estos ingresos de divisas fueron complementados con otros originados en el auge de las exportaciones de los países de América Latina que tuvo lugar entre 1976 y 1980.

Como resultado, la economía de la Región obtuvo en este período un aceptable ritmo de crecimiento económico el cual superó el de los países industrializados.

No obstante, el costo de esta estrategia de crecimiento fue el aumento sin precedentes de la deuda externa, y el rápido crecimiento del déficit en la cuenta corriente de la balanza de pagos. Este costo se reflejaría en una aguda reducción del ritmo de crecimiento económico de la Región en la década de los ochenta, cuya recuperación se prevé solamente será parcial en la presente década.

En los años setenta, apoyados en la mayor disponibilidad de recursos externos, los países de América Latina emplearon con relativa laxitud el gasto público como instrumento de estímulo a la actividad económica. La expansión del gasto público permitió un importante crecimiento de la producción y los servicios del gobierno en un buen número de países, lo cual a su vez, exigió más endeudamiento y más importaciones para mantener el ritmo de producción, y satisfacer la demanda estimulada por la mayor actividad económica. Durante este período los desequilibrios en el ingreso de divisas de los países fueron oportunamente cubiertos con créditos externos.

En un lapso relativamente corto se estableció una relación del tipo financiamiento externo-gasto público-actividad económica, de forma tal que para poder mantener el ritmo de crecimiento, con precios estables y equilibrio en el sector externo de la economía, se dependía cada vez más de mayores volúmenes de endeudamiento externo.

La desaparición en 1981 de las condiciones favorables de financiamiento externo para la Región, obligaron a las autoridades económicas de los países a tomar las medidas necesarias para restablecer el equilibrio de las principales variables macroeconómicas, ajustándolas a las disponibilidades efectivas de ahorro interno y crédito externo. Estas medidas, aparentemente transitorias, significarían sin embargo, un replanteamiento de largo plazo en la conducción económica de los países basada en la austeridad y en la vigilancia permanente de la expansión del gasto público.

2.2 Consecuencias sociales del ajuste

Las evaluaciones del ajuste realizadas por entidades nacionales y organismos internacionales muestran resultados heterogéneos con algunos logros en el campo económico y grandes sacrificios en lo social[2/].

También se dispone de evidencia que muestra que los costos internos del ajuste se han distribuido en forma inequitativa[3/]. Una proporción sustancial de estos costos son absorbidos por los sectores de menos ingresos como lo muestran los índices de ocupación de algunos países, el comportamiento de los salarios reales, y la evolución de los ingresos del amplio grupo de la población económicamente activa que conforma el sector informal. Hacia 1985 un 32% de la población económicamente activa urbana de la Región estaba ocupada en actividades informales. En algunos países, esta proporción oscila entre el 50% y el 60% [4/].

En varios países los sectores de menores ingresos también fueron afectados directamente por la reducción registrada en el volúmen del gasto público en los programas sociales, entre ellos los de salud, educación, saneamiento básico, nutrición y vivienda.

2.3 El ajuste y el Sector Salud

La evidencia disponible sobre el efecto de la crisis y el ajuste en la prestación de los servicios de salud y en el estado de salud de la población todavía no es contundente y generalizable a toda la Región. Sin embargo, se conocen ya algunos hallazgos. En uno de los países de la Región los resultados de investigaciones rigurosas muestran aumentos en la tasa de mortalidad infantil de ciertas regiones durante el período más agudo de la crisis[5/]; en otros países, se redujo el ritmo de descenso de la mortalidad infantil[6/] y en otros hay síntomas de un desmejoramiento en el estado nutricional de la población[7/]. La OPS ha realizado y promovido un importante conjunto de estudios específicos sobre el tema[8/].

Desde el punto de vista de la atención a las personas la evidencia empírica disponible muestra que es muy probable que, en el corto plazo, la reducción relativa en el gasto público en salud no haya afectado de manera importante la oferta total de dichos servicios. Sin embargo, ello no significa que las personas cubiertas por estos servicios no se hayan visto obligadas a realizar aportes, superiores a los normales, en dinero y en especie, para poder recibir la atención requerida, y tampoco que la calidad de la atención haya permanecido estable en todos los casos[9/].

2.4 El ajuste y la Seguridad Social

El impacto de la crisis y de los programas de ajuste económico y estabilización también afectan a las instituciones y programas de la seguridad social. La magnitud del impacto en un período determinado dependerá principalmente de la forma como está financiada, organizada y administrada la seguridad social en un determinado país, y de la amplitud de las contingencias que ella cubre a sus afiliados.

Como se muestra más adelante en este documento, la forma predominante de financiación de la seguridad social en la Región es de tipo compartido con aportes de los trabajadores y de los empleadores. Esto significa que el monto del financiamiento recaudado por la seguridad social en gran medida está determinado por el volumen de empleo formal y el nivel general de los salarios en la economía.

El impacto neto del comportamiento de estas variables en el financiamiento de la seguridad social dependerá de la combinación específica que en cada país se registre en un período determinado entre la estructura del desempleo abierto y la evolución de los salarios[10/].

Otro fenómeno importante que tendrá igualmente influencia a ese respecto es el impacto del ajuste estructural sobre la edad de retiro, es decir, sobre el incremento, con el tiempo, de gastos para los sistemas de

seguridad social debido a la presión que se genera para jubilar anticipadamente a funcionarios públicos y asalariados privados, cuyo patrono (suele ser el Estado) se ve obligado a reducir su personal para reducir el gasto público.

No obstante, es conveniente señalar que por las características de su financiamiento, al menos teóricamente, la seguridad social está en mejores condiciones de afrontar y superar los períodos de crisis que los programas asistenciales que se financian con rentas generales del Estado. Esto en gran medida depende de la administración financiera que se hace de los recursos recaudados.

Por último, no se dispone de información cuantitativa que documente el impacto real del ajuste económico sobre el financiamiento de la seguridad social. Sin embargo, para los casos de Brasil, México y Costa Rica[11/], se conocen informes que muestran las acciones que han puesto en marcha los organismos directivos de la seguridad social de esos países para contrarrestar los efectos recesivos del ajuste económico.

3. Consecuencias de largo plazo

La crisis económica y la respuesta dada a la misma por los países inevitablemente tendrá consecuencias estructurales de largo plazo en las economías las cuales aún no han sido visualizadas en toda su magnitud. Aunque ya empiezan a delinearse algunas estrategias y nuevas formas de conducción política y económica en la Región y fuera de ella, todavía no existe claridad plena sobre el estilo o estilos de desarrollo que estas economías adoptaran en la década de los noventa.

Sobre lo que sí hay claridad es sobre la necesidad que tienen las economías desarrolladas y de menor desarrollo relativo de la Región de adoptar nuevos estilos y estrategias de desarrollo económico y social. Estos nuevos estilos y estrategias, en ambos casos, deben ser consistentes con las restricciones y compromisos que impone la compartida y frustrada estrategia de crecimiento apoyada en el endeudamiento externo que se adoptó en el pasado.

Con respecto a las economías de menor desarrollo relativo, los factores más relevantes a tener en cuenta en la definición de los nuevos estilos de desarrollo serían:

- la inserción de la economía de la Región en un entorno cambiante y de alta complejidad científica y tecnológica;

- la alta productividad y competitividad que caracteriza a los países que tienen mayor presencia en el comercio internacional;

- la necesidad de alcanzar tasas satisfactorias y crecientes de productividad, de ahorro interno, de inversión, y de crecimiento del PIB;

- la impostergable decisión de satisfacer las necesidades básicas de la población en condiciones de pobreza extrema;

- la apertura de canales efectivos de expresión y participación ciudadana en las decisiones que afectan la vida cotidiana;

- la reducción de las desigualdades regionales internas en los índices de calidad de vida;

- la incorporación plena de los trabajadores domésticos, agrícolas e informales a sistemas de seguridad social que les permitan enfrentar satisfactoriamente las contingencias sociales a que están expuestos;

- la modernización de la estructura del Estado, sus funciones, instituciones y formas de financiamiento de los servicios básicos para que responda con rapidez a los cambios en el entorno político, económico y social.

Las condiciones actuales de las economías de la Región definitivamente no permiten visualizar el escenario futuro con optimismo. Sin embargo, la debilidad aparente de las economías para enfrentar el futuro se convierte en una fortaleza si ella se traduce, como parece estar demostrándose, en un factor de dinamismo económico y de revisión a fondo de las instituciones, la estructura del Estado, las formas de prestación de los servicios y, en fin, en un replanteamiento de las tradiciones recibidas y aceptadas, para buscar formas y alternativas de acción estatal más eficientes y eficaces, y probablemente más equitativas.

4. Salud, seguridad social y desarrollo

4.1 La dimensión política de la salud[12/]

La salud, entendida como el estado de completo bienestar físico, mental y social puede ser examinada en su doble carácter--individual y colectivo. Desde el ángulo individual la salud se considera un derecho y una necesidad básica. Desde el punto de vista colectivo ha sido considerada como un objetivo importante, sino el más importante, de cualquier sociedad. En este sentido el problema de salud es de naturaleza dinámica y comprende varias dimensiones: la biológica, la socioeconómica y la política.

Las dimensiones biológicas y socioeconómicas de la salud son ampliamente conocidas, no así la política. La dimensión política del problema de salud no es otra cosa que la concepción y objetivos que el Estado le asigna a ella en el proceso de desarrollo económico y social, las medidas e instrumentos que adopta para alcanzarlos y los recursos financieros absolutos y relativos que le destina a los distintos programas y actividades que directa o indirectamente tienen incidencia en las condiciones individuales y colectivas de salud de la población. En este sentido, dentro de esta dimensión de la salud se incluyen la visión y el tratamiento intersectorial que requieren el logro y mantenimiento de las metas y objetivos del sector.

4.2 Iguales objetivos, instrumentos más eficaces

Desde luego esta no es una visión nueva del problema de salud. Lo que ocurre es que el comportamiento de los factores socioeconómicos condicionantes de los problemas de salud y de la capacidad del Estado y la sociedad para enfrentarlos no es lineal a través del tiempo, y el hacerla explícita ayuda a entender porqué ante cambios sustanciales en el entorno económico y social se requieren estrategias diferentes para responder a las necesidades de salud de la población, y mejorar así las condiciones para alcanzar los objetivos institucionales.

Hasta ahora la tradición en el manejo de los problemas de salud en la mayor parte de los países de la Región ha puesto el énfasis en la extensión de la cobertura de los programas asistenciales. Para esto se han apoyado en forma creciente en los limitados recursos que provienen de los presupuestos del gobierno central, sin lograr cubrir y satisfacer plenamente las crecientes y cambiantes necesidades. Por su parte, los seguros sociales de salud y los componentes privados de la atención han tenido su propia dinámica y operado con gran autonomía.

Adicionalmente, la vulnerabilidad manifiesta de los servicios asistenciales de salud ante circunstancias de carácter político, económico y fiscal, y la repercusión negativa que esto tiene sobre los grupos de ingreso más bajo de la población, pone de manifiesto la necesidad de avanzar efectivamente del concepto de asistencia pública a otro que haga real el derecho a la atención de salud y permita garantizar la protección en todo momento de las contingencias sociales de esos mismos grupos de la población.

En concordancia y dentro de este contexto, las preguntas fundamentales que deben formularse, en la iniciación de la última década del presente siglo, los Ministerios de Salud y los responsables de la formulación de las políticas de salud en los países para alcanzar el objetivo de la Salud para Todos en el Año 2000 serían:

a) ¿Son los sistemas actuales de prestación de los servicios públicos de salud consistentes con el nivel de desarrollo económico y social de los países de la Región?

b) ¿Es conveniente para el futuro desarrollo de los servicios de salud mantener el concepto de asistencia pública empleado hasta el momento?

c) ¿Responde el concepto de seguridad social a una concepción más actualizada y moderna para garantizar el acceso y la prestación oportuna de los servicios de salud a la población?

III. LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

El sector salud, en todos los países de la Región, presenta una composición múltiple, con gran diversidad de organizaciones participantes que varían de un país a otro de acuerdo con su historia, su

desarrollo social y su estructura política. Esta realidad pluralista, que ha sido descrita y analizada en numerosos documentos técnicos, no ha sido considerada en su real magnitud y profundidad a la hora de la formulación de las políticas y en la operación de los sistemas de salud.

En este panorama se ha identificado un subsector público, representado por la acción directa del Estado y por la seguridad social, y un subsector privado en el que la propiedad y operación de los servicios corresponde a personas o sociedades de distinta naturaleza jurídica.

1. El subsector público

1.1 La acción directa del Estado - Subsistema público tradicional

Está representado principalmente por los Ministerio de Salud, por entidades nacionales y regionales de salud, y por servicios de los municipios, y en algunos casos por los servicios de salud de las universidades y los servicios de salud de las fuerzas armadas.

Tradicionalmente, este subsector ha cumplido funciones vinculadas con la salud pública. Tiene a su cargo el saneamiento ambiental, el control de las enfermedades endémicas y epidémicas, la educación para la salud, la fiscalización y control de alimentos y medicamentos y otras que aseguran condiciones básicas de salud a toda la comunidad. Sumadas a estas y como forma de cumplir su función sanitaria, y en parte como herencia de la beneficencia pública, el Estado ha asumido la organización de servicios médicos destinados a la atención de los indigentes, a fin de garantizar un mínimo de servicios de salud a toda la población, y en algunos casos para la atención de enfermos crónicos de salud mental, lepra, tuberculosis, etc.

En gran número de países la capacidad instalada del subsector público aporta el mayor número de camas hospitalarias al sistema. En un estudio de 1983 sobre 13 países, 11 de ellos superaba el 50% del total[13/], lo que muestra la importante participación que tiene en el conjunto del sistema, y por ende la necesidad de su plena utilización.

El financiamiento de estos servicios proviene de rentas generales, lo cual los hace depender de la capacidad presupuestal pública y de la decisión política para asignar esos recursos. Esto produce un alto grado de inestabilidad e incertidumbre. Esta situación se ha agravado por la crisis económica, con variaciones entre los distintos países y dentro de cada uno de ellos según los años. La insuficiencia de los recursos y su variación ha hecho recurrir al arancelamiento de los servicios a los usuarios, lo cual ha contribuido sólo parcialmente a su sostenimiento pero ha producido una limitación en la accesibilidad de la población, aumentando la falta de equidad.

El crecimiento de la demanda, en cantidad y complejidad, producida por los cambios demográficos, culturales y tecnológicos, ha desbordado por otra parte la capacidad de estos servicios, lo que se manifiesta por una demanda insatisfecha y el aumento de la presión social.

El modelo del "hospital de caridad" que se generó en este subsector está socialmente superado y debe ser reemplazado por nuevas formas que respondan a las actuales necesidades y valores. Se observa en los países importantes esfuerzos en este sentido, los cuales sin embargo aún son insuficientes para lograr la transformación de los esquemas tradicionales.

1.2 La Seguridad Social - El subsistema público de la Seguridad Social

La seguridad social es una de las "instituciones" más importantes, surgidas de la sociedad industrial, como sustento de la integración, estabilización y desarrollo del cuerpo social, que se proyecta en las sociedades post-industriales como una de sus bases para la realización de la justicia social. Su participación en los sistemas de salud no ha sido suficientemente considerada en la formulación de las políticas y en su realización práctica, a pesar de los esfuerzos efectuados en varios países, para la aplicación de "sistemas nacionales de salud", o proyectos concretos de integración y coordinación intrasectorial.

La seguridad social forma parte de la política social del Estado, el cual le da su definición jurídica, determina sus políticas y orienta su ejecución. El algunos países, en los orígenes de la seguridad social tuvo relevante participación la acción de grupos, con la consiguiente formación de organizaciones propias, y esquemas de solidaridad grupal, las cuales, sin embargo, han sido luego incorporadas a la legislación general. En prácticamente todos los países la seguridad social tiene el carácter de entidad paraestatal.

En la Región, el comienzo de la seguridad social se puede situar en la década de los veinte, por influencia del modelo de "seguro social" aplicado en Alemania en 1884 por el Canciller Bismarck, y como respuesta a las presiones ejercidas por distintos grupos de trabajadores. Se pueden mencionar así, en el campo de la salud, que siempre ocupó un lugar destacado en estos programas las experiencias de Brasil (1923), Chile (1924), Argentina y Cuba (1934), Ecuador (1935), Perú (1936) y Colombia (1938)[14/]. Estas experiencias fueron limitadas a algunos grupos de trabajadores, con diversas instituciones, cubriendo pocas contingencias y con una base legal restringida; su principal fuente de financiación esta constituida por el aporte de los empleadores y los trabajadores, y en algunas raras ocasiones por aportes del Estado.

La expansión y fortalecimiento de la seguridad social se produjo en la década de los cuarenta acompañando al desarrollo industrial que se generó en algunos países y a los movimientos políticos y sindicales de la época. Se incorporaron así, en el régimen de salud, Venezuela (1940), Panamá y Costa Rica (1941), México y Paraguay (1943), Guatemala (1946)*, República Dominicana (1947), Bolivia (1949) y Honduras (1952)[15/], a la vez que los países ya incorporados perfeccionarón su legislación y consolidaron sus organizaciones.

---

* Ley inicial que estableció objetivos y sentó bases para la instauración posterior de programas específicos. En 1953 se inició el primer programa maternoinfantil, y en 1968 el primer programa de prestaciones en salud (enfermedad común).

Las principales contingencias cubiertas en 35 países de la Región por la seguridad social son las de vejez, invalidez y muerte en todos ellos, enfermedad general y maternidad en 22; riesgos profesionales en 32; asignaciones familiares en ocho, y desempleo en seis[16/].

Las tendencias observadas en todos los países de la Región se orientan hacia la integración, coordinación y compensación entre las instituciones, al incremento gradual de la cobertura de las contingencias tradicionales e incorporación de nuevas situaciones a ser atendidas en forma solidaria. Ejemplos a este respecto se encuentran en Argentina (1988)[17/]; Brasil (1987)[18/]; Bolivia (1987)[19/]; Costa Rica (1987)[20/]; México (1987)[21/] y Venezuela (1987)[22/].

La población cubierta por los regímenes de salud de la seguridad social en los países de América Latina ha ido creciendo progresivamente. En 1982, en un estudio sobre 20 países, representó el 61,2% de la población total [23/], teniendo como meta la universalización de la cobertura. Existe, sin embargo, gran variación entre los países y los regímenes en cuanto a los servicios otorgados a los familiares (cónyuge e hijos) de los afiliados y a los jubilados y pensionados[24/].

El límite de la extensión de la cobertura se encuentra en los trabajadores que no corresponden a las formas tradicionales de afiliación como son los empleados domésticos, los trabajadores autónomos, el trabajador rural en sus distintos tipos y los del sector informal, para los que será necesario desarrollar formas innovativas de afiliación, financiación y prestación de servicios. Para la población rural se han iniciado y se están realizando importantes experiencias en Argentina, Ecuador, Guatemala y México, principalmente[25/].

La financiación de los sistemas de seguridad social se basa tradicionalmente en la contribución solidaria de trabajadores, empleadores y, finalmente, del Estado, con base en una relación porcentual con el salario, que es variable según los países y las contingencias cubiertas, creándose así una fuente propia de recursos que depende del nivel salarial y la eficiencia del sistema recaudador. Este sistema de financiación determina también, teóricamente al menos, la participación activa de trabajadores y empleadores en la conducción de los sistemas, y un sentido de derecho adquirido sobre los servicios, que manifiesta el beneficiario.

Las prestaciones de salud en la seguridad social han ido evolucionando del enfoque de seguros de maternidad y enfermedad, y de accidentes y entermedad profecional, y ocupacional, a la atención integral de la salud de los trabajadores y su grupo familiar. En la medida en que la seguridad social ha aumentado su participación en el conjunto del sistema de salud, ha tomado también mayor ingerencia en la atención de problemas comunitarios que hacen a la prevención de enfermedades y accidentes, a la modificación de las conductas humanas, a la reducción de la violencia y al mejoramiento de la calidad de vida.

Los servicios de salud en la seguridad social, dentro de una gran variedad de formas, se prestan de manera directa (establecimientos y unidades propias) o indirecta (mediante la contratación con los subsectores público y/o privado), lo que determina formas distintas de organización, funcionamiento, inversiones, control y costo de las prestaciones, que varían extraordinariamente según los países.

La planificación y normatización, y la administración de estos servicios, con frecuencia excesivamente centralizados, se han desarrollado en forma independiente de los Ministerios de Salud, por lo cual, en el contexto nacional frecuentemente se han producido vacíos y superposiciones. El análisis de estos problemas, extraordinariamente bien documentado, y los esfuerzos de solución, han cautivado tres décadas (1959-1989) de la evolución histórica de los servicios de salud en la kegión 26/.

2. El subsector privado

El subsector privado, constituido por una gama amplia de instituciones y actividades, lucrativas y no lucrativas, bajo diversas formas de organización y realización en cada país, comprende desde el ejercicio liberal de las distintas profesiones de la salud (medicina, odontología, química, etc.) hasta las grandes empresas que actúan en este sector de la economía.

El subsector privado, en términos generales, tampoco ha sido suficientemente reconocido en la formulación de las políticas y la operación de los sistemas de salud en la Región. La preocupación principal fue, en su momento, la normativa jurídica básica del funcionamiento y la fiscalización de sus actividades. La coordinación intrasectorial, apenas si comienza a ser desarrollada a partir de la contratación, con la seguridad social. En los países en donde los servicios contratados han sido predominantes, se fijaron condiciones de relación, normas de operación, sistemas de auditoría médica, formas de pago, etc. Sin embargo, la experiencia señala que este conjunto normativo por sí solo no es suficiente para lograr la articulación intrasectorial, para lo cual será necesaria una verdadera concertación interinstitucional.

Las instituciones del subsector privado participan primordialmente en la prestación de servicios médicos, curativos. La capacidad instalada de este subsector varía en los distintos países, según las características de los sistemas de salud. En 1978 en América Latina había 6.693 hospitales privados, con 323.877 camas, que representaban el 37,2% del total disponible. En 1983 está cifra se elevó a 440.200, representando el 45,1% de la capacidad existente. Estas cifras muestran la tendencia de crecimiento en esos años. Hacia 1986, en la Región como un todo había 12.390 hospitales privados con 1.244.489 camas, que representaban el 49,1% del total 27/.

La financiación de las instituciones del subsector privado proviene del cobro de los servicios, ya sea pospago por prestación o prepago por beneficiario cubierto.

En este subsector, la accesibilidad de la población a los servicios depende de su capacidad económica, por lo tanto favorece a aquellos grupos que cuentan con recursos propios para el pago de los servicios, o de las primas de los seguros privados. Por este motivo, se observa que la cobertura es mayor en las prestaciones de menor valor unitario, como la consulta médica y odontológica, los medicamentos y la atención del parto, siendo limitada para el uso de los medios de diagnóstico y tratamiento y la hospitalización, especialmente en la alta tecnología.

Los cambios producidos en los escenarios de la salud y en el contexto económico también han incidido sobre este subsector, exigiendo respuestas organizativas diferentes, y también variados tipos de servicios. Esto a su vez demanda un perfeccionamiento de la capacidad administrativa de estas instituciones. Además la grave situación económica ha colocado a este subsector en una situación crítica, que ha frenado su crecimiento, y que hace prever ajustes estructurales en algunos países.

3. La articulación de los sistemas de salud

La existencia y maduración alcanzada por los sistemas de salud, depende, más que de la presencia de sus componentes, de las relaciones que se desarrollan entre ellos para el cumplimiento de una política nacional de salud.

La relación de los dos componentes fundamentales del subsector público: los Ministerios de Salud y la seguridad social, es el tema principal en la estructuración de los sistemas de salud y ha sido profusamente debatido en los niveles nacionales y en el plano internacional. El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud se ha ocupado de este tema desde 1964 en diversas oportunidades. En el Documento CD32/17 aprobado por la XXXIV Reunión del Consejo Directivo en septiembre de 1987 se presenta un completo análisis del tema[28/].

En la década de los setenta se realizaron importantes esfuerzos en la formalización estructural en sistemas nacionales de salud, sin haber logrado los resultados esperados. A partir de 1981 "el énfasis se orienta más a los resultados finales (cobertura universal) que al proceso mismo... buscando no tanto la fusión administrativa, sino la articulación funcional, la armonización de los objetivos y la coherencia operacional"[29/].

Este desarrollo es parte del proceso político del sector y como tal debe ser considerado, repercutiendo sobre él los particulares intereses de diferentes grupos involucrados. Su realización requiere importantes cambios en ambos componentes del subsector público, que permitan avanzar en forma convergente y realizar experiencias concretas, particularmente en el contexto de la descentralización y la organización consiguiente de sistemas locales de salud. Del éxito de la articulación entre estas entidades depende en gran medida el cumplimiento de la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

La relación de la seguridad social con el subsector privado, en aquellos países donde este tiene un desarrollo importante y en los que la seguridad social ha recurrido a su utilización como forma de brindar sus prestaciones de salud, es también un factor importante en la definición del funcionamiento de este subsistema[30/].

Las tendencias insinuadas en algunos países a la privatización de los servicios y a la más amplia contratación de los servicios privados por la seguridad social determinan la urgente necesidad de analizar profundamente las consecuencias de estas tendencias y las formas más adecuadas de vinculación de este subsector. En este sentido, tienen especial relevancia temas tales como las formas de contratación y pago de los servicios, la normatización de actividades, los sistemas de auditoría médica, la acreditación y categorización de servicios, etc.

El análisis de las relaciones entre estos diferentes componentes de los sistemas de salud, y la participación en ellos de la seguridad social, permite diferenciar cuatro tipos de situaciones nacionales, cuya consideración tiene importancia para la conceptualización de los procesos de desarrollo de los sistemas y para la utilización de enfoques estratégicos diversos en la cooperación técnica.

a) Un primer grupo de situaciones nacionales se caracteriza por el avance en la universalización de la cobertura, el predominio del concepto de solidaridad universal sobre el grupal y la consolidación de las fuentes de financiamiento. Argentina, Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba, Nicaragua y Uruguay se encontrarían en esta situación.

b) En un segundo grupo estarían aquellas situaciones en que la conformación de los sistemas está en proceso de discusión, particularmente en cuanto se refiere al papel de la seguridad social y a las relaciones con el Ministerio de Salud. La cobertura de la seguridad social oscilaría entre el 25% y el 60% de la población total, y persisten esquemas grupales independientes y formas heterogéneas de financiamiento. Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Panamá, Perú y Venezuela constituirían ejemplos de esta situación.

c) Un tercer tipo de situaciones nacionales estaría representado por aquellos sistemas en los cuales la cobertura de la seguridad social es inferior al 25%, la noción de "clientelas separadas" para el Ministerio de Salud y la seguridad social es prevalente, y las formas de financiamiento y su canalización contribuyen a sustentar estas separaciones. El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay y República Dominicana ejemplificarían esta situación.

d) La situación observada en los países del Caribe de habla inglesa presenta características particulares por la conformación inicial de sus sistemas nacionales de salud, y la consideración que actualmente se da a las relaciones con los sistemas de seguridad social.

La ubicación de un sistema de salud determinado, en cualquiera de estos grupos, no es rígida, por cuanto la situación general de los países presenta un gran dinamismo que puede implicar cambios importantes en uno u otro sentido, y en el corto plazo.

IV. PERSPECTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA PRESENTE DECADA

Estas perspectivas se pueden visualizar desde distintos ángulos. Sin embargo, por su relevancia en el desarrollo económico, social y político de la Región en la presente década, el énfasis aquí está puesto en la extensión de la cobertura de la atención de salud; en su relación con los procesos de descentralización y desestatización; en el lugar que ocupa en los procesos de ajuste estructural, y en el financiamiento, la organización y el desarrollo de los sistemas de salud.

1. En la extensión de cobertura de la atención de salud

La evolución del concepto de asistencia pública en salud al de seguridad social plantea un enorme reto a los organismos de seguridad social existentes en la Región para extender eficientemente sus programas y coberturas. En cuanto a estas últimas no cabe duda de que el mayor esfuerzo habría que hacerlo en el diseño de mecanismos y alternativas para cubrir las contingencias de salud de la población de más bajos ingresos. Entre estos se incluyen los pequeños productores agrícolas, los trabajadores domésticos y los trabajadores informales. La seguridad social así entendida no solamente contribuiría a desarrollar elementos adicionales de solidaridad social, sino que también, se convertiría en un eficaz instrumento de redistribución del ingreso. La incorporación de estos grupos de población implica sin embargo cambios importantes en los esquemas de afiliación y de organización que tradicionalmente ha utilizado la seguridad social.

2. En los procesos de descentralización y desestatización

2.1 Descentralización

Una de las grandes ventajas que ofrecen los procesos de descentralización consiste en que por lo menos en lo que respecta a los servicios y funciones que formalmente quedan bajo la responsabilidad de las autoridades locales, se crean las condiciones necesarias para lograr la prestación integrada de servicios y, en el caso de la salud, concretar las acciones intersectoriales propias del sector.

Las condiciones fiscales propias de los municipios permitirán la aplicación de fórmulas heterogéneas y novedosas para extender la seguridad social en salud. Entre estas se podrían contemplar: la destinación de aportes de los municipios a los organismos de seguridad social para extender la cobertura de los grupos de menores ingresos; la utilización por parte de la seguridad social de las instituciones de salud del municipio para extender la seguridad social en salud; la

promoción de la afiliación de grupos comunitarios organizados y cooperativas a la seguridad social, y la promoción de la organización de nuevos grupos comunitario, y de trabajadores informales, y de pequeños productores agropecuarios, para que se afilien a la seguridad social.

2.2 La desestatización o privatización

Los procesos de desestatización o privatización no han estado exentos de controversia.

Independientemente de la postura ideológica que se adopte en esta controversia, es importante señalar que los movimientos de desestatización en la Región fueron parcialmente auspiciados por la crisis económica, por la necesidad de subsanar los déficits estructurales de algunas de las empresas administradas por el Estado o por considerar que ciertos servicios que tradicionalmente han sido prestados por el Estado podrían ser mejor administrados por instituciones de carácter privado.

Sin embargo, también es conveniente señalar que si bien es cierto que en algunos casos la desestatización es oportuna y conveniente, existen servicios que por su naturaleza y objetivos seguirán siendo prestados por el Estado, y dentro de un marco normativo riguroso.

Es de imaginar que en el escenario económico y social que se presenta a la Región para la nueva década se acentúen los esfuerzos del Estado para proteger a los grupos mas vulnerables en su situación de salud. La seguridad social, en este contexto, jugará, seguramente, un papel primordial.

3. En el proceso de ajuste estructural

La seguridad social puede también aportar doctrinaria e institucionalmente al proceso de ajuste estructural en el cual se encuentran la mayor parte de las economías de la Región. Este papel se puede examinar desde dos puntos de vista: uno, con respecto a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud sin aumentar sustancialmente la presión sobre los gastos del gobierno central, y otro, en relación con la utilización de los recursos y reservas de prestaciones económicas cubiertas por la seguridad social, en el financiamiento genuino de proyectos de desarrollo económico de interés social.

En el campo de la salud, los mecanismos de seguridad social podrían constituir una alternativa de expresión de la acción pública en salud que debe ser analizada en profundidad. La extensión de la cobertura de las prestaciones de salud de la seguridad social, con énfasis en la estrategia de atención primaria, podría satisfacer necesidades de atención de salud de individuos y familias que queden desprotegidos o que no alcancen, por motivo de la crisis económica, a encontrar empleos estables y remuneraciones adecuadas. Por otra parte, en varios países existiría la posibilidad de ampliar aún más la cobertura actual.

El segundo aspecto que requiere análisis es la perspectiva de utilización del ahorro interno generado en la Región por la legislación de seguridad social. La acumulación de fondos de reserva dentro de los sistemas de pensiones financiados mediante sistemas de capitalización parcial es una característica que todavía se observa en algunos países de la Región.

El reconocimiento del potencial financiero de la seguridad social, indica que existe amplio margen para que el ahorro interno de los países que es administrado por los organismos de la seguridad social desempeñe un papel importante en los procesos de ajuste estructural de la Región.

La inversión de las reservas de la seguridad social en proyectos rentables de beneficio común podría convertirse en un modelo de economía social en el cual el ahorro interno recaudado a través de este mecanismo contribuya a aumentar el empleo, generar ingresos permanentes y, en general, apoyar el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

4. En el financiamiento y la organización de los sistemas de salud

En el contexto de crisis y las consecuentes medidas de ajuste económico, la seguridad social, en virtud de su forma solidaria de financiamiento y su autonomía presupuestaria respecto del gobierno, favorece la programación y el desarrollo de servicios de salud en forma mas estable.

Con mayores niveles de población cubierta y razonable éxito en las políticas anti-inflacionarias, la presupuestación programática aumentará la eficacia y eficiencia de los organismos de seguridad social, en beneficio de los derecho-habientes.

V. ELEMENTOS PARA DEFINICION DE UNA ESTRATEGIA

En la situación descrita es evidente que los países de la Región se verán precisados a realizar esfuerzos de gran magnitud y diversidad para mantener los niveles actuales de salud y de atención a la población, y más aún para alcanzar las metas de salud que se han propuesto.

La elevación de las tasas de desempleo, la reducción de ingresos individuales y familiares, y las mayores restricciones para lograr y mantener niveles básicos de bienestar de la población, que surgen como implicaciones de la crisis económica, hacen aún más válida la meta de SP1-2000 y los objetivos de equidad y de justicia social que la sustentan.

Dentro de las restricciones impuestas por la reducción del gasto público, y otros efectos de los procesos de ajuste en los sectores sociales, es indispensable lograr nuevas formas de organización y uso de los recursos de salud en las cuales se mantenga una presencia y una acción vigorosa y definida del Estado para garantizar la atención de los grupos con menores ingresos.

En este sentido se destaca en primer término la importancia de lograr una inserción real de la salud en el proceso de desarrollo mediante el establecimiento efectivo de las relaciones intersectoriales, en los ámbitos nacionales y locales.

Dentro del sector, tendrá especial trascendencia el desarrollo de la seguridad social y la extensión prioritaria de sus programas de salud a grupos más amplios de población, hasta alcanzar la universalización.

Consecuentes con esta acción, se habrán de considerar igualmente:

- La reformulación de los sistemas nacionales de salud, con énfasis en el desarrollo de la interrelación funcional de sus diversos componentes;

- La redefinición de los papeles y áreas de acción y responsabilidad de las instituciones que conforman dicho sistema;

- El fortalecimiento de los procesos de conducción y liderazgo correspondientes;

Procede intentar algunas reflexiones específicas sobre estos diferentes aspectos.

1. Desarrollo y salud: Las relaciones intersectoriales

En una concepción global del desarrollo, la intersectorialidad de la salud se expresa tanto desde el punto de vista del crecimiento económico como desde el ángulo del bienestar y la calidad de la vida.

Desde este punto de vista, el crecimiento económico, el bienestar y la calidad de vida se condicionan mutuamente y sus resultados se miden por la forma como se distribuyen los beneficios del primero.

En relación a la cobertura de los servicios de salud, ésta tradicionalmente se ha expresado como una proporción numérica que representa la población que recibe servicios, o que tiene acceso a ellos, con respecto a la población total.

No obstante, en el marco de SPT-2000 y de atención primaria, la noción de cobertura tiene una connotación mucho más amplia que la utilización de servicios, o aún que el acceso garantizado a éstos. Las relaciones de la salud con el proceso de desarrollo obligan a una concepción más amplia de cobertura, què requiere la existencia de un nivel mínimo aceptable de bienestar para los grupos de población servidos, y el disponer de un espectro amplio de servicios capaces de otorgar diferentes tipos de atención, de acuerdo con las necesidades individuales y las diversas manifestaciones de la morbilidad.

Esta noción de cobertura requiere la adopción de nuevas políticas orientadas a instaurar y estimular la verdadera acción intersectorial en relación con la salud y el diseño de formas diferentes de organización de

los servicios, que permitan una utilización eficiente de los medios y recursos para fortalecer y desarrollar esas interrelaciones.

Especial importancia tiene en este sentido el diseño de métodos y procedimientos de programación de estas interrelaciones en el ámbito local, para la concertación en los más altos niveles de la conducción nacional, de objetivos sociales y económicos globales, y una revisión y compatibilización de las políticas operativas necesarias para llevar a la práctica dichos objetivos.

2. Reformulación de los sistemas nacionales de salud

La necesidad de reorganizar los sistemas de salud ha sido ampliamente reconocida en la Región. A la luz de lo planteado anteriormente hay, sin embargo, en estos procesos algunos aspectos de valor estratégico crucial sobre los cuales conviene detenerse.

En primer lugar, es necesario reconocer de manera efectiva la existencia de las múltiples instituciones de diverso origen y naturaleza que realizan actividades relacionadas con la salud, y con la atención de la salud, las cuales conforman en cada país el conjunto de sus recursos de salud. Esto es aplicable tanto a la seguridad social como componente del sector público como a las entidades del sector privado, lucrativas y no lucrativas. El enfoque sistémico permitirá y facilitará encontrar y desarrollar los elementos que son comunes a estas instituciones en cada situación nacional para articularlas en un verdadero sistema, con objetivos compartidos conceptual y funcionalmente.

En segundo lugar, es necesario superar y reemplazar los enfoques de organización que tratan de desarrollar el sistema basados primordialmente en modificaciones estructurales. La experiencia ha demostrado que no es mucho lo que se ha adelantado cuando se ha pretendido unificar estructuralmente las instituciones que prestan servicios y conforman los sistemas de salud. La magnitud y variedad de los problemas de hoy en el campo de la salud, y la naturaleza y características apremiantes de los compromisos con respecto a grandes grupos de población requieren además otras aproximaciones. El verdadero enfoque sistémico permitirá abordajes más flexibles que tomen en consideración primordialmente los componentes funcionales del sistema y las interrelaciones de sus instituciones, y que estén más en relación con la definición de políticas uniformes de atención de salud, adoptadas por el Estado, para ser aplicadas por las instituciones, y que sean extensivas a toda la población.

En la mejor definición de las interrelaciones de las instituciones y de los componentes administrativos del sistema, tiene especial interés la consideración apropiada de los procesos de descentralización, cuyo desarrollo exige nuevos esquemas de organización que interrelacionen los núcleos o unidades centrales (Ministerio de Salud e instituciones de seguridad social, principalmente), y la organización y administración local de los servicios. El desarrollo de estas interrelaciones requiere enfoques diferentes a los que se han utilizado tradicionalmente, para incorporar en la conceptualización básica del sistema los elementos de la

descentralización e impulsar el fortalecimiento de los componentes locales de los sistemas de salud. Será necesario diseñar y poner en ejecución acciones específicas para desarrollar la organización local de servicios, de acuerdo con las orientaciones de la administración pública respectiva, y lograr en el ámbito local la concertación efectiva de las instituciones tanto del sector público, incluida la seguridad social, como del sector privado, para la utilización coordinada de sus recursos.

En la reformulación de los sistemas de salud, es crítica la solución de los problemas de financiamiento, el cual constituye uno de los componentes funcionales fundamentales de dichos sistemas. En América Latina la estabilidad de las asignaciones de recursos financieros no ha sido una de las características más sobresalientes de los servicios de salud financiados con fondos públicos. En las últimas décadas, además, los mecanismos tradicionales de canalización del financiamiento de los sistemas de salud se han venido haciendo cada vez más insatisfactorios.

La extensión de servicios a nuevos grupos, y por supuesto el funcionamiento de los servicios actuales, requiere estrategias de financiamiento con fuentes estables que permitan asegurar un flujo suficiente y oportuno de recursos.

Esas estrategias de financiamiento deberán asegurar en cuanto sea posible que el financiamiento de los sistemas de salud contribuya efectivamente a la distribución positiva del ingreso nacional, y garantice que los grupos de bajos ingresos tengan realmente asegurada la accesibilidad financiera a la atención de salud.

En las perspectivas que se visualizan en los países, en la presente década las estrategias de financiamiento de los sistemas de salud deberán además buscar soluciones que incluyan y combinen al sector público, en sus dos vertientes, presupuestos estatales y la seguridad social, con el sector privado, y con acciones de la comunidad organizada.

En este contexto, la consideración de alternativas de financiamiento, claramente señalan a la seguridad social como un mecanismo estable y de gran potencial, y por consiguiente como una opción válida y fundamental en la reformulación y desarrollo de los sistemas de salud. En las circunstancias actuales la capacidad de participación de la seguridad social en estos procesos tiene, sin embargo, un límite establecido por los mecanismos tradicionales de su financiamiento y por los topes y otras restricciones, consignados en las leyes y demás instrumentos legales que crearon las instituciones y regulan su financiamiento y formas de operación. Será necesario entonces superar esas restricciones, mediante alternativas tales como el establecimiento de seguros nacionales de salud u otras formas en las cuales el gobierno crea los mecanismos que hacen posible, ya sea por contribución o por imposición o por combinación de los dos, asegurar el financiamiento de los servicios para toda la población, obviando asi la estratificación financiera actualmente existente.

3. Definición de papeles y áreas de acción de las instituciones en los sistemas de salud

La reformulación de los Sistemas Nacionales de Salud exige un replanteamiento de los papeles y responsabilidades de las instituciones, que conforman esos sistemas. En este proceso es especialmente importante el examen de las responsabilidades actuales y de los nuevos cometidos que cabe a los Ministerios de Salud.

En la concepción amplia y funcional de los sistemas de salud que se plantea, estos son por ende multiinstitucionales y estarían conformados por agencias y entidades gubernamentales y no gubernamentales que desarrollan diversos tipos de actividades. Para la articulación del conjunto corresponde a los Ministerios de Salud mantener, fortalecer y desarrollar una función rectora del sistema, y del sector salud como un todo. Estas son atribuciones, y responsabilidades universalmente reconocidas, y sobre las cuales no hay lugar a discusión. Para cumplir a cabalidad estas funciones, los Ministerios de Salud deberán fortalecer y desarrollar tanto su presencia y su autoridad política, como su capacidad técnica y de coordinación de las demás agencias y entidades que cumplen acciones de salud.

De igual manera, se requiere desarrollar la capacidad de movilización y diseminación del conocimiento con respecto a la salud, y a la tecnología disponible en el sector. Así mismo, es indispensable fortalecer las funciones reguladoras de la producción y distribución de recursos humanos y materiales, y de promoción para el logro de objetivos unificados en procura de una cobertura adecuada de la población, incluyendo en ésta la buena calidad de la atención.

El replanteamiento de funciones del Ministerio de Salud comprende igualmente el desarrollo de su capacidad para asesorar y apoyar las administraciones locales de los servicios, para que estas puedan crear y fortalecer su propia capacidad de diseños y administración de los programas de salud.

Este es un cambio indispensable y fundamental, aunque habrá una etapa transicional en que se darán todavía situaciones en las cuales se requiera combinar la realización de actividades directas (programas, etc.) con el desarrollo de la capacidad de promover y apoyar que determinadas acciones sean llevadas a cabo por las demás instituciones, y estratos de operación del sistema de servicios.

En otras palabras, la evolución de los sistemas de salud en la presente década exige de los Ministerios de Salud un reordenamiento de su organización interna y de sus recursos técnicos y de personal, para el ejercicio efectivo de un verdadero liderazgo sectorial.

De la misma manera será necesario redefinir los papeles de las instituciones de la seguridad social y transformar sus esquemas de organización y operación, y hacerlas aptas para la tarea que les corresponda realizar en el campo de los sistemas de salud y en su capacidad financiadora en términos de desarrollo integral.

4. Fortalecimiento de los procesos de conducción y liderazgo en los sistemas de salud

Llevar a la práctica los cambios y reorientaciones planteadas exigirá indudablemente un amplio debate, con la participación de instituciones, grupos e individuos comprometidos, y una decidida movilización de voluntades en los centros de poder político. Esta participación, y los cambios que plantean, van más allá del esfuerzo convencionalmente requerido por la implantación de nuevos procedimientos y técnicas en la organización de los servicios de salud. La naturaleza de estos cambios señala inequívocamente la necesidad de fortalecer los procesos de conducción sectorial y el desarrollo de diversas formas o manifestaciones del liderazgo en salud; particularmente será indispensable fortalecer y desarrollar el liderazgo político del sector salud.

El fortalecimiento que se requiere en el liderazgo político no se logrará, por supuesto, con cursos y programas de formación (que no existen para tal fin), sino mediante la puesta en marcha de un proceso intencionalmente dirigido a lograr el acercamiento del sector salud con los estamentos y niveles de decisión política, y a fortalecer su capacidad de participación y de negociación en el proceso político que involucra la gestión de los servicios de salud, particularmente en la introducción e incorporación real de cambios significativos en dicha gestión.

Complementariamente, se requerirá revisar los programas de adiestramiento y capacitación en administración y gerencia de los servicios de salud, y será necesario diseñar y ejecutar nuevos programas y esquemas de adiestramiento, específicamente para el manejo y la administración local de los servicios de salud.

5. Desarrollo de los sistemas de seguridad social

En las circunstancias en que según lo reseñado, se preve evolucionarían los servicios de salud en la presente década, la característica de instrumento primordial de la acción pública que tiene la seguridad social debe ser plenamente utilizada. Para tal fin, se impone el ajuste o la adopción de políticas nacionales de seguridad social, cuya aplicación permita armonizar los programas existentes, subsanar los desequilibrios y situaciones de privilegio de algunos grupos con respecto a otros, y extender al menos la protección básica a la totalidad de la población.

En esencia esto significa acelerar la transformación del concepto de seguro social al de seguridad social, y consolidar y ampliar los programas y acciones que vienen siendo ejecutadas. En este proceso, será necesario sin embargo, revitalizar las bases conceptuales de estos programas teniendo en cuenta su función primordial de instrumentos de la acción pública para ajustarlos y adecuar sus contenidos y orientaciones a las nuevas exigencias que plantean las circunstancias sociales y económicas que viven los diferentes grupos de población en los países. Se requiere estimular el desarrollo doctrinario y operativo de una seguridad social que en vez de subsidiar el desempleo, contribuya a fomentar el empleo. Son necesarias formas innovativas de afiliación y financiación

que faciliten el desarrollo de programas que vinculen e incorporen el sector informal a los beneficios de la seguridad social. Se requiere establecer un orden de prioridades que oriente la determinación del contenido de los programas. En este sentido, sería oportuno, en algunos países, abrir o plantear el debate en torno a los programas que merecen prioridad en la decisión política y en la asignación de recursos, dentro de los cuales deberían figurar los de prestaciones de salud, cuyo ámbito de cobertura requiere constante ampliación.

Al tiempo que se logre el reordenamiento conceptual y político necesarios para garantizar una protección básica a las mayores proporciones posibles de la población, será importante igualmente revisar, y redefinir si fuere el caso, el papel de las instituciones de la seguridad social y transformar su organización y sus mecanismos de acción, adecuándolos para las nuevas tareas que deban realizar.

En las acciones de salud de la seguridad social se plantea igualmente la necesidad de ajustes cualitativos. En la medida en que se van logrando proporciones mayores de cobertura, estos programas van adquiriendo gradualmente una mayor significación en el conjunto del respectivo sistema nacional. Será necesario entonces enfrentar nuevas y mayores responsabilidades en las funciones de promoción y prevención, así como en la asistencia y rehabilitación; en la formación de recursos humanos para la salud, y en el desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías, de acuerdo a cada realidad nacional.

En este contexto el indispensable replanteamiento y desarrollo de los sistemas de seguridad social, además de una firme decisión política, exige poner en juego una amplia y decidida capacidad innovativa y lograr una plena participación de instituciones y grupos comprometidos en el proceso.

VI. ORIENTACIONES DE LA COOPERACION TECNICA

Los cambios del papel del Estado con respecto a los servicios públicos que se visualizan en la Región en la presente década hacen necesaria la reafirmación de los principios de solidaridad, universalidad e integralidad de la seguridad social. La ampliación de sus programas que se ha planteado en las secciones anteriores imponen, a su vez, la formalización de nuevas y más amplias concepciones y orientaciones doctrinarias, que den viabilidad a la aplicación de esos principios en la realidad cambiante del contexto político, económico y social de los diferentes países.

En estos procesos de revisión y ajuste de la concepción política y doctrinaria de la seguridad social, y de reformulación de la misión de sus instituciones y programas, como instrumentos valiosos de la aplicación de la política social de los gobiernos, tienen especial importancia las actividades y orientaciones de la cooperación técnica.

En consideración de estas circunstancias, el Comité Asesor en Seguridad Social de la OPS, en su primera reunión efectuada en febrero del presente año, formuló al respecto recomendaciones, cuyos contenidos principales destacan los diversos aspectos[31].

En aplicación de las políticas y prioridades programáticas de la Organización, la cooperación técnica con las instituciones de la seguridad social habrá de reconocer y deberá orientarse en un marco referencial en el cual se destacan los tres conjuntos o campos de desarrollo estratégico que se señalan a continuación:

1) Elementos propios del contexto político, económico y social, de cada país, y de la interpretación en ese contexto de la misión de las instituciones y programas de la seguridad social.

   Los aspectos básicos a este respecto estarán relacionados con:

   a) La ubicación de los sistemas de seguridad social y salud en los procesos de desarrollo; la relación de estos programas con los modelos de desarrollo y sus objetivos sociales; la acción de la seguridad social en el contexto de esos modelos como instrumento de la política social de los gobiernos; la política de seguridad social y sus diversos componentes; el papel del Estado en la aplicación de esas políticas; la conceptualización de los sistemas de salud y su ubicación en este contexto, y la selección correspondiente de prioridades para la acción pública.

   b) El financiamiento y los recursos de la seguridad social y su utilización y administración

      Los componentes principales en esta área estarían relacionados con la contribución referida al salario como base financiera de estos programas; la necesidad y posibilidades de cambio y diversificación de estos esquemas; los criterios y áreas de distribución de los recursos; los costos de las prestaciones y la participación de los usuarios en estos costos; la racionalización en la administración de las prestaciones y en el manejo financiero institucional, y la inversión de las reservas y su mayor rentabilidad social.

   c) La atención de salud y la seguridad social

      Primordialmente esta área comprendería aspectos referentes al papel de la seguridad social en la prestación, y en la extensión de la cobertura de servicios de salud; la incorporación de nuevos grupos poblacionales, en particular del sector informal urbano y del área rural; los procesos de coordinación e integración funcional de servicios, dentro de una concepción pluralista de los sistemas de salud; los cambios en los modelos de atención, y la incorporación en estos de nuevos contenidos y orientaciones de las prestaciones de salud.

2) Areas de cooperación

Estarán conformadas por reconocidos componentes de la cooperación técnica, primordialmente relacionados con:

a) El apoyo o asistencia directa en proyectos de reforma o de fortalecimiento institucional para:

- mejorar la eficiencia, productividad y eficacia de los servicios de salud, y ampliar su capacidad de atención;

- analizar los costos operativos de los servicios en relación a la extensión de la cobertura, y realizar estudios de modelos de adecuación de ambas variables;

- diseñar estrategias que permitan a los sistemas de seguridad social responder a las exigencias de una mayor participación en la prestación de servicios mediante una coordinación apropiada con otras entidades del sector salud, sin perder su identidad institucional;

- realizar estudios de factibilidad para la extensión de la cobertura, incluyendo los análisis de necesidades y posibilidades de inversión de acuerdo a las realidades nacionales.

b) Desarrollo de recursos humanos

El desarrollo de recursos humanos tiene una función estratégica fundamental en el proceso de reformulación de los sistemas de salud y de desarrollo de los programas de salud de la seguridad social. Es indispensable por consiguiente, apoyar el análisis crítico y la revisión en la medida necesaria, tanto de las políticas como de las actividades de formación y en general del desarrollo del personal técnico y administrativo, en las instituciones de seguridad social y de salud.

Los procesos de cambio y de desarrollo de estas entidades dependen primordialmente de que su personal, además de una buena formación básica en las disciplinas respectivas, logre niveles apropiados de percepción de la misión y responsabilidades de la institución, en el marco de las políticas de salud y de su ubicación en el contexto nacional económico y social.

Sobre esa base, las acciones de cooperación técnica a ser efectuadas con criterio y orientación de desarrollo estratégico habrán de considerar principalmente: los análisis de necesidades, y de fuerza de trabajo; el desarrollo de liderazgo en materia de seguridad social y salud, y la identificación y promoción de centros académicos, para la formación y desarrollo del personal de seguridad social y salud.

En otro frente, igualmente importante, se requerirá apoyar el diseño de contenidos de los programas de formación y adiestramiento, dirigidos a todos los grupos profesionales, técnicos y de apoyo de las instituciones, y el establecimiento de programas de educación permanente, orientados a informar y entregar conocimientos, pero también a producir cambios de actitud que contribuyan a ubicar el desempeño institucional en el contexto de la realidad nacional, y sus políticas de desarrollo. Las estrategias de cooperación técnica para el desarrollo de los recursos humanos habrán de estar estrechamente relacionadas e incluir el apoyo a la investigación y al fortalecimiento institucional.

c) Promoción, y apoyo a la investigación, principalmente de carácter operativo, en los diferentes campos de actividad de la seguridad social.

Serán de particular interés las investigaciones orientadas a validar el conocimiento empírico que existe con respecto a la seguridad social en la Región, y a mejorar el análisis y solución de problemas reconocidos por las propias instituciones, pero que además ofrezcan posibilidades de confrontación y comparación con otras experiencias.

Areas especialmente críticas, y por tanto prioritarias para la investigación, incluirían: la integración funcional con los Ministerios de Salud; el diseño de modelos de coordinación intra y extrasectorial; los análisis de problemas de accesibilidad a los servicios; los estudios de cobertura, incluyendo el reconocimiento de problemas y el análisis de posibilidades de incorporación del sector informal, así como estudios comparativos de costos de la extensión de servicios, con diversos esquemas de beneficios y financiamiento.

d) Desarrollo de la información en la seguridad social:

Además de apoyo para el desarrollo de los sistemas de información en las instituciones de seguridad social, las acciones en esta área comprenderán la difusión del conocimiento y, en general, la divulgación de información respecto a la seguridad social y sus programas, y la promoción de foros y debates sobre estos aspectos. Un objetivo a mediano plazo en esta área sería el establecimiento de una red de comunicación permanente que permita intercambiar información y realizar estudios comparativos de aspectos críticos y de interés común en la organización de las instituciones y sus programas.

3) Ambitos de actuación de la cooperación

El centro de las acciones de cooperación son inequívocamente las instituciones y programas nacionales, cuyas necesidades de cooperación tienen características individuales y específicas. Dentro de esa orientación, cabe visualizar, sin embargo, los siguientes ámbitos en los cuales se habrán de desarrollar las actividades de cooperación.

a) Los países

En el contexto de prioridades nacionales, la cooperación técnica en esta área debería contribuir a mejorar y actualizar información para favorecer y estimular decisiones de política en materia de seguridad social y sus programas, y apoyar la elaboración y ejecución de proyectos orientados al desarrollo integral de los sistemas de seguridad social y de salud, y a mejorar su desempeño y la utilización de recursos en sus diferentes componentes.

b) Los grupos subregionales

En la evolución de los sistemas de seguridad social es posible observar algunas tendencias comunes, que se marcan en los grupos geográficos o subregionales de los países, pero que no necesariamente se circunscriben a ellos. Esto hace posible plantear estrategias y actividades orientadas a responder a necesidades compartidas de cooperación dentro del marco de las iniciativas subregionales de la OPS/OMS.

Se podrían plantear así esquemas concretos de cooperación subregional en materia de seguridad social, referidas a agrupaciones tales como: México, países de Centroamérica, países del Caribe latino; países del Grupo Andino y Paraguay; países del Cono Sur; países del Caribe de habla inglesa.

c) Acciones de carácter y alcance regional

Además de las acciones de cooperación en apoyo de programas en los países y en los grupos subregionales, desde el punto de vista regional, se pueden caracterizar igualmente algunos campos definidos de acción. Se destacan así:

- Actividades dirigidas a mejorar el conocimiento sobre la seguridad social en los diferentes estamentos de la Organización (OPS/OMS) mediante la publicación de material seleccionado y su amplia difusión, y a través de reuniones específicas y de la incorporación de temas relevantes de seguridad social en diversos tipos de seminarios, cursos, etc.

- Actividades de intercambio de información y de promoción de estudios e investigaciones sobre tareas de interés general o que involucran grupos nacionales de varias subregiones. Se plantean así por ejemplo estudios e intercambio de información en relaciones de la seguridad social con entidades del sector no estatal, privado especialmente: estudios comparativos de diferentes modelos de atención y de organización de servicios; análisis de esquemas de contratación y remuneración, etc.

- Coordinación con otros organismos internacionales que actúan en el campo de la seguridad social (OIT, CISS, AISS, OISS, AISSCA), con importantes realizaciones en la Región. Esta es sin duda un área prioritaria de la actividad regional. La acción conjunta de estos organismos hará posible potencializar la utilización de los recursos de cooperación, pero además permitirá evitar superposiciones, y sobre todo posibles contradicciones doctrinarias y operativas que pueden ocurrir por manejo de información diferente. Especial importancia tiene en esta área el establecer y desarrollar formas y mecanismos de trabajo conjunto con los bancos de desarrollo y otras entidades, que han comenzado a incursionar en la cooperación técnica y financiera con las entidades de seguridad social.

En el marco referencial delineado, una estrategia central de la cooperación técnica regional en este campo, sin duda, habrá de orientarse a promover y auspiciar un amplio debate en torno a los cambios necesarios en las definiciones de política y programáticas de la seguridad social. Ese es claramente el desafío de estas instituciones en la presente década, para enfrentar las nuevas situaciones que plantean en los países las políticas de ajuste; el desempleo, y simultáneamente el crecimiento del sector informal del trabajo; la falta de capacidad de vastos sectores de la población para participar en esquemas contributivos clásicos, pero a la vez, y justamente por esas razones, la necesidad de una presencia y una acción social más decidida, más amplia y más sólida por parte de la seguridad social.

CUADRO 1

PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA REGION DE LAS AMERICAS

(1987)

CUADRO SINOPTICO DE LOS REGIMENES

PAIS	TIPO DE REGIMEN				
	VEJEZ, INVALIDEZ Y MUERTE	ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	ACCIDENTES DE TRABAJO	DESEMPLEO	ASIGNACIONES FAMILIARES
Antigua-Barbuda	X	X.			
Argentina	X	X.	X		X
Bahamas	X	X	X		
Barbados	X	X	X	X	
Belice	X	X	X		
Bermuda	X		X		
Bolivia	X	X.	X		X
Brasil	X	X.	X	X	X
Canadá	X	X.	X	X	X
Colombia	X	X.	X		X
Costa Rica	X	X.	X		X
Cuba	X	X.	X		
Chile	X	X.	X	X	X
Dominica	X	X	X		
Ecuador	X	X.	X	X	
El Salvador	X	X.	X		
Estados Unidos de América	X		X	X	
Granada	X	X			
Guatemala	X	X.	X		
Guyana	X	X	X		
Haití	X		X		
Honduras	X	X.	X		
Jamaica	X		X		
México	X	X.	X		
Nicaragua	X	X.	X		
Panamá	X	X.	X		
Paraguay	X	X.	X		
Perú	X	X.	X		
República Dominicana	X	X.	X		
San Cristóbal y Nieves	X	X.			
San Vicente	X	X	X		
Santa Lucía	X	X	X		
Trinidad y Tabago	X	X	X		
Uruguay	X	X.	X	X	X
Venezuela	X	X.	X		

"." Señala que el régimen incluye asistencia médica y hospitalización, además de las prestaciones de enfermedad y maternidad en dinero.

Fuente: Tomado de "Regímenes de Seguridad Social en las Américas-1987"
US Department of Health and Human Services, Social Security Administration
Research Report No. 61

CUADRO 2

PAISES CON PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA
REGION DE LAS AMERICAS
SEGUN REGIMENES Y SUBREGIONES 1987

	REGIMENES					
	IVS (1)	EM (2)		AT (3)	D (4)	AF (5)
		X	Y			
AMERICA LATINA	20	19	19	20	4	7
NORTE AMERICA	2	1	1	2	2	1
CARIBE	13	11	2	10	1	
T O T A L	35	31	22	32	7	8

FUENTE: "Regímenes de Seguridad Social en las Américas, 1987".
US Department of Health and Human Services, Social Security Administration

X = Subsidio pecuniario de contingencias de enfermedad y maternidad
Y = Incluye asistencia médica y hospitalización

(1) Invalidez, vejez y supervivencia (pensiones)
(2) Enfermedad general y maternidad (prestaciones de salud)
(3) Accidentes de trabajo (salud ocupacional)
(4) Seguro de desempleo
(5) Asignaciones familiares (subsidio)

CUADRO 3

PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN PAISES DE AMERICA LATINA
DISTRIBUCION DE LA FUERZA LABORAL Y
ALGUNOS INDICADORES DE COBERTURA

Países	Gasto SegSoc* % de PIB (1980)	Regímenes de Salud % Población Total		Fuerza Laboral Distribución % por Sectores				%
				Urbano		Rural		
		1980	1985-88	Formal	Informal	Moderno	Tradic.	
ARG	10.0	78.9	74.3	65.0	19.4	8.8	6.3	71.2
BOL	3.0	25.4	21.4	17.9	23.2	5.2	50.9	38.2
BRA	5.0	96.3	-	45.2	16.9	9.8	27.6	65.3
COL	4.0	15.2	16.0	42.6	22.3	15.8	18.7	53.5
COR	9.0	81.5	84.6	52.9	12.4	19.6	14.8	75.2
CUB	9.0	100.0	-	-	-	-	-	88.8
CHI	11.0	67.3	-	54.1	20.1	14.0	8.8	66.7
ECU	3.0	9.4	11.1	22.7	25.4	13.7	37.9	47.6
ELS	2.0	6.2	-	28.6	18.9	22.3	30.1	59.2
GUA	2.0	14.2	13.0	26.7	17.8	22.3	33.1	46.9
HAI	1.0	-	-	-	-	-	-	16.6
HON	3.0	7.3	10.3	-	-	-	-	45.4
MEX	3.0	53.4	59.7	39.5	22.0	19.2	18.4	44.3
NIC	2.0	9.1	37.5	-	-	-	-	-
PAN	7.0	49.9	57.4	45.3	20.9	9.1	24.6	63.3
PAR	2.0	18.2	-	-	-	-	-	36.7
PER	3.0	16.6	18.6	35.0	23.8	8.0	32.0	45.1
R. DOM	2.0	-	5.9	-	-	-	-	51.3
URU	11.0	68.5	67.0	63.3	19.0	9.5	8.0	69.4
VEN	3.0	45.2	49.7	62.6	16.4	4.4	15.1	64.1

* El gasto en Seguridad Social incluye el gasto en Salud.

Fuentes: Carmelo Mesa Lago - Aspectos económico-financieros de la Seguridad Social en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y alternativas para el año 2000. Pittsburgh, Junio 1989.
Carmelo Mesa Lago - Protección del Sector Informal en América Latina y el Caribe por la Seguridad Social o medios alternativos. Pittsburgh, enero 1989.

REFERENCIAS

1/ Ver: CEPAL, Políticas de Ajuste y Negociación de la Deuda Externa en América Latina, Cuadernos de la CEPAL No. 48, Santiago de Chile, 1984, pág. 5.

2/ Véase CEPAL, Op. cit; Vivas, J., Recesión, Ajuste Económico y Política de Salud; Fedesarrollo, UNICEF, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 1987; Inter-American Development Bank, Economic and Social Progress in Latin America External Debt: Crisis and Adjustment, Washington, D.C., 1985; Inter-American Development Bank, Report 1989, Washington, D.C., 1989.

3/ Bustelo, E., Política de Ajuste y Grupos más Vulnerables en América Latina; Unicef, Fondo de Cultura Económica, Bogotá 1987; CEPAL, Crisis y Desarrollo: Presente y Futuro de América Latina y el Caribe, LC/L.332 (sen. 22/L.3), Santiago de Chile, 1985 (mimeografiado).

4/ Banco Interamericano de Desarrollo, Progreso Económico y Social de América Latina, Informe 1987, Washington, 1987; Tokman, V.E., "Pobreza Urbana y Empleo: Líneas de Acción", en CEPAL, PNUD,]Se puede superar la pobreza? Realidad y Perspectivas de América Latina, Santiago de Chile, 1980.

5/ Duque, L.F., Revisión del Programa de Salud para Caficultores, Federación Nacional de Cafeteros de Colombia, Bogotá, 1987.

6/ Jolly, R. y Cornia, A., Efectos de la Recesión Mundial sobre la Infancia, Estudio Especial del UNICEF, Siglo Veintiuno de España Editores, SA, Madrid, 1987; Bustelo, E., Op. cit.

7/ Vivas, J., Op. cit.

8/ Musgrove, P., Editor, Crisis económica y salud: La experiencia de cinco países latinoamericanos en los años ochenta, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1988; Banco Interamericano de Desarrollo, Progreso Económico y Social en América Latina, Informe 1989, y Washington, D.C., 1989.

9/ Véase las citas de la referencia 8/, y Vivas, J., Op. cit. en especial el capítulo VIII, Servicios de Salud y Gasto Público.

10/ Para un análisis de la evolución del desempleo en América Latina y sus implicaciones en estos fenómenos véase: Banco Interamericano de Desarrollo, El Progreso Económico y Social de América Latina, Informe 1989, Washington, D.C., 1989, cuadros II-5 y II-6.

11/ Mesa-Lago, C., "Atención de Salud en Costa Rica: Auge y Crisis", en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1987, pp.1-18; Resende, F., Financiamiento de las Políticas Sociales, ILPES-UNICEF, Santiago de Chile, 1983; Medici, A.C. y Barros de Silva, P.L., Financiamiento e Gasto do Sector Saúde No Brasil Até 1986: Balanço, Perspectivas e Poçoes de Politica, Noviembre 1986 (mimeografiado). The World Bank, Health Policy in Brazil: Adjusting to New Challenges, Report No. 7807-BR, Washington, May 22, 1989; Rabasa, E., Reorganización Administrativa y de los Servicios de Atención Médica en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, XXIX Reunión Comité Permanente Interamericano de seguridad social, Buenos Aires, noviembre 1985; Caja Costarricense de Seguro Social, XXIX Reunión Comité Permanente Interamericano de seguridad social, Buenos Aires, noviembre 1985.

12/ Para una discusión más amplia de este tema véase: Vivas, J. Op. cit., en especial el capítulo II.

13/ OPS/OMS, Las Condiciones de Salud en las Américas 1981-1984, Publicación Científica No. 500, 1986.

14/ Mesa-Lago, C., Financiamiento de la Atención a la Salud en América Latina y El Caribe, Enero 1988.

15/ Ib, Idem

16/ U.S. Department of Health and Human Services, Social Security Programs Throughout the World - 1987, Research Report No. 61.

17/ República Argentina - Ley 20748, 20749, Ley del Seguro Nacional de Salud y Ley de las Obras Sociales, 1988.

18/ República del Brasil - Decreto No. 94657. Sistema Unificado y Descentralizado de Salud en los Estados SUDS. 20 julio 1987.

19/ República de Bolivia - Decreto Supremo 21.637 - Instituto Boliviano de Seguridad Social, 16 junio 1987.

20/ República de Costa Rica - Decreto 17.898 - Convenio entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguridad Social para la Integración y Coordinación de Servicios, 3.XII.87.

21/ Estados Unidos de México - Ley General de Salud. D.O. 27 mayo 1987.

22/ República de Venezuela - Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. 10 de junio de 1987 - Gaceta Oficial No. 33.745.

23/ Mesa-Lago, C., Op. cit. 14.

24/ OIT/OPS/CISS - Atención Primaria y Estrategias de Salud en la seguridad social en América Latina, 1986.

25/ OPS/OMS, Op. cit. 24.

26/ OPS/OMS - Coordinación entre las Instituciones de seguridad social y las de Salud Pública. Doc. CD32/17, 27 julio 1987.

27/ OPS/OMS, Op. cit. 13.

28/ Op. cit. 26.

29/ Op. cit. 24 y Op. cit. 26.

30/ Mera, J., Política de Salud en la Argentina, Abril 1988

31/ OPS/OMS - Comité Asesor en seguridad social, Informe de la Primera Reunión, Washington, Febrero 12-14, 1990 (en preparación).

RESOLUCION

CSP23/25 (Esp.)
ANEXO II

XIII

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

LA 105a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el documento titulado "Coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública" (Documento CE105/12);

Considerando que es necesario continuar promoviendo y apoyando los procesos de integración funcional de los recursos institucionales del sector salud en los Países Miembros, y

Teniendo en cuenta que en las propuestas de orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en el cuadrienio 1991-1994, se destaca el desarrollo del potencial de la seguridad social, como uno de los medios fundamentales para lograr la transformación y/o el mejoramiento de los sistemas nacionales de salud, en función de las metas de SPT/2000,

RESUELVE:

Sugerir a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que adopte una resolución a este respecto, dentro de los siguientes lineamientos:

LA XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe sobre "Coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública" (Documento CSP23/___):

Reconociendo que hasta ahora se han intentado diversos enfoques y modalidades de trabajo en los Gobiernos Miembros para coordinar la acción de las instituciones del sector público, en particular las entidades de seguridad social y los Ministerios de Salud;

Considerando que, no obstante los intentos y esfuerzos indicados, persisten situaciones de baja cobertura de la población y duplicación de programas e instalaciones, habrá que continuar y ampliar los esfuerzos de integración política y funcional de los recursos institucionales del sector salud;

Teniendo en cuenta que las difíciles circunstancias económicas que afrontan los países afectan negativamente el estado de salud de la población, y agravan situaciones existentes de déficit de cobertura y de inaccesibilidad a los servicios de salud, y

Reconociendo la significación e importancia de las Resoluciones CD30.R15 (1984) y CD32.R11 (1987), aprobadas por el Consejo Directivo de la OPS en relación a este tema,

RESUELVE:

1. Aceptar el informe sobre la "Coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública" (Documento CSP23/___).

2. Destacar la validez y pertinencia de las recomendaciones formuladas en las Resoluciones CD30.R15 (1984) y CD32.R11 (1987) del Consejo Directivo, para lograr la integración funcional del sector salud y, en consecuencia, instar a los Gobiernos Miembros, que renueven y amplíen los esfuerzos para dar cumplimiento a esas recomendaciones.

3. Recomendar a los Gobiernos Miembros que:

   a) Examinen la composición institucional, la macroorganización y el financiamiento de los sistemas de atención de salud;

   b) Ajusten las políticas y doctrinas en materia de seguridad social basadas en las necesidades actuales de los diversos grupos de población, especialmente los que constituyen el sector informal;

   c) Tengan en cuenta la importancia estratégica del desarrollo de los recursos humanos, los modelos de formación y el ajuste de las políticas laborales en apoyo de la transformación y/o el mejoramiento de los sistemas de atención de salud.

4. Pedir al Director que:

   a) Estimule y apoye los procesos referidos, promoviendo la incorporación de las instituciones de seguridad social en la programación nacional de la cooperación técnica brindada por la Organización,

b) Continúe recalcando la necesidad de mejorar y/o transformar los sistemas de salud, incluida la función de la seguridad social y asigne recursos específicos con ese fin, en concordancia con las prioridades establecidas para el período 1991-1994.

c) Promueva la movilización de recursos adicionales nacionales y externos para un mayor apoyo al desarrollo de los programas y actividades correspondientes.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 29 de junio de 1990)