



# ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XXVI Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre-October 1979

# ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XXXI Reunión



INDEXED

Tema 26 del proyecto de programa

CD26/20 (Esp.)

23 agosto 1979

ORIGINAL: INGLES

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

Antecedentes

La estructura institucional del sector de salud en la mayor parte de los países del Hemisferio y la urgente necesidad de reforzar la organización de los servicios y mejorar la productividad de las instituciones de atención sanitaria han hecho de la "coordinación entre los sistemas de seguridad social y los de salud pública" un asunto de especial interés en la Región. En los últimos años, los Gobiernos han concedido importancia al examen crítico de sus sistemas de servicios en los que respecta a estructura y operaciones y han adoptado medidas diversas para conseguir una utilización mayor y más eficaz de esos recursos.

En el análisis preparado para las Discusiones Técnicas de la XXV Reunión del Consejo Directivo de la Organización se destacan algunas conclusiones a que se ha llegado sobre ese particular.

Se ha descubierto que en la Región está ampliamente documentado el proceso de integración y coordinación de las instituciones del sector de salud. Durante casi 20 años se han estudiado distintos aspectos de ese proceso en muchas reuniones nacionales e internacionales. El examen de la documentación resultante de esas reuniones revela un consenso sobre las ventajas que reporta la integración y la coordinación de los servicios de salud, aunque, con el tiempo, parece haber cambiado la preferencia por las modalidades que pueden revestir dicha integración y coordinación. Además, como resultado de deliberaciones sistemáticas, se ha establecido una serie de principios concebidos para aumentar el rendimiento de los recursos de atención sanitaria y distribuirlos de modo más equitativo entre los distintos sectores de la población. Las diversas formas de aplicación que se ha dado a esos principios en los países han aportado cambios importantes de sus sistemas de atención sanitaria.

Pese a los esfuerzos realizados y a las mejoras conseguidas, muchos de los problemas de estructura y organización con que tropezaban los servicios de salud desde que se empezó a coordinarlos persistían todavía cuando se realizó el análisis, y a veces incluso parecían haberse agravado como consecuencia del aumento de la demanda de servicios proveniente de la población en aumento y del desarrollo de las propias instituciones, factores éstos que tendían a hacer más difícil la introducción de los cambios y modificaciones imprescindibles. Por otra parte, el estudio de los resultados del análisis y las recomendaciones formuladas reveló que el concepto de coordinación se había enfocado esencialmente partiendo de las observaciones personales de administradores experimentados de las distintas instituciones, y que faltaban investigaciones científicas que permitieran definir objetivamente la situación real y, por tanto, mejorar las posibilidades de hallar alguna solución. Además, se observó que las deliberaciones se habían centrado principalmente en los aspectos de administración y estructura, y solo en pequeña medida en los mecanismos financieros, que eran por lo menos tan importantes como los demás para el logro de los objetivos previstos.

Basándose en el resultado de las Discusiones Técnicas desarrolladas durante la reunión mencionada, la XXV Reunión del Consejo Directivo adoptó la Resolución XXIX, en la cual se encarece a los Gobiernos que, dentro del contexto político-administrativo de los países, definan y caractericen sus sistemas nacionales de salud con el fin de aplicar una política uniforme de prestaciones de salud a toda la población y estudien y apliquen soluciones de complejidad tecnológica apropiada a problemas que afectan a la población como un todo, esté o no cubierta por la seguridad social.

En la misma resolución se pide al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que extienda los programas de cooperación técnica a los sistemas de salud de la seguridad social y promueva y organice actividades de investigación para desarrollar nuevas formas de prestación de servicios personales de salud, que faciliten la coordinación de los métodos utilizados por los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social.

#### Progresos realizados y situación actual

Es demasiado breve el lapso de dos años transcurridos desde el análisis, y las recomendaciones se hicieron quizá demasiado pronto para poder detectar cambios fundamentales de carácter regional por relación a la situación de 1977. Desde un punto de vista general debe señalarse, sin embargo, que bajo diversas formas en varios de los países se han producido acciones variadas que ponen de manifiesto la intensificación de los esfuerzos nacionales para lograr la unificación funcional de las instituciones del sector salud y hacer más viable las metas de universalización de la cobertura de atención de salud adoptadas por los países de la Región.

Los siguientes ejemplos revelan la orientación de las acciones más recientes a escala macroinstitucional:

En un país se han logrado materializar decisiones de reestructuración de los servicios, organizando éstos bajo la responsabilidad del organismo de seguridad social correspondiente, asumiendo el Estado la función de cotizante por aquellos grupos de población que no pueden hacerlo directamente y aboliendo en esta forma las diferencias preexistentes entre asegurados y no asegurados.

En otro de los países la consolidación ha sido fundamentalmente en el propio sector de la seguridad social, funcionando todas las instituciones preexistentes en una sola y encomendando a ésta la prestación de servicios personales de salud para prácticamente toda la población en un programa de extensión progresiva de la seguridad social.

Otro país ha optado por suprimir la creación de nuevas entidades de seguridad social y por reglamentar el funcionamiento de las existentes bajo la dirección general de un ministerio integrado de salud y previsión social, con miras al fortalecimiento de los mecanismos de coordinación tanto entre las varias cajas o sistemas de seguridad social, como entre éstas y los servicios públicos a cargo del ministerio.

Dentro de un sistema innovador que mantiene la individualidad institucional a nivel central, otro de los países está logrando la integración operativa de los servicios en el orden regional y local, utilizando conjuntamente establecimientos y personal para la atención de la población general y de los grupos cubiertos por la seguridad social.

Para favorecer y estimular la coordinación mediante la aplicación de normas comunes de funcionamiento y la conjunción de esfuerzos institucionales en los programas de inversiones de capital, en otro de los países se ha creado un nuevo organismo, vinculado al ministerio de salud, que tiene por función supervisar y evaluar el funcionamiento y los planes y programas de ampliación de servicios de la principal institución de seguridad social del país y procurar que ésta cumpla las normas del sistema nacional de salud correspondiente.

Por último, en otro de los países se han reanudado los estudios exploratorios emprendidos varios años atrás para establecer un servicio nacional de salud en el cual se integren dentro del sistema regionalizado las varias instituciones del sector público que dispensan prestaciones de salud.

Otros ejemplos de coordinación, no ya de carácter general sino de naturaleza más específica, son los programas de varios países, para ampliar los regímenes de salud de la seguridad social a la población rural.

Sin que pueda señalarse todavía una tendencia bien definida, se encuentran frecuentemente formas de organización de estos programas cuya orientación es hacia la integración o la coordinación con otros servicios usualmente dependientes de los ministerios de salud. Como una expresión adicional de nuevos enfoques en este sector que contribuye a acercar las instituciones, se destacan los intentos de adaptación de las formas tradicionales de financiamiento de la seguridad social a las condiciones particulares del trabajador agropecuario. La clara tendencia hacia una mayor participación del Estado en la financiación de estos programas significa la sustitución del sistema convencional de primas o cotizaciones obrero-patronales, por formas que apuntan a la responsabilidad del Estado por la prestación de los servicios de la seguridad social y a la aceptación de la función que cabe a la seguridad social en la redistribución del ingreso nacional en favor de los grupos de más bajos ingresos.

La Oficina Sanitaria Panamericana, por solicitud de los países correspondientes, ha colaborado en algunos de los procesos anteriores y siguiendo las indicaciones del Consejo Directivo contenidas en la mencionada Resolución XXIX ha ampliado el campo de la cooperación técnica a las instituciones de seguridad social. Ejemplos de actividades recientes a este respecto los constituyen la cooperación en uno de los países citados para el establecimiento de un sistema regionalizado de servicios con base en la seguridad social, y la colaboración en otro para el apoyo a la programación de nuevos hospitales. En varios países más se han suscrito, o están en fase final de estudio, convenios específicos de cooperación técnica con las entidades de seguridad social, en los cuales participa también el ministerio de salud. Mediante su participación en estos convenios, los ministerios no solo han hecho posible la cooperación directa con las entidades de seguridad social, sino que a través del convenio mismo se han fortalecido los mecanismos de interrelación entre las dos instituciones.

A diferencia de lo que antes ocurría, parece iniciarse una saludable tendencia en los ministerios de salud a facilitar esta relación, lo cual parecería indicar, por una parte, un reconocimiento del papel cada vez más importante que tienen los organismos de seguridad social en la prestación de servicios personales de salud y, por la otra, una aceptación de que los enfoques técnicos comunes contribuyen a aumentar las posibilidades de coordinación interinstitucional.

En apoyo de esta ampliación de la cooperación técnica a las instituciones de seguridad social, la Oficina ha participado en varias reuniones de entidades internacionales de seguridad social, presentando en dichas reuniones diversos aspectos de las políticas y programas de la Organización Panamericana de la Salud, en especial aquellos relativos a los propósitos de extensión de cobertura y estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Como complemento igualmente de esta actividad, conjuntamente con las entidades internacionales que colaboran

con las instituciones de seguridad social, particularmente la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de los Estados Americanos y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, se han revisado aspectos pertinentes de los programas respectivos con el fin de coordinar las acciones de cooperación técnica en algunos de los países.

#### Nuevos criterios para la coordinación institucional

Aunque los ejemplos anteriores ponen de manifiesto los esfuerzos de los países por lograr la consolidación funcional de sus servicios de salud, el avance en el proceso de coordinación institucional es en general lento y de alcances limitados. Se reconoce, por consiguiente, la necesidad de nuevos criterios y orientaciones; cuyo marco general de referencia está dado por las políticas de universalización de la cobertura de servicios y por la meta adoptada por los países para alcanzar dicho objetivo antes del año 2000.

Existe prácticamente un consenso en la Región sobre la necesidad de una reorganización general de los sistemas de salud, cuya orientación requiere ir más allá de los criterios o intentos primordialmente estructuralistas, o de la esfera meramente administrativa en que se ha planteado hasta ahora la coordinación institucional.

La reorganización indispensable de los servicios de salud para lograr la extensión de la cobertura y alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 está fundamentalmente relacionada con la adopción, a nivel gubernamental, de una política única y de aplicación uniforme de atención de salud para toda la población, a la que habrán de responder los programas armonizados de todas las instituciones del sector. Para que dicha política pueda ser realmente aplicada, se requieren revisiones y ajustes de diverso orden en los esquemas financieros de los servicios, así como un reordenamiento en sus criterios operativos y la revisión a fondo de las tecnologías actualmente en uso.

En todos esos sectores persisten grandes interrogantes que exigen respuesta apropiada; es, sin embargo, en el sector de organización del financiamiento donde tales respuestas se hacen cada vez más indispensables y apremiantes.

No puede haber cobertura universal de atención de salud mientras existan barreras económicas derivadas de las formas de financiamiento y de los sistemas de pago o contribución del usuario, que impidan o limiten el acceso a los servicios de algunos miembros o grupos determinados de la población. Se reconoce sin embargo que por razones históricas los servicios están organizados siguiendo en cierta forma la estratificación económica de la población. En estas condiciones, más que la existencia en sí de múltiples instituciones que proveen servicios, es esta fragmentación o

segmentación de la atención de salud, basada en la capacidad económica individual para tener acceso a ella, la que ha ocasionado las mayores dificultades. A menos que haya decisiones apropiadas sobre política financiera del sector salud, que permitan subsanar estas situaciones, los esfuerzos de extensión de la cobertura de atención de salud difícilmente pueden tener buen éxito.

Las políticas actuales de extensión de cobertura en la mayoría de los países de la Región están basadas en un concepto de salud diferente del tradicional y en una nueva idea de la prestación de servicios. Estas nuevas orientaciones, que aparecen reflejadas en los postulados de gobiernos e instituciones y en los métodos y estrategias de programa propuestos en la mayoría de los países, encuentran, sin embargo, una situación básica resultante de la evolución histórica de los servicios en la que, al lado de los sistemas corrientes de asistencia pública a indigentes, administrados por los ministerios de salud, existen diversas modalidades de servicios de seguridad social y otros sistemas de seguro, así como formas variadas de actividad privada. Cada uno de estos sistemas atiende a segmentos seleccionados de la población activa, e individualmente se encuentran limitados y aún imposibilitados para ampliar la cobertura.

Evidentemente, las formas tradicionales de financiamiento de la seguridad social y, por consiguiente, las leyes y demás instrumentos jurídicos que crearon estas instituciones y regulan su financiamiento y formas de operación, constituyen un gran obstáculo. El concepto de cobertura en las instituciones de seguridad social tiene una base más jurídica que social. Las leyes de seguridad social reconocen además la condición de beneficiario a algunos de los familiares inmediatos del asegurado, en grado variable según los países. Este reconocimiento discrimina, sin embargo, entre los beneficios otorgados al afiliado directo y al beneficiario y crea, por consiguiente, situaciones injustas en la misma familia.

En consecuencia, el gran problema de los países para alcanzar las metas de cobertura universal es doble:

En primer lugar, y habida cuenta de que el modelo de la asistencia pública (servicios para los indigentes) es limitativo para el propósito de la extensión de cobertura, hay que optar por otras soluciones que permitan organizar servicios accesibles sobre una base de equidad social; en segundo lugar, hay que puntualizar cómo ha de efectuarse la transición del sistema actual a la solución seleccionada para asegurar la viabilidad de ésta. Las opciones posibles en este sentido parecerían ser fundamentalmente de dos tipos: la modalidad de servicio estatal, o los sistemas de seguros con una amplia participación del Estado.

El financiamiento de la atención de salud conforme a un servicio público en que el Estado actúa como productor directo de servicios,

equivale en gran medida a nacionalizar la prestación de servicios, es decir, a la creación de un servicio nacional único de salud. Esta nacionalización, que responde a un concepto particular de las funciones del Estado en la sociedad, implica cambios políticos y sociales de mucha mayor profundidad, que difícilmente podrían ser intentados con posibilidades de éxito en forma aislada para el sector salud. Diversas experiencias en el Continente así lo demuestran. En estas condiciones aparecen como opciones dignas de consideración diversos tipos de sistemas de seguro nacionales de salud. Esta alternativa parece atraer a varios países de la Región que han acometido acciones decididas en este sentido, entre ellos algunos antes citados.

El establecimiento de un sistema de seguro nacional de salud es, sin embargo, un proceso complejo que no está exento de riesgos ni de restricciones. Al respecto, se han formulado numerosos y variados argumentos y advertencias. Entre ellos se destacan el impacto potencial en el aumento de la demanda de servicios, el incremento de costos, los efectos inflacionarios y las dificultades políticas y administrativas para manejarlo.

Este último es quizás el argumento de mayor significación. Se aduce que la organización de un seguro nacional de salud puede generar serios riesgos por una excesiva concentración de poder político y administrativo. Esto podría ser en alguna forma cierto, pero, en primer lugar, no implica que los problemas o las situaciones sean necesariamente inmanejables. La experiencia de diversos países de otras regiones así lo demuestra. Por otra parte, hay diferentes formas de preparar y desarrollar un programa nacional uniforme de servicios de salud sin que sea necesario llegar a una concentración monolítica administrativa o institucional. Por lo demás, aunque así fuera, el dilema es definir qué tiene mayor importancia y mayor significación para la población: evitar los riesgos de la concentración de poder político y administrativo o aumentar el acceso a los servicios para las grandes masas de población.

Aunque ese dilema parece de posible solución, en el contexto económico y social de la mayoría de los países de América Latina las formas posibles de aplicar ese criterio tendrían, en principio, que ser mixtas. No es posible esperar que el financiamiento provenga solamente de fondos del Estado. Tampoco sería viable, al menos en un período razonable, lograr que el financiamiento tripartito clásico de la seguridad social por sí solo pueda permitir la ampliación de servicios necesaria para la cobertura universal. Estas instituciones, no obstante, constituyen, como algunos países lo han demostrado, núcleos importantes para iniciar la aplicación de las medidas apropiadas y generalizar el seguro de salud.

La adopción de decisiones efectivas para el establecimiento de una política financiera sólida y de carácter sectorial, así como las llamadas

a lograr cambios de orientación y organización de los servicios, imperativos todos para alcanzar los objetivos de universalización de la cobertura de atención de salud en el breve plazo disponible, requiere una cuidadosa consideración de múltiples factores y nuevos elementos de información.

Corresponde a las instituciones, tanto del sector público como de la seguridad social, aportar dicha información, ya sea basada en su experiencia directa o resultante de investigaciones específicas, cuya realización conjunta y en forma sistemática constituiría, en las circunstancias y estado actual de evolución de los servicios, el verdadero campo de aplicación de las medidas de coordinación institucional.

El objeto de tales investigaciones sería ofrecer a cada organismo encargado de establecer la política y formular las directrices de operación de los servicios, una gama amplia de opciones susceptibles de adaptación a diferentes situaciones sociales y económicas y colaborar con tales organismos en la elección de líneas de acción determinadas, con pleno conocimiento de causa.

Este criterio de coordinación centraría la acción conjunta de las instituciones en el estudio común y sistematizado de los problemas que restringen o impiden la ampliación de la cobertura de salud. A diferencia de criterios anteriores, que han partido de la aceptación de un hecho que es la existencia de dos o más sistemas de prestación de servicios pero sin profundizar en el análisis de los factores de orden económico, social y político que condicionan esa situación, el criterio precitado dará a los esfuerzos de coordinación una nueva dimensión sin duda más productiva y el carácter de un medio o de un instrumento para encontrar soluciones, más que el de un objetivo final como se venía haciendo hasta ahora.

#### Líneas prospectivas de acción

Con el propósito de revisar aspectos de la situación planteada y explorar posibles líneas de acción y de cooperación técnica, la Oficina convocó en 1978 un grupo interno de trabajo de cuyo análisis y conclusiones cabe destacar los siguientes puntos:

- Es de fundamental importancia que los países, en aplicación de las políticas de extensión de cobertura y basándose en estudios y análisis globales del sistema económico-financiero del sector salud respectivo, logren la expedición de instrumentos legales y administrativos que hagan posible la abolición de la división existente de la población en dos clases de ciudadanos: los asegurados y los no asegurados.

- En la situación de ingreso per capita de la mayoría de los países de América Latina en materia de fuentes de financiación para



lograr la extensión de cobertura, debería explorarse la posibilidad de una mayor participación del Estado y de la seguridad social y una disminución del compromiso o responsabilidad individual directa por la financiación de los servicios.

- En estrecha relación con los problemas de la financiación de los servicios se encuentra frecuentemente en los países de la Región una gran diversificación en los tipos de prestaciones de atención de salud. Esta diversificación existe no solo entre la población asegurada y la no asegurada, sino también entre los grupos de población cubiertos por distintos sistemas de seguridad social. Como parte de los esfuerzos para lograr la cohesión funcional del sector salud, se impone la necesidad de una homogenización de las concepciones y beneficios otorgados en los diferentes esquemas de seguridad social existentes, al menos en cuanto a prestaciones de salud se refiere. El objetivo final debería ser, sin embargo, la conformación de un solo sistema de seguridad social cuyas partes se deberían integrar alrededor de una misma concepción funcional obviando superposiciones y malgaste de recursos.

- Para la realización de análisis objetivos y claros de las situaciones existentes a este respecto que permitan recomendaciones concretas para favorecer la consolidación de las acciones de salud, es necesario que quienes participen en tales análisis tengan elementos de referencia comunes. En este sentido se hace necesario revisar y actualizar conceptos y definiciones corrientemente utilizados en los documentos de salud y se debe promover el uso de una terminología uniforme para denominar las acciones que se proporcionan a las personas y a las comunidades. Muchas de las denominaciones actualmente en uso no son satisfactorias, posiblemente debido a que son traducciones que no han logrado interpretar el verdadero significado de lo que se quiere decir, y conducen por consiguiente a interpretaciones restrictivas y a veces equivocadas que dificultan la comunicación y limitan las posibilidades de análisis comparativos entre las instituciones.

- La racionalización necesaria en el uso de recursos del sector salud para lograr la ampliación de cobertura está ligada al desarrollo de formas eficientes de organización de los servicios y a la selección y uso de tecnología apropiada.

- En el primer caso, aunque los conceptos de niveles de atención y reorganización funcional de los servicios son en principio ampliamente conocidos, su aplicación real en la organización de las prestaciones de salud ha sido en general muy limitada. Hay que indagar la razón de que no se apliquen estos conceptos, cuáles son los requisitos y consecuencias de su aplicación, y qué alcance real tiene su empleo para la solución de los problemas de salud.

- La realización de ensayos inicialmente limitadas de programación conjunta de servicios por las entidades de seguridad social y los ministerios de salud conforme a estos conceptos permitirá obtener conocimientos valiosos para su utilización progresiva en más amplia escala.

- En relación con la selección, desarrollo y uso de tecnología apropiada, además de crear mecanismos nacionales en los cuales participen las diversas instituciones del sector para evaluar y decidir sobre la incorporación de tecnologías, resulta de primordial importancia el estimular y fortalecer la producción nacional de elementos fundamentales, por ejemplo medicamentos, sustancias biológicas, equipo, etc.

- La cooperación técnica de los organismos internacionales ha tenido un papel importante en la conformación de los sistemas de salud de los países de la Región. La introducción en estos sistemas de los cambios necesarios para lograr la universalización de la cobertura de servicios exige igualmente ajustes en las formas, amplitud y orientación de la cooperación técnica internacional.

El enunciado de la mayoría de los puntos anteriores, todos pertinentes, constituye una reafirmación de soluciones propuestas bajo diversas formas en la amplia documentación existente en la Región con respecto a la coordinación de servicios, sobre las cuales es necesario insistir. En un esfuerzo renovado para acelerar el proceso de cambio que se requiere en los sistemas de salud para alcanzar las metas de cobertura adoptadas por los países, estas propuestas podrían ser agrupadas en las cuatro grandes líneas de acción siguientes:

a) Promoción y estímulo de políticas de atención de aplicación uniforme a toda la población y de políticas de financiación sectoriales mediante apoyo a reuniones nacionales sobre el particular, y difusión de experiencias y presentación de casos de estudio preparados sobre su propia situación por aquellos países de la Región que así lo decidan. Para que esos estudios tengan una base común que permita su análisis y comparación se prepararán con anterioridad directrices sobre realización de dichos estudios. En cada uno participarían los ministerios de salud y las entidades de seguridad social del país.

b) Promoción y apoyo a la investigación sobre servicios de salud, tanto en los organismos dependientes de los ministerios como en los de la seguridad social, y en los dos en forma comparativa. Se daría énfasis especial a investigaciones de los aspectos financieros y a estudios de evaluación de tecnologías actualmente en uso y a análisis para la incorporación de nuevas tecnologías.

c) Apoyo al desarrollo de modelos o formas posibles de organización y prestación de servicios en los cuales participen los ministerios de salud y los organismos de seguridad social. En el diseño de estas formas alternativas de prestación de servicios se daría especial atención a la incorporación de las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad y a la aplicación de los conceptos de niveles de atención y regionalización funcional de servicios.

d) Fortalecimiento de la cooperación técnica con las instituciones de seguridad social, por tres medios principales:

- i) apoyo a programas específicos;
- ii) estímulo al intercambio de experiencias y fomento de la cooperación, entre países e instituciones, y
- iii) coordinación de actividades con otros organismos que tengan programas de cooperación técnica con las instituciones de seguridad social, fundamentalmente en el sector de atención de salud.