

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XVIII

EPOCA III

Núm. 56

PRIMER CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARZO-ABRIL

1969

MEXICO, D. F.

CIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
ES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
E ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

	Pág.
EUROPA	165
BELGICA	166
REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA	168
ITALIA	170
YUGOSLAVIA	172
SUECIA	174
AMERICA LATINA	176
PERU	177
BRASIL	182
COSTA RICA	184
Posición del personal sanitario en América Latina	186
INFORME FINAL	189
Consideraciones Finales	190
LA MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD <i>Dr. Alfredo Leonardo Bravo</i>	195
1. Doctrina y política de la Organización Panamericana de la Salud	196
Derecho a la salud	198
Cobertura universal	200
Seguro de salud y seguro de enfermedad	202
Los planes nacionales de salud	202
2. Coordinación de servicios de atención médica	203
Coordinación en la definición de una política	204
La función directiva del Ministerio de Salud	205
Coordinación en la administración de servicios	206
Coordinación e integración en el otorgamiento de las prestaciones	207
3. El sistema nacional de salud	208
Uniformidad de las estadísticas de salud	209
Mejoramiento de la calidad de las prestaciones	210
Mejoramiento de la administración	210
Condiciones de trabajo satisfactorias	210
Financiamiento multilateral	210
INFORME FINAL	213

LA MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS PROGRAMAS
NACIONALES DE SALUD

PONENTE: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA
SALUD.
DR. ALFREDO LEONARDO BRAVO.

PRESIDENTE: DR. SALVADOR ACEVES PARRA.
SECRETARIO DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.

SECRETARIO TÉCNICO: DR. RAFAEL ALVAREZ ALVA.
JEFE DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA.
PREVENTIVA DEL IMSS.

Salud. El tema no es fácil, se presta a grandes controversias conceptuales y en sus aspectos operativos está sujeto al sistema jurídico y administrativo imperante en cada país. De lo anterior, resulta que sólo podemos esperar llegar a alcanzar cierto acuerdo en la doctrina, dejando gran flexibilidad para su aplicación en la práctica.

En las líneas que siguen, procuraremos analizar en forma desapasionada el problema, empezando por indicar cuál es el cuerpo de doctrina que forma la política de la Organización Panamericana de la Salud y procurando a continuación discutir los mecanismos a través de los cuales, se puede llegar a alcanzar un sistema nacional de salud que ofrezca una cobertura tan amplia como sea posible y otorgue prestaciones en cantidad y calidad adecuadas para satisfacer la demanda, utilizando de manera racional los recursos de salud disponibles.

1. DOCTRINA Y POLÍTICA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.—

Inevitablemente, tenemos que remontarnos hasta la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en cuyo preámbulo se lee que “la salud es un estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los estados”.

Omitiremos, en homenaje a la brevedad, muchas otras citas de los Cuerpos Directivos de la OMS y de la OPS para referirnos más específicamente a dos acuerdos recientes, que, a nuestro juicio, actualizan el problema en términos muy adecuados para la discusión del presente Congreso.

El Consejo Directivo de la OPS, en su XVII Reunión celebrada en Trinidad y Tobago en octubre de 1967, adoptó la Resolución No. XX, cuyo punto 3 de su parte operativa dice lo siguiente:

“3. Recomendar a los países que planifiquen en forma amplia y coordinada el sector salud como parte del desarrollo económico-social, con participación de todos los organismos interesados y muy especialmente de las instituciones de seguridad social cuando éstas den prestaciones de salud a fin de: a) dar cobertura tan

extensa como sea posible con participación de la comunidad, de acuerdo con los problemas de salud prevalentes y con la capacidad de los recursos para satisfacer la demanda de servicios; b) preparar programas locales de salud integrados en los que se cubran los aspectos preventivos y curativos de la medicina; c) organizar las infraestructuras de los servicios locales de salud sobre la base de una administración descentralizada a través de un sistema regional coordinado de hospitales y otros servicios de salud, y d) hacer participar a la universidad y en particular a las escuelas de medicina y paramédicas a fin de asegurar la formación y adiestramiento conjuntos de los recursos humanos necesarios para cumplir las metas nacionales de salud”.

Más recientemente, la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas convocada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en Buenos Aires, Argentina en octubre de 1968 adoptó entre sus recomendaciones las siguientes:

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

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

Tanto la Carta de Punta del Este, en su Resolución A.2 “Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso” como el “Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas” adoptado en septiembre de 1966 por la 8a. Conferencia de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo y la Carta Médica de Asunción adoptada por el X Congreso Médico Social Panamericano

celebrado en Asunción, Paraguay en septiembre de 1968, contienen disposiciones, que, en una forma u otra, confirman la doctrina y política de la Organización Panamericana de la Salud, en la forma en que ha sido diseñada por sus Cuerpos Directivos en los documentos y resoluciones citados más arriba. Parece, en consecuencia, existir un consenso de opiniones para sostener en las Américas una política consecuente con su tradicional línea integracionista frente al desafío que significa enfrentarse con un programa continental de desarrollo económico y de progreso social.

1.1 *Derecho a la salud.*—

El derecho a la salud reconocido por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud es amplio y sin limitaciones. Es aplicable tanto a la salud colectiva como a la salud individual y a todos los miembros de la colectividad sin discriminaciones de ninguna especie. Está basado en una concepción humanitaria y universalista y en principios epidemiológicos que nos indican que el estado de enfermedad de un grupo es un peligro para la comunidad en su conjunto. Son muchas las constituciones políticas de diferentes países del mundo que reconocen expresamente el derecho a la salud junto al derecho a la educación y a veces también paralelo con el derecho a la seguridad social.

Hay, sin embargo, quienes sostienen que este derecho a la salud está limitado a los servicios de protección de la salud en contra de los efectos deletéreos del medio-ambiente y de promoción de la salud a través de servicios preventivos personales. La consecuencia de este modo de pensar es que el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, como asimismo, la rehabilitación del inválido serían de responsabilidad individual y no formarían parte de los servicios organizados por el Estado para garantizar el derecho a la salud. Las instituciones de seguridad social, aceptando su función de organismos financieros para ayudar al individuo a solventar los gastos de la enfermedad, han reconocido el “derecho a la prestación médica”. Este derecho a la prestación no es universal como el derecho a la salud, sino que es un derecho limitado por ciertos requisitos que deben cumplir las personas para hacer uso de él. Estos requisitos son en general de carácter económico-financiero y se refieren a estar en posesión de un empleo, a su contribución a un fondo común de seguro de enfermedad y a estar al día en el pago de sus cotizaciones. Todas estas restricciones del derecho a

la prestación constituyen barreras financieras, características de los seguros comerciales y de las cuales el Seguro Social aún no se ha logrado desprender. El concepto actual de seguridad social es universalista y sus beneficios no pueden ser discriminatorios, ya que ella aspira a transformar en realidad aquella promesa hecha por Roosevelt y Churchill en la Carta del Atlántico, que una vez terminada la II Guerra Mundial, los ciudadanos de todos los países, sin discriminaciones, tendrían el derecho a vivir libres del temor a la miseria.

No se podría desconocer, sin embargo, que el derecho a la salud en su forma ideal tiene una aplicación práctica muy limitada. La escasez de recursos humanos y materiales constituyen una barrera insalvable para satisfacer la demanda y necesidades de servicios de salud. La dispersión de la población y los malos medios de comunicación, especialmente en las zonas rurales, son causas de que los servicios no sean accesibles a grandes grupos de la comunidad. La legislación discriminatoria, finalmente, deja al margen de los servicios médicos esenciales a grandes grupos que no pueden pagar el alto precio de los servicios médicos. Lo que en muchos sitios resulta más sorprendente es que existe capacidad instalada ociosa al mismo tiempo que hay comunidades que no tienen acceso a los servicios, porque su capacidad financiera no les permite pagar su precio o porque las leyes vigentes los han dejado al margen de las prestaciones de la seguridad social.

Todas estas consideraciones hicieron declarar a los Ministros de Salud de las Américas en su Reunión Especial en Buenos Aires, lo siguiente:

“Estamos conscientes, sin embargo, que todavía existen millones de seres humanos en las Américas que esperan los beneficios que derivan del cumplimiento de los planos de salud y las metas propuestas. Les reconocemos el mismo derecho por su sola condición de miembros de nuestros países, cualesquiera que sean su origen, sus ideas, sus creencias y sus aspiraciones. No se puede ya desconocer que la salud es un derecho y no un privilegio, lo cual ha ido adquiriendo progresiva realidad en la multiplicación y perfeccionamiento de los servicios asistenciales y sanitarios y, desde luego, con el considerable crecimiento de la demanda de atención médica en los servicios de medicina pública, urbana y rural”.

Es indispensable, a nuestro juicio, que el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social adquieran su proyección universal que

ha sido repetidamente reconocida en diversos instrumentos internacionales, pero que sólo por excepción tiene una expresión práctica en su proyección comunitaria. Los programas nacionales de salud son necesariamente universales en cuanto son dirigidos a la totalidad de la comunidad e integrales en cuanto recomiendan actividades de medicina preventiva y curativa. Sólo podrán tener un impacto efectivo sobre el mejoramiento de las condiciones de salud de la comunidad cuando puedan hacer uso de todos los recursos humanos, materiales y financieros disponibles y ser puestos a la disposición de toda la comunidad sin discriminaciones, ni restricciones de ninguna especie.

1.2 *Cobertura universal*

Consecuencia directa de la aplicación integral del derecho a la salud es la cobertura universal de la población sometida al riesgo de enfermar y morir. Si pensamos que la población económicamente activa de América Latina está ya de por sí reducida, como consecuencia de la falta de desarrollo industrial de nuestro continente, y si a esto se agrega que se trata de poblaciones jóvenes con proporciones muy altas de niños y adolescentes y por lo tanto que no están incorporados a la actividad del trabajo. Además, si pensamos que la ausencia de medidas de seguridad y de higiene en el trabajo determina la existencia de numerosos casos de invalidez prematura, y si recordamos que hay importantes grupos de trabajadores como los campesinos y el de servicios domésticos que no están cubiertos por los beneficios de la seguridad social, así como también el núcleo familiar del trabajador que, con frecuencia, esta marginado de estos beneficios, el resultado final de todas estas condiciones negativas es que sólo una proporción mínima de las poblaciones de América Latina están cubiertas por las prestaciones de la seguridad social. En una tabulación de datos recogidos por la Oficina de Población y Estadísticas Vitales de las Naciones Unidas y por el Programa de Seguridad Social del Departamento de Asuntos Sociales de la Unión Panamericana, en 10 países seleccionados de América Latina, se puede ver que en promedio de 11.05% de la población de esos países tiene derecho a atención médica costead por el seguro social dentro de un rango que va del 1.91% en un país a 33.97% en otro. (Ver cuadro No. 1).

Cuadro No. 1

NUMERO DE PERSONAS CON DERECHO A SERVICIOS MEDICOS
DEL SEGURO SOCIAL EN ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA

País	Población estimada al 1º julio***	Asegurados con derecho a atención médica**			Cobertura población %	
		Año	Cotizantes	Familiares dependientes*		Total
Bolivia	3,748.000	1966	189.511	238.630	428.141	11.42
Colombia	17,462.000	1964	473.467	180.303	653.770	3.74
Costa Rica	1,486.000	1966	133.885	370.888	504.773	33.97
El Salvador	3,037.000	1966	68.506	22.607	91.113	3.00
Honduras	2,363.000	1966	27.612	17.552	45.164	1.91
México	42,689.000	1965	2,477.363	5,287.672	7,765.035	18.19
Nicaragua	1,715.000	1966	65.648	37.285	102.933	6.00
Panamá	1,287.000	1966	109.676	58.639	168.315	13.08
Paraguay	2,094.000	1966	56.612	66.508	123.120	5.88
Venezuela	8,921.000	1966	439.335	933.957	1,373.292	15.39

Mientras las instituciones de seguridad social no modifiquen este concepto tradicional de cobertura que limita su campo de acción no habrá posibilidad alguna de que los gastos ingentes en que incurren para dar prestaciones médicas a una minoría, se traduzcan en mejoramiento efectivo de las condiciones de salud de la comunidad en su conjunto.

Los programas nacionales de salud sostenidos y administrados por los Ministerios de Salud ofrecen en cambio por regla general una cobertura universal de la población. La escasez de recursos humanos y financieros de que habitualmente adolecen, limitan gravemente sus posibilidades de expansión y con frecuencia sus buenos propósitos universalistas, se ven invalidados por la falta de recursos y constantemente su acción es mutilada por falta de medios de comunicación que le impiden llegar hasta ciertos grupos de la comunidad.

*Para la prestación de atención médica, el concepto de "familiar dependiente" varía según los países. Puede o no incluir a la esposa o compañera del asegurado en casos de enfermedad y maternidad o de maternidad únicamente; en cuanto a los hijos, cuando están incluidos, la edad hasta la cual reciben atención médica también. Asimismo, en algunos países los servicios médicos se prestan sólo en determinadas áreas.

**Preparado por el Programa de Seguridad Social, Departamento de Asuntos Sociales Unión Panamericana, Washington, D.C., Mayo de 1968. Fuentes: Informes Estadísticos y Memorias Anuales de los Institutos de Seguridad Social.

***Fuentes: Naciones Unidas, Demographic Yearbook, 1966; Naciones Unidas, Population and Vital Statistics Reports, Statistical Papers, Serie A, Vol. XIX, No. 4, Octubre 1967.

1.3 *Seguro de salud y seguro de enfermedad.*

Junto con la evolución que ha traído consigo la transformación del antiguo seguro social en las modernas instituciones de seguridad social, también ha evolucionado el concepto de protección, en el sentido de que el seguro de enfermedad se ha transformado en un seguro de salud. Lo que a la comunidad le interesa y por consiguiente es responsabilidad de la seguridad social, es mantener a los individuos en un alto grado de bienestar físico, mental y social, a través de programas dirigidos a la protección, el fomento y la recuperación de la salud. Con objeto de que cada individuo represente un factor positivo de producción y constituya un elemento de la población económicamente activa, no basta, como dice la definición de salud de la OMS, con asegurar la ausencia de enfermedades, sino que es necesario además, contribuir al desarrollo y mantenimiento de un estado de salud positiva, que permita al individuo su plena realización física e intelectual. La incorporación de la medicina de la seguridad social a los programas nacionales de salud, así concebidos, permitirá alcanzar la meta ideal de que todos los beneficiarios de la seguridad social reciban prestaciones que significan el cuidado de la salud individual tanto en los aspectos preventivos como curativos y rehabilitadores de la medicina.

1.4. *Los Planes Nacionales de Salud.*

La introducción de la planificación de la salud como parte integrante del desarrollo económico y social de la América Latina, ha traído consigo un movimiento irrefrenable hacia la coordinación e integración de actividades con objeto de obtener mayor productividad de los recursos humanos y mejor utilización de la capacidad instalada a fin de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de las prestaciones, satisfaciendo así, la demanda de servicios.

Ha sido principalmente la aplicación de los principios de la economía de la salud la que ha impulsado a los países hacia la coordinación de actividades.

En efecto, el bajo rendimiento de los recursos actualmente disponibles y la duplicación de funciones por instituciones públicas que entran en competencia entre sí por el uso de estos recursos, traen como consecuencia, baja productividad y mala utilización que inevitablemente repercute en el costo mayor de las prestaciones. La aplicación a la empresa de salud de los mismos principios económicos

aplicables a las empresas industriales ha traído consigo la necesidad de coordinación. Servan-Schreiber, el famoso autor del libro "El Desafío Americano", citando un llamado hecho por los industriales europeos para impulsar un programa espacial europeo, reproduce la siguiente frase: "El esfuerzo financiero que se requiere para alcanzar grandes realizaciones sólo puede aceptarse si una coordinación completa elimina las lagunas y las repeticiones". Lo mismo podría ser aplicado a la empresa de salud en que están empeñados los países latinoamericanos, como un medio esencial para la conservación y mantenimiento de su capital humano.

Fuera de las razones estrictamente económicas existen también argumentos de carácter médico que justifican la coordinación de servicios dentro del marco general de la planificación nacional de salud. En efecto, un plan nacional de salud no debe ser diseñado para grupos seleccionados dentro de la población general del país. Un plan nacional está generalmente compuesto de programas, que pueden ser nacionales o locales, y cada programa tiene por objeto poner bajo control los problemas más prevalentes de la salud nacional o local. Estos problemas afectan por igual a todos los miembros de la comunidad sin distinciones entre asegurados y no asegurados. El éxito de un programa de salud se ve frecuentemente interferido por la estratificación de la comunidad en distintos sectores que tienen derecho a diferentes prestaciones. No sólo los programas dirigidos al control de enfermedades transmisibles son perjudicados por la existencia de grupos afectos a diferentes regímenes de proyección médico-social. También los programas de educación sanitaria y alimentaria y los programas de control de enfermedades crónicas sufren serios impedimentos al ser llevados al cabo en comunidades compuestas por diversos grupos sociales, de los cuales no todos están cubiertos por los programas nacionales de salud.

2. COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.—

Frente a las circunstancias descritas en los párrafos precedentes, la OPS, trabajando de común acuerdo con la OEA, ha buscado una fórmula de transacción, que sin lesionar los intereses institucionales, permita alcanzar una más amplia cobertura de la población y una mejor utilización de los recursos echando así las bases para una planificación nacional de la salud, una ejecución descentralizada de los programas a través de un sistema de administración regional y promoviendo la integración de las actividades técnicas a nivel local, donde

se otorgan las prestaciones para proteger, fomentar y recuperar la salud de los miembros de la comunidad.

El objetivo final que se persigue es una integración total técnica, administrativa y financiera de los servicios organizados por el Estado para satisfacer las necesidades de salud de la comunidad. Sin embargo, tomando en consideración que este ideal integracionista sólo puede ser puesto en práctica a través de cambios jurídicos y estructurales que requieren un largo período de preparación y de maduración y cuya aplicación definitiva debe vencer los obstáculos derivados de los intereses legítimos de las instituciones se ha buscado como fórmula de compromisos, la aplicación de un sistema de coordinación progresiva que vaya preparando el terreno para una integración futura. Para que esta coordinación tenga éxito debe constituir una actitud mental permanente de todos los que participen en el proceso de planificación, administración y prestación de servicios en los niveles central, intermedio y local de la administración de salud.

2.1. *Coordinación en la definición de una política.*—

Es absolutamente indispensable que a nivel central institucional, donde se formula la política de salud, se diseñan los planes y programas nacionales de salud y se establecen las normas técnicas y administrativas para los servicios, debe existir una coordinación de iniciativas y de métodos que se proyecte hacia los niveles más bajos de la administración de servicios de salud. Es imposible tratar de coordinar los programas a nivel local, si no existe coordinación a nivel central. Por lo menos 10 países de la América Latina han puesto en vigor en los últimos años programas de coordinación de servicios de salud y de atención médica que, en principio, están basados en una planificación común, financiamiento multilateral y administración descentralizada.

La función coordinadora ha sido generalmente confiada a una Comisión de Coordinación compuesta por los más altos ejecutivos de los Ministerios de Salud, las Instituciones de Seguridad Social y de otras instituciones que mantienen servicios médicos, especialmente las Facultades de Medicina y a veces también con la representación del gremio médico y de otros grupos profesionales interesados. Las atribuciones de estas Comisiones son las de hacer recomendaciones a las instituciones participantes sobre calidad, cuantía y distribución de las prestaciones de salud, como asimismo el establecimiento de normas para promover la integración de las actividades preventivas y curativas y la coordinación

administrativa de los servicios a través de un sistema regional descentralizado. Algunos países han complementado el instrumento coordinador por medio de la creación de subcomisiones o Comités especializados destinados a estudiar en profundidad determinados problemas específicos, asesorando en esta forma a la Comisión de Coordinación Central.

Estos programas de coordinación a nivel nacional establecen una articulación institucional del sector salud, que es altamente recomendable y hasta diríamos indispensable para que el sistema funcione en ámbito nacional. Sin embargo, no debe olvidarse que lo realmente importante para alcanzar el objetivo deseado es, que esta coordinación de las autoridades centrales se proyecte hacia los niveles intermedio y local que es donde se ejecutan los programas de salud y donde se conceden las prestaciones para satisfacer las aspiraciones de la comunidad. Aún cuando es muy satisfactorio comprobar que en el curso de los últimos dos o tres años, diez países de América Latina han iniciado programas de coordinación institucional, la verdad es que en la práctica estos programas rara vez han logrado penetrar hasta los niveles ejecutivos locales y en la mayor parte de los países han quedado limitados a una coordinación bastante flexible de los planes de inversiones y de algunos programas específicos para el control, especialmente de enfermedades transmisibles.

2.2. *La función directiva del Ministerio de Salud.*—

Las Comisiones Nacionales Coordinadoras habitualmente dependen del Ministerio de Salud, dependencia que está justificada por el hecho que ese Ministerio por disposiciones legales o constitucionales es el organismo director y coordinador de las actividades de salud en el país correspondiente.

Para que los Ministerios de Salud puedan cumplir esta función rectora en la planificación de la salud en forma adecuada, es indispensable reforzar sus estructuras técnico-administrativas y dotarlas de los instrumentos necesarios para ejercitar su autoridad directiva en forma satisfactoria.

El Ministerio de Salud es el único organismo que puede tener las atribuciones constitucionales para coordinar a todas las instituciones del sector público y para ejercer vigilancia sobre las instituciones del sector privado que presten servicios de salud. Es, en consecuencia, necesario darle la estructura adecuada para que pueda cumplir esta

administrativa de los servicios a través de un sistema regional descentralizado. Algunos países han complementado el instrumento coordinador por medio de la creación de subcomisiones o Comités especializados destinados a estudiar en profundidad determinados problemas específicos, asesorando en esta forma a la Comisión de Coordinación Central.

Estos programas de coordinación a nivel nacional establecen una articulación institucional del sector salud, que es altamente recomendable y hasta diríamos indispensable para que el sistema funcione en ámbito nacional. Sin embargo, no debe olvidarse que lo realmente importante para alcanzar el objetivo deseado es, que esta coordinación de las autoridades centrales se proyecte hacia los niveles intermedio y local que es donde se ejecutan los programas de salud y donde se conceden las prestaciones para satisfacer las aspiraciones de la comunidad. Aún cuando es muy satisfactorio comprobar que en el curso de los últimos dos o tres años, diez países de América Latina han iniciado programas de coordinación institucional, la verdad es que en la práctica estos programas rara vez han logrado penetrar hasta los niveles ejecutivos locales y en la mayor parte de los países han quedado limitados a una coordinación bastante flexible de los planes de inversiones y de algunos programas específicos para el control, especialmente de enfermedades transmisibles.

2.2. *La función directiva del Ministerio de Salud.*—

Las Comisiones Nacionales Coordinadoras habitualmente dependen del Ministerio de Salud, dependencia que está justificada por el hecho que ese Ministerio por disposiciones legales o constitucionales es el organismo director y coordinador de las actividades de salud en el país correspondiente.

Para que los Ministerios de Salud puedan cumplir esta función rectora en la planificación de la salud en forma adecuada, es indispensable reforzar sus estructuras técnico-administrativas y dotarlas de los instrumentos necesarios para ejercitar su autoridad directiva en forma satisfactoria.

El Ministerio de Salud es el único organismo que puede tener las atribuciones constitucionales para coordinar a todas las instituciones del sector público y para ejercer vigilancia sobre las instituciones del sector privado que presten servicios de salud. Es, en consecuencia, necesario darle la estructura adecuada para que pueda cumplir esta

función coordinadora gozando de la confianza y del respeto tanto de las otras instituciones participantes en el sistema de coordinación, como de los miembros de la comunidad que en el último término van a ser los beneficiarios de los servicios de salud.

2.3. *Coordinación en la administración de servicios.*—

En el nivel intermedio, donde se consolidan los programas nacionales de salud para su ejecución local, el concepto de regionalización tiene su aplicación más efectiva en la forma de una coordinación de todos los establecimientos de la región para alcanzar una mejor utilización de los recursos disponibles, evitando duplicaciones y permitiendo que la población tenga acceso a los servicios sin discriminaciones artificiales.

La regionalización adopta diversas formas según los países. En algunos, constituye simplemente una coordinación financiera dirigida en especial a la adquisición de equipos y suministros. En otros, tiene por objeto principal la mejor utilización de los recursos para intensificar en profundidad el control de ciertos grupos de enfermedades tales como cardiovasculares, tumores, tuberculosis, etc. Finalmente, en muchos, la regionalización está reducida al sistema hospitalario y de atención médica independiente de los servicios de salud pública, que siguen manteniendo una organización altamente centralizada.

La regionalización propuesta por la OPS es una en la cual todos los recursos de salud de la región se coordinan bajo un comando técnico-administrativo único, a fin de evitar repeticiones y duplicaciones en la ejecución de los programas de salud. Los recursos de alta especialización se concentran en un hospital base regional y las prestaciones de salud más corrientes se descentralizan a través de una red de servicios periféricos de tal manera de acercarlas al domicilio de los usuarios y poner a disposición de toda la comunidad los beneficios de los servicios centrales a través de un doble flujo de personal, pacientes y equipos entre los distintos establecimientos del sistema regional.

Una organización de esta especie exige alto grado de delegación de autoridad y exige, especialmente, la designación de un director regional común, quien es la autoridad máxima de salud regional y que debe contar con atribución delegada de todas las autoridades pactantes y que poseen servicios en la región correspondiente. Este mecanismo administrativo es absolutamente indispensable para que los programas nacionales de salud puedan ejecutarse a nivel local en forma integral.

2.4. *Coordinación e integración en el otorgamiento de las prestaciones.*

En los organismos locales de salud, así sean centros de salud urbanos o rurales u hospitales locales con menos de 50 camas, debe existir no sólo coordinación, sino verdadera integración de actividades preventivas y curativas. Si bien es necesario reconocer que la integración resulta difícil de implementar en los grandes hospitales generales del sector urbano, no es menos cierto que ella constituye un elemento esencial en el otorgamiento de las prestaciones de salud en los servicios periféricos.

Los grandes hospitales generales urbanos, así como los centros médicos universitarios y los institutos nacionales de salud, representan estructuras de gran complejidad y en la que se reconocen elementos de la más alta especialización. Es, en consecuencia, muy difícil que todos y cada uno de los servicios dependientes de estos organismos centrales tengan una estructura intrínseca de carácter integral. Es, sin embargo, necesario que cada uno de ellos forme parte de un sistema nacional que en su conjunto debe ser integral aún cuando cada uno de sus elementos especializados puede conservar sus características específicas, justamente para alcanzar mayor eficiencia en su acción en profundidad en el estudio y solución de problemas especializados.

A medida que se desciende a los niveles intermedio y local de la estructura administrativa de salud, la especialización se va haciendo cada vez menos aparente y por el contrario, la integración de actividades preventivas y curativas va adquiriendo mayor importancia. Es así, como al llegar a los servicios locales de salud más simples y elementales, la integración preventivo-curativa debe ser total y es a este nivel local donde los programas nacionales de salud se ejecutan y donde se produce la relación del médico con su paciente en una fusión admirable de ideales comunitarios y de objetivos médico-sociales. La integración es uno de los principios éticos fundamentales de la profesión médica que se ha venido practicando en forma natural y espontánea a través de los años desde Hipócrates y Esculapio hasta nuestros días. Teniendo presente estos principios doctrinarios, la primera Reunión de Ministros de Salud, celebrada en Washington en 1963, declaró que "la doctrina de la integración no admite separación entre prevención y curación, ya que existe una dependencia mutua entre la medicina individual y la medicina colectiva".

La verdad es, sin embargo, que son muy pocos los sitios en los que estos conceptos de integración se aplican en forma cabal. Parecería

ser que la tradición institucional separatista y la formación profesional preferentemente dirigida a la medicina clínica individual, han creado en los médicos una actitud mental que no es susceptible de fácil corrección. Felizmente, ya están en marcha en la mayoría de las Escuelas de Medicina del continente, programas de modificación de los planes de estudio en el sentido de unificar la enseñanza de la medicina preventiva con la de la medicina clínica. Nos asiste la esperanza de que las nuevas generaciones de médicos salgan al ejercicio profesional con un punto de vista integral que podrá ser reforzado si las instituciones llegan a ponerse de acuerdo para llevar a la práctica programas efectivos de coordinación institucional, de regionalización de servicios y de integración de funciones a nivel local. Es probable que en esta forma, a la larga, se obtenga una aplicación más completa de los conceptos de integración de las prestaciones de salud, los que hasta el momento no han tenido una expansión ponderable en el ámbito continental.

3. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.—

En la práctica se ha podido comprobar que aun en aquellos países en que se supone que se ha producido la integración administrativa total de los servicios encargados de dar prestaciones de salud, siempre quedan algunos servicios del sector público (especialmente los de las Fuerzas Armadas) que no son susceptibles de integración total y, sobre todo, persisten todos los servicios del sector privado que tampoco se pueden incorporar a los servicios integrados y que con frecuencia en algunos países son responsables por una proporción muy importante de las prestaciones de salud otorgadas a la comunidad.

En vista de lo anterior, existe la tendencia hoy en día a organizar por encima y más allá de los servicios de salud lo que se ha dado en llamar el sistema nacional de salud, bajo el cual se incorporan todos los servicios del sector público y privado, sin perder su economía administrativa y financiera, pero sometiéndose a aceptar reglas de coordinación que permitan a través de una mejor utilización y evitando las duplicaciones de extender la cobertura de la población en forma tan amplia como sea posible.

En estos sistemas nacionales de salud se reserva la función normativa y supervisora a los Ministerios de Salud y, en consecuencia, es de especial importancia reforzar las estructuras técnicas de éstos Ministerios tal como se ha indicado en el capítulo correspondiente. Esto es

especialmente importante, porque estos "sistemas" tienen marcada tendencia a dar una participación preponderante a las instituciones privadas y a la profesión médica organizada en la prestación de los servicios, cuya administración a nivel local queda habitualmente entregada a organismos comunitarios, descentralizados y semiautárquicos, sobre los cuales la autoridad gubernativa central podrá ejercer fiscalización, siempre que disponga de los medios adecuados y goce del prestigio necesario para que esta fiscalización sea efectiva.

El aspecto atrayente de estos sistemas nacionales de salud, es el de que ellos dan la flexibilidad necesaria para que participen en organismos públicos de administración descentralizada como las instituciones de seguridad social y las universidades junto con el sector público fiscal y con las instituciones de beneficencia del sector privado, en un gran consorcio de intereses comunes para satisfacer las aspiraciones de la comunidad. De acuerdo con la tradición histórica y con el sistema jurídico y administrativo imperante, cada país podrá dentro del Sistema Nacional de Salud dar el énfasis correspondiente a los distintos aspectos de un programa nacional de salud. La realización de estudios de antropología cultural y de psicología social, podrá, por otra parte, analizar en su intimidad las relaciones entre médico y su paciente y las reacciones colectivas frente a los sistemas de protección social. El análisis ponderado de estos elementos puede crear una maquinaria eficiente que los países pueden manejar de acuerdo con sus características nacionales, a fin de organizar las prestaciones de salud en forma de que ofrezcan cobertura a un sector de la población tan amplio como sea posible y que se otorgue prestaciones de carácter preventivo y curativo a toda la comunidad.

Nos referiremos a continuación brevemente a algunos aspectos que deben ser tomados en consideración al diseñar un sistema nacional de salud.

3.1. *Uniformidad de las estadísticas de salud.*—

Un elemento de base que facilita el adecuado funcionamiento de la infraestructura de un Sistema Nacional de Salud es el uso de una nomenclatura uniforme y de estadísticas vitales, hospitalarias y demográficas que cumplan con iguales requisitos y se sometan a definiciones y metodología común en la captación y análisis de los datos.

3.2. *Mejoramiento de la calidad de las prestaciones.*—

Uno de los principales obstáculos para alcanzar una coordinación efectiva en la ejecución de los programas Nacionales de Salud es la diferente calidad de las prestaciones otorgadas por distintas instituciones. Corrientemente, el usuario de los servicios que otorgan mejor calidad de prestaciones se niega a que su servicio sea coordinado con otros que otorgan inferior calidad de servicios. Sólo el mejoramiento de la calidad de estos últimos y su elevación a nivel de los mejores, permitirá que todos sean igualmente recomendables y aceptables para todos los miembros de la comunidad y que se eliminen las protestas en algunos casos muy justificadas contra la deficiente calidad de las prestaciones.

3.3. *Mejoramiento de la administración.*—

La aplicación de principios modernos de organización y métodos administrativos especialmente en la gestión hospitalaria traerán consigo una mejor eficiencia de estos servicios y sobre todo una mayor rapidez en la concesión de los beneficios, todo lo cual trae prestigio a los servicios frente a los usuarios y al mismo tiempo ofrece la posibilidad de comparar métodos administrativos y costos de los servicios para poder evaluar su rendimiento y programar el desarrollo futuro.

3.4. *Condiciones de trabajo satisfactorias.*—

La modernización y expansión de edificios, la buena dotación de equipos y material de trabajo y las remuneraciones adecuadas del personal, son elementos que no se pueden perder de vista en la organización de un Sistema Nacional de Salud. Especialmente, es importante que exista uniformidad de salarios en función de responsabilidades, de tal manera de evitar comparaciones que a veces resultan deprimentes para los miembros del personal que están subestimados en el reconocimiento de sus méritos.

3.5. *Financiamiento multilateral.*—

Es un hecho conocido que la elevación de los costos de la atención médica en el curso de los últimos años y muy en especial el alza del costo del día-cama hospitalaria, son obstáculos casi insalvables para el progreso y extensión de los servicios médico-sociales. Ninguna institución,

en forma aislada, es capaz de financiar servicios de alta calidad para toda la población. Ni los Ministerios de Salud, ni las Instituciones de Seguridad Social, ni los Organismos de Beneficencia, ni la iniciativa privada, han demostrado en ningún país, capacidad para financiar la totalidad de los gastos de salud. Parece en consecuencia lo lógico, buscar un financiamiento multilateral en el que cada uno de los mecanismos mencionados y de otros que omitiremos en homenaje a la brevedad, contribuyan con sus recursos financieros al mantenimiento del Sistema Nacional de Salud en el que la planificación, la administración y la prestación de servicios de salud integral estén dirigidos con un solo criterio médico-social, se vayan desarrollando progresivamente nuevos servicios para ir satisfaciendo la demanda y lleguen en algún momento, a dar la cobertura universal que es el ideal a largo plazo.

Sería evidentemente utópico pensar que todos los países pudieran establecer sistemas nacionales de salud de inmediato. Ni sus recursos humanos ni sus recursos financieros se lo permitirían. Lo que nos parece importante, es que las autoridades responsables de la planificación económica y social y especialmente de la planificación de la salud y de la seguridad social tengan claro en sus mentes que es necesario establecer un plan progresivo de desarrollo, que tendrá como meta final la organización de un sistema nacional de salud, que ofrezca cobertura universal, que otorgue prestaciones integradas de medicina preventiva y curativa sin barreras financieras a toda la comunidad y que procure obtener el más alto grado de salud para todos los habitantes sin discriminaciones. Probablemente, nuestra generación no verá cumplida esta meta en su integridad, pero es importante que se vayan dando los pasos necesarios para que en las próximas generaciones se pueda alcanzar el ideal de una medicina social ejecutada a través de programas nacionales integrados de salud.