

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XIX

EPOCA III

Núm. 66

NOVIEMBRE-DICIEMBRE

1970

MEXICO, D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
GENERALES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	9
PONENCIAS OFICIALES	15
“LA ENSEÑANZA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS UNIVERSIDADES” Ponencia Oficial de la Asociación Internacional de la Seguridad Social Dr. Ricardo R. Moles	17
“FORMACION DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LAS NECESIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL” Ponencia Oficial de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina Dr. José Félix Patiño Dr. Luis Manuel Manzanilla	41
“SEGURIDAD SOCIAL Y EDUCACION MEDICA” “Participación de los Recursos Humanos y Materiales de la Seguridad Social en los Programas Docentes para la Salud” Ponencia Oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social Dr. Gastón Novelo	51
“PARTICIPACION CONJUNTA DE LAS FACULTADES DE MEDICINA E INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA PLANIFICACION PARA LA SALUD” Ponencia Oficial de la Comisión Regional Americana Médico Social (AISS-CISS) Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa	103
“EDUCACION SOCIAL Y SANITARIA DE LA POBLACION EN LA PLANEACION Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD” Ponencia Oficial de la Oficina Sanitaria Panamericana Dr. Nilo Vallejo	139
SEMINARIOS:	
“FUNCION SOCIAL DE LA REHABILITACION COMO FACTOR DE LA PRODUCTIVIDAD” Ponencia Oficial de la Organización Internacional del Trabajo Srita. Hilary Schlesinger	151
“SEGURIDAD SOCIAL Y TENDENCIAS DEMOGRAFICAS EN AMERICA LATINA” Ponencia Oficial del Departamento de Asuntos Sociales de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos Act. Hernando Pérez Montaz	183
“IMPORTANCIA SOCIAL DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACION MEDICA EN LAS INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL” Ponencia Oficial de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social Dr. José María Segovia de Arano	207
RELATO FINAL	
Dr. Rafael González Pacheco Relator General del Congreso	219

**SEGUNDO CONGRESO AMERICANO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

BOGOTA, COLOMBIA

21-27 de junio de 1970

PONENCIAS OFICIALES

PARTICIPACION CONJUNTA DE LAS FACULTADES DE MEDICINA E INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA PLANIFICACION PARA LA SALUD

*Ponencia Oficial de la Comisión Regional
Americana Médico Social (AISS-CISS)*

DR. LUIS CARLOS OCHOA OCHOA

INTRODUCCION

Por honroso encargo de la "Comisión Regional Americana Médico Social", entidad a la cual agradezco en forma sincera esta distinción, me corresponde presentar el tema "Participación Conjunta de las Facultades de Medicina e Instituciones de Seguridad Social en la Planificación para la salud".

La planificación, entendida como un método para definir las actividades a realizar si se quieren alcanzar determinados objetivos, ha existido siempre, pero en los últimos tiempos se ha hecho más científica y se le ha dado mayor importancia, dada la necesidad de racionalizar al máximo el uso de los recursos y atender en la mejor forma a las crecientes aspiraciones de la comunidad.

Su aplicación implica la existencia de conceptos filosóficos y el conocimiento de la situación existente para definir propósitos y políticas específicas que puedan verse en planes y programas con metas y objetivos, los cuales deben ser cuantificables, para permitir su evaluación y reajuste en un proceso continuo de perfeccionamiento sucesivo.

Este es el esquema general que seguiremos en nuestra presentación, aplicándolo básicamente a los países de América Latina, por la mayor información disponible y los rasgos similares a muchos de ellos.

CAPITULO I

BASES FILOSOFICAS

La aspiración máxima del ser humano es satisfacer todas sus aspiraciones y necesidades y tener la seguridad de poderlo hacer en el

futuro. En esto consiste el *bienestar*. Pero este concepto dinámico e idealista, en la práctica es casi imposible de lograr, porque a medida que se satisfacen unas necesidades aparecen otras, de acuerdo con el grado de desarrollo alcanzado por las personas, las instituciones y los países.

El bienestar, como algo complejo y abstracto que es, se mide en forma indirecta a través de los componentes del *nivel de vida*, de los cuales se reconocen internacionalmente: *salud*, educación, consumo de alimentos y nutrición, empleo, *seguridad social*, vivienda, vestuario, recreación y ejercicio de los derechos humanos. Para el logro de este bienestar, es prácticamente indispensable que haya desarrollo, entendido éste como el “conjunto coherente de cambios de las estructuras mentales, sociales, económicas, culturales y políticas que permiten que una comunidad pueda, de una parte, aumentar en forma auto-sostenida y durable su producto real global, y de otra, definir el tipo de sociedad a la que aspira llegar. Para ello se debe escoger con claridad en el contexto de las limitaciones existentes, las prioridades y los medios indispensables para que sus hombres sean más, valgan más, tengan más, pertenezcan y participen más tanto en la producción como en los beneficios de actividad económica, política y social”.⁽¹⁾

Dos componentes importantes del bienestar y que interesan especialmente para esta exposición son la salud y la seguridad social.

La salud, como uno de los derechos inalienables de todo ser humano, es un *fin* en sí misma y un componente del bienestar. Como factor que aumenta la productividad de la fuerza de trabajo es un *medio* para el desarrollo. Su medición se hace todavía hoy en términos negativos, a través de indicadores de morbilidad, mortalidad e incapacidad, por carecer de elementos que nos permitan cuantificarla en forma positiva.⁽⁴⁾

Derecho a la Salud:

El cuidado de la salud constituye un derecho de todos los ciudadanos. Esta doctrina está claramente definida en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, cuando dice en su preámbulo: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Más recientemente, la Asociación Médica Mundial en su Primera Asamblea Regional Latinoamericana celebrada en Santiago de Chile

en abril de 1965 dice: "Que la salud es un derecho y por lo tanto, la medicina debe ser universal, oportuna y suficiente, continua a lo largo de la vida en las alternativas de salud y enfermedad: integral incluyendo fomento, prevención y recuperación de la salud con sentido ampliamente comunitario".

La asistencia social y los seguros sociales han sido utilizados como mecanismo para proteger la salud de las gentes a través de la atención médica.

La asistencia social, entendida como sistema organizado por el Estado para la protección de los grupos de personas incapaces económicamente de cotizar, ha cumplido una función importante; aunque financiada por impuestos directos o indirectos, tiene un carácter de dádiva o limosna, que ha venido desapareciendo. El sistema como tal debe dar paso a otros de mayor contenido social.

Los *Seguros Sociales* como sistemas parciales de seguridad social, organizados por el Estado y financiados por éste y los beneficiarios, miran más al individuo que a la sociedad y nacieron más a impulsos de la política que del humanitarismo. Tratan de proteger a los trabajadores y a sus dependientes por medio de prestaciones en dinero o en especie, cuando por razón de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte han perdido en forma transitoria o permanente su capacidad de ganar y sus medios de subsistencia. Pero en ellos ha predominado como propósito el cuidado de la salud y como objetivos iniciales, atender las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo. El Seguro Social de tipo clasista para trabajador con empleo permanente, no es la solución para los problemas sociales de América Latina. Es necesario dar un paso más. (7)

"La meta de todo seguro social es la de universalizarse; sin embargo, esta universalización no será posible mientras no se cambie el sistema que se tiene establecido y puedan asegurarse también quienes no tienen un empleo permanente". (7)

La *Seguridad Social* es un mecanismo de política económica y social para canalizar recursos hacia los programas de bienestar social y un sistema de protección de los riesgos de la comunidad y de los individuos, organizado por el Estado y financiado por el Estado mismo para elevar los niveles de vida de la comunidad con una protección efectiva del individuo y la familia. El concepto actual de seguridad social es universalista, sus beneficios no pueden ser discrimi-

natorios ni sus programas independientes de los demás sectores sociales.

Se admite que el verdadero fundamento de la seguridad social, radica en el sentimiento de solidaridad entre los hombres.

La Seguridad Social es uno de los pasos más significativos, de progreso social en el presente siglo. Los principios en que se fundamenta entre otros, pueden ser esquematizados, de acuerdo con Díaz y Medina en:

- 1.—Respeto y consideración a la dignidad del hombre (principio griego)
- 2.—Igualdad de todos los seres humanos (principio católico)
- 3.—Obligación por parte del Estado del bienestar social de todos los ciudadanos
- 4.—Todos los ciudadanos en período de actividad física y mental, deben participar en el financiamiento de la seguridad social.
- 5.—Los beneficios de la seguridad social deben tener carácter universal, es decir, deben cubrir a todos los ciudadanos sin distinción de clases, condiciones económicas, políticas o religiosas.
- 6.—La participación económica en el financiamiento de la seguridad social por parte de los ciudadanos, debe establecerse en tal forma que las personas de mayor posibilidad y menor necesidad aporten mayor contribución: y aquellos individuos que tienen mayores necesidades y que también son los de menores posibilidades, reciban la mayor percepción.

De acuerdo con Díaz y Medina ⁽³⁾ la gestión de la Seguridad Social en la primera parte, está representada por el conjunto de medidas previsivas o preventivas, dirigidas por el Estado, mediante las cuales sea factible el garantizar a todos los individuos los medios económicos mínimos y las facilidades respectivas, para el logro de las condiciones indispensables para llevar a cabo la vida como ente humano y civilizado.

“La segunda parte fundamental de la seguridad social comprende todas aquellas medidas reparadoras o curativas, es decir, medidas contra los riesgos inherentes a la vida moderna tales como: el desempleo, enfermedad profesional o de otro origen, invalidez parcial o total, vejez y los derivados de la muerte del jefe de familia”. ⁽³⁾

“El campo de acción de la seguridad social es por demás amplio y no debe ser tenido como responsabilidad exclusiva del Gobierno, por el contrario, requiere de la participación dinámica y eficiente de todos los ciudadanos sea cual fuese su posición. Podríamos decir que la seguridad social es la resultante del esfuerzo cooperativo de la ciudadanía, administrada a los fines de su ejecución por parte del Gobierno”.

“Con tal idea se quiere decir que el Gobierno en sí mismo, no puede ni debe tomar una actitud paternalista o complaciente, a los fines del implantamiento y administración de los sistemas de seguridad social. (3)

No cabe pues, ya la definición de seguridad social “como uno de los elementos de la política económico-social de un país, que tiene por objeto restablecer, por medio de prestaciones en dinero y en especie, la capacidad de consumo de los grupos de trabajadores asegurados o afiliados y sus familias, cuando por razón de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte, han perdido en forma transitoria o permanente su capacidad de ganar y sus medios de subsistencia”.

“En el campo internacional, la seguridad social obtuvo su consagración universal en la Declaración de los Derechos del Hombre, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, cuyos artículos 22 y 23 establecen: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”. (3)

“Mientras las instituciones de seguridad social no logren alcanzar niveles útiles de protección médico-social, no habrá esperanza de que los ingentes gastos en que incurren, tengan un impacto apreciable en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población en general”. (17)

Su importancia no debe medirse por el progreso logrado con respecto a un grupo limitado de la población, sino por el conjunto de prestaciones y servicios proporcionados para alcanzar el bienestar general de la comunidad.

“Dentro de la seguridad social la medicina queda colocada con un enfoque hacia metas bien precisas: hacer realmente concordantes

los alcances de la doctrina social con el grado de adelanto de los conocimientos médicos. Si la salud es un derecho, se vuelve indispensable la aplicación real de las mejores posibilidades de la medicina moderna para la prevención de las enfermedades, la curación y rehabilitación de los enfermos, y para conservar y promover la salud de la población. Dentro de la seguridad social, o fuera de ella, es evidente la necesidad de otorgar a la población de un país, elevados niveles de atención médica, no solamente como consecuencia de un imperativo de justicia social, sino en función de impulso al desarrollo económico y al progreso social".⁽¹⁵⁾

La seguridad social amplia que cubre a toda la población que necesita ser protegida, tiene un carácter más justo y más conveniente. Es más pura en cuanto a los fundamentos de la solidaridad humana; dignifica a todos por igual y es más justa en la distribución del aporte económico de toda la colectividad.

Tratándose de seguridad social, la equidad individual de los seguros privados que han adoptado los seguros sociales, deberá sustituirse por una equidad social.

"Dentro de la seguridad social pueden concretarse metas específicas de la medicina, que además de su oportunidad, su calidad y su financiamiento, deben incluir el fomento al progreso científico y técnico, e impulsar la superación individual y colectiva del personal médico y paramédico. No existen, con toda probabilidad, esquemas de organización médica que satisfagan en su integridad el cumplimiento de postulados tan ambiciosos, ni modelos únicos que pudieran ser aplicados en regiones o países con estructuras diferentes en lo cultural, en lo económico, en lo social o en lo político. Existe un punto de concordancia, aceptable aun para los más radicales partidarios de los esquemas de la medicina liberal: la organización institucional de la medicina".⁽¹⁵⁾

La atención médica tiende a poner al alcance de todas las personas los cuidados mínimos que su salud demanda. Además de esta característica de universalidad, debe ser integral, es decir, que incluya todos los componentes del tratamiento preventivo y curativo: oportuna, eficiente, humana y permanente.

La universalidad tiene su fundamento en el concepto ecológico de la salud y la enfermedad: no puede alcanzarse en una comunidad desmembrada.

La eficiencia en el sentido de que sea financiable por las instituciones que la otorgan y los usuarios de los servicios y que haya racionalidad en la administración de los recursos para producir el mayor impacto social.

Ante la imposibilidad de extender toda clase de servicios médicos a las comunidades más apartadas, dado que las mayores causas de enfermedad y muerte requieren sólo atención médica general y no especializada y que se necesita obtener el rendimiento máximo de los recursos, se requieren sistemas de integración y regionalización de los servicios de salud.

La *integración* en su aspecto político supone que la salud es parte del bienestar y componente del desarrollo; en su aspecto institucional, la reunión de los organismos de salud a los diferentes niveles y, en el de servicios, la atención preventivo-asistencial del paciente y de la familia como unidad primaria.

La *regionalización*, es decir, la atención del paciente en primera instancia en el lugar de origen, en los servicios básicos de salud y su remisión a las instituciones regionales o centrales en la medida en que requiera una atención más especializada y compleja, se complementa con intervención de las Facultades de Ciencias de la Salud en educación y asesoría a los niveles regional y local.

“Una política social que ha consagrado los derechos a la salud, a la asistencia médica y a la seguridad social, ha sido el impulso más vigoroso hacia la auténtica y objetiva democratización de la medicina”.⁽¹⁵⁾

CAPITULO II

SITUACION DE SALUD EN AMERICA LATINA

Descripción:

Describir la situación de salud de una región como América Latina, con características ecológicas y de desarrollo tan disímiles, resulta casi imposible, a menos que se utilicen algunos indicadores muy generales que en forma global permitan darse cuenta aproximada de la realidad existente.

a) *Población:*

Los problemas de salud de una comunidad y la demanda de servicios, están en estrecha relación con la población, su crecimiento,

la estructura por edades y la distribución urbano-rural. América Latina con una población de 282 millones para 1970 y un crecimiento de 2.9% por año, tendrá en 1980 aproximadamente 374 millones de habitantes, crecimiento que se hace especialmente a expensas de las ciudades mayores. La estructura por edades muestra cómo el 42% es menor de 15 años en comparación con el 31% para América del Norte y sólo el 5.7% de población tiene más de 60 años. La población rural es más o menos igual a la urbana, pero con una gran tendencia a la urbanización en la mayoría de los países.

b) *Nivel de Salud:*

Aunque los registros estadísticos son todavía deficientes en muchos países y no permiten la confiabilidad y oportunidad deseables, estudiaremos el nivel de salud a través de indicadores de morbilidad y mortalidad, estos últimos indudablemente más veraces en todas partes.

Como consecuencia del escaso desarrollo económico-social hay persistencia de la patología evitable.

La información existente muestra cómo la morbilidad y mortalidad elevadas se deben principalmente a una alta prevalencia de enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias) y a la malnutrición, todas ellas susceptibles de reducción y algunas de erradicación; la morbilidad y mortalidad en la niñez continúa siendo un problema de salud importante en América Latina; "en el grupo de 1 a 4 años la gastroenteritis, tosferina y sarampión, son responsables de un tercio de las defunciones que podrían evitarse y las restantes enfermedades infecciosas junto con la influenza y la neumonía causan más de la cuarta parte". "La mortalidad infantil aunque está decreciendo no lo hace al ritmo requerido para cumplir las metas establecidas en la Carta de Punta del Este". "Las defunciones de niños menores de 5 años constituyen el 44% de todas las muertes en comparación con un 6% de Norte América".

"En Latinoamérica las enfermedades diarreicas, el sarampión y la tosferina, causan un total aproximado de 226,000 defunciones en niños menores de 5 años o sea un 23% de las defunciones de este grupo de edad". "Se estima que 999,000 niños menores de 5 años mueren anualmente en Latinoamérica y de éstos sólo 253,000 fallecerían si en esa región las tasas de mortalidad fueran de la misma magnitud que en los Estados Unidos".⁽¹⁰⁾

e) *Factores condicionantes del nivel de salud:*

Hay numerosos factores ajenos a la medicina que influyen en la pérdida del estado de salud y en la aparición de la enfermedad.

Así la situación descrita obedece a una serie de factores, entre otros, la producción de alimentos, las condiciones de la vivienda, la población activa y el ingreso familiar, además de la seguridad social existente en la región y que merece destacarse especialmente dado el carácter de este Congreso. La población en los últimos años ha venido creciendo a un ritmo más rápido que la “*producción de alimentos*. En 1965 no hubo aumento en la producción total de alimentos con respecto al año 64 y entre 1965 y 1966 disminuyó; hay solamente 5 países que presentan un promedio de calorías superior a los requerimientos recomendados (Uruguay, Argentina, Brasil, Paraguay y México)”. Aunque la producción de alimentos fuera suficiente hay escasez de productos esenciales particularmente proteína animal, lo cual trae como consecuencia un bajo nivel de nutrición; agravando la escasez de alimentos está el bajo poder adquisitivo de la población y el desconocimiento grande del valor nutritivo de los diferentes alimentos por parte de buenos sectores de la población.⁽¹⁰⁾

El problema de la *vivienda* es igualmente grave con deficiencias no solamente desde el punto de vista cuantitativo, sino cualitativo; hay grandes zonas marginadas alrededor de las ciudades con viviendas de calidad muy deficiente, como son las llamadas fabelas, cayampas, villas miseria, tugurios, barriadas, etc.; en la zona rural el problema es igualmente grave”. En 1967 en 18 de 24 países más del 70% de la población urbana tenía fácil acceso al *agua* corriente en sus domicilios o fuentes cercanas. En 10 países más del 70% de la población urbana disponía de agua conectada a sus domicilios”.⁽¹⁰⁾

“De los 110 millones de personas en las zonas urbanas de la América Latina que de acuerdo con la meta de la Carta de Punta del Este debían contar con servicios de *alcantarillado* en 1971, sólo 48 millones reciben ese beneficio y 62 todavía carecen de él”.⁽¹⁰⁾

“En 1950 el 54% de la *fuerza de trabajo* se hallaba en la agricultura; en 1960 el porcentaje era del 48% y el porcentaje estimado para 1970 es el del 44%; para 1970 se estima que la fuerza de trabajo es de un 33%, lo que indica que la población económicamente activa en Latinoamérica tiene a su cargo una gran dependencia, un promedio de dos personas adicionales por cada trabajador.⁽¹⁰⁾ La CEPAL estima que actualmente el 40% de la mano de obra está infraocupa-

da o atiende actividades de menor productividad. Además el 10% de esa mano de obra potencial está sin trabajo.

El *ingreso nacional per-capita* se mantiene bajo en la mayoría de los países de América Latina; el ingreso per-capita fluctúa de unos US\$ 100 de Estados Unidos anuales a US\$ 700 en los países de mayor exportación. En todos ellos la distribución del ingreso es muy desigual; en 1966 para Meso y Suramérica el ingreso per-capita fue de 409 y 344 dólares”. La tasa de crecimiento económico en Latinoamérica fue de 5.0% en 1967 en comparación de 4.3% en el 66 y con un promedio de 4.7% en el período del 61 al 65; en base per-capita la tasa de crecimiento ha sido menor 1.8% por año”.⁽¹⁰⁾

d) *Seguridad Social*

“En una tabulación de datos recogidos por la Oficina de Población y Estadísticas Vitales de las Naciones Unidas y 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 el 11.05% de la población de esos países tiene derecho a atención médica costeadada por el Seguro Social dentro de un rango que va del 1.91% en un país al 33.97% en otro (Cuadro N° 1).⁽¹⁷⁾

e) *Recursos*

Analizaremos separadamente los recursos humanos, materiales y económicos y la forma como están organizados.

Recursos Humanos

La distribución del personal de salud es desigual, con concentración en las zonas urbanas y detrimento de las rurales. En América Latina había en 1966 unos 148,000 médicos, 6.0 por cada 10,000 habitantes, con variaciones desde 16.4 para Argentina hasta 0.7 para Haití; 54,000 odontólogos, que representan tasas de 0.9 para Meso América y 2.9 para Sur América, con variaciones de 5.6% en EE. UU. y 0.4 en Haití; 73,000 enfermeras graduadas con tasas de 34.2% para Norte América, 3.5 para Meso América y 2.7 para Sur América y variaciones entre 60.1 para Canadá y 0.5 en República Dominicana; 182,000 auxiliares de enfermería con tasas de 39.4% en Norte América; 8.4 en Meso América y 7.2 en Sur América, variaciones de 39.9 en EE. UU. a 1.7 en Haití (Cuadro No. 2).

CUADRO N° 1

Número de personas con derecho a servicios médicos del Seguro Social en algunos países de América Latina

P A I S	Asegurados con derecho a atención médica **					Cobertura Población %
	Población estimada al 1o. de julio ***	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	18.19
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	933,955	1.373.292	15.39

* 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, N° 4 - Octubre 1967.

Como se puede apreciar hay menos enfermeras que médicos en América Latina. En Centroamérica en 1966 con 65 millones de habitantes había sólo 32 facultades de medicina; en Suramérica para 140 millones había 62 escuelas médicas, una por cada 2.2 millones de habitantes. En América Latina se graduaron en 1967 9,200 por año y hay 89 escuelas de odontología.

Recursos materiales:

Existen en la región 12,388 establecimientos hospitalarios con un total de 730,000 camas aproximadamente, lo que da para una población estimada en 1,966 de 251 millones, un índice de 2.9 camas por 1,000 habitantes, cuando para los Estados Unidos y Canadá es de 8.8 camas por 1,000 habitantes para el mismo año. La utilización de estos recursos es muy variable, pero en general es deficiente; el promedio de estancia para los países en que se conoce es superior a los 10 días y en algunos sobrepasa los 20 y aún los 30; el índice de ocupación varía entre un 64 y un 85%; las razones de camas con respecto a la población por países variaban entre 6.4 y un 85%; las razones de camas con respecto a la población por países variaban entre 6.4 por 1,000 en Argentina y Uruguay a 0.7 en Haití; en 13 de los países latinoamericanos hay menos de 3 camas por 1,000 habitantes; la distribución de camas de hospitales es desigual dentro de los países, en la misma forma que la distribución del personal médico y paramédico. (Cuadros Nos. 3 y 4).

Recursos económicos:

Están también desigualmente distribuidos. Las instituciones de seguridad social a pesar de que atienden un porcentaje mínimo de la población consumen una proporción muy grande de los recursos de salud. A este respecto se puede citar el ejemplo de Colombia donde el 51% del gasto público en salud se destina al 10% de la población; para la población general existe aproximadamente US\$ 3 per-capita, cuando los sistemas de previsión disponen aproximadamente de US\$ 50 per-capita. ⁽¹¹⁾

“Sobre los Ministerios de Salud y las Beneficencias recae la pesada carga de atender las necesidades preventivo-asistenciales del 70% de la población general, mientras los Seguros Sociales para atender esas necesidades vitales de sus afiliados, disponen en algunos países de cuotas per-capita anuales, equivalentes a 40 dólares, en cambio los grupos no asegurados difícilmente llegan a 4 dólares por persona y por año. ⁽¹⁶⁾

Organización de los recursos:

En América Latina existen diferentes servicios de salud proporcionados por los Ministerios de Salud y las Beneficencias o sus equivalentes, lo que se llama, en términos generales, el sector público; por los seguros sociales u otros sistemas de previsión similares y el sector privado. El concepto de cobertura varía de un sector a otro: en el

CUADRO N.º 4

HECHOS QUE REVELAN PROGRESO EN SALUD -OPS- 1.968

Hospitales y camas de hospitales con tasas por 1,000 habitantes en las Américas, por países, 1966

País	Año	Total de hospitales			Hospitales generales			Otros hospitales				
		Total	Camas	Camas por 1,000	Total	Camas	Camas por 1,000	Total	Camas			
									Enfermedades mentales	Tuberculosis	Otros	
América del Norte		8 589	1 890 932	8.8	7 547	1 022 585	4.7					
Mesoamérica		5 083	215 831	2.6	...	a) 169 083	2.1					
América del Sur		8 450	560 667	3.4	...	a) 420 842	2.6					
Argentina	1964	3 353	141 170	6.4	2 824	102 054	4.6	529	25 000	6 652	7 464	
Barbados	1966	10	1 629	6.6	6	789	3.2	4	801	-	39	
Bolivia	1966	238	9 381	2.5	225	8 168	2.2	13	473	539	201	
Brasil	1964	2 847	228 499	2.9	...	...	...	...	...	...	...
Canadá	1965	1 424	211 751	10.8	1 057	116 308	5.9	367	70 726	5 789	18 928	
Colombia	1966	647	46 001	2.5	595	35 770	1.9	52	6 800	2 647	784	
Costa Rica	1966	49	6 100	4.1	45	4 270	2.9	4	1 118	535	177	
Cuba	1966	239	42 067	5.4	218	31 638	4.0	21	4 561	4 015	1 853	
Chile	1966	332	36 716	4.2	318	30 113	3.4	14	3 661	2 833	109	
Ecuador	1966	174	13 021	2.4	157	9 865	1.9	17	1 499	1 402	255	
El Salvador	1966	56	6 557	2.2	46	4 913	1.6	10	506	966	172	
Estados Unidos	1966	7 160	1 678 658	8.6	6 258	906 045	4.6	902	692 035	31 317	49 261	
Guatemala	1966	45	19 632	2.3	37	8 262	1.8	8	1 172	1 036	162	
Guyana	1966	23	3 911	5.9	20	2 444	3.7	3	850	250	367	
Haití	1965	36	3 035	0.7	27	2 704	0.6	9	...	...	331	
Honduras	1966	34	3 725	1.6	32	2 994	1.3	2	231	500	-	
Jamaica	1966	27	7 571	4.1	24	4 049	2.2	3	3 115	222	185	
México	1966	b) 3 969	86 151	2.0	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	1965	40	3 822	2.3	36	3 312	2.0	4	178	242	90	
Panamá	1964	28	3 804	3.2	26	2 513	2.1	2	971	320	-	
Paraguay	1966	147	4 171	2.0	141	3 179	1.5	6	294	366	332	
Perú	1967	283	29 616	2.4	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	1966	275	10 620	2.8	271	9 227	2.5	4	576	691	126	
Trinidad y Tabago	1966	27	5 252	5.3	24	2 281	2.3	3	1 568	...	c) 1 403	
Uruguay	1963	78	16 935	6.4	72	11 867	4.5	6	2 984	2 084	-	
Venezuela	1966	307	28 678	3.2	264	19 377	2.2	43	4 317	2 983	2 001	
Antigua	1964	3	420	7.0	1	180	3.0	2	200	-	40	
Antillas Neerlandesas	1964	10	1 821	8.9	8	1 391	6.8	2	400	-	30	
Belice	1966	11	514	4.7	9	340	3.1	2	122	52	-	
Bermuda	1964	3	428	8.9	1	162	3.4	2	230	-	36	
Dominica	1966	(7)	340	5.0	(5)	274	4.0	(2)	44	-	22	
Granada	1966	(8)	683	7.0	(4)	286	2.9	(4)	200	...	c) 197	
Guadalupe	1966	20	2 924	9.2	18	2 134	6.7	2	670	-	120	
Guayana Francesa	1965	4	641	17.8	3	521	14.5	1	-	-	120	
Islas Bahamas	1964	4	782	5.8	1	450	3.4	3	200	-	132	
Islas Caimán	1966	1	34	3.8	1	34	3.8	-	-	-	-	
Islas Malvinas	1966	1	32	16.0	1	32	16.0	-	-	-	-	
Islas Turcas y Caicos	1964	4	32	5.3	4	32	5.3	-	-	-	-	
Islas Vírgenes (EU)	1966	3	220	4.4	3	220	4.4	-	-	-	-	
Islas Vírgenes (RU)	1965	1	35	3.9	1	35	3.9	-	-	-	-	
Martinica	1966	(17)	2 691	8.2	(15)	1 430	4.4	(2)	360	...	c) 901	
Montserrat	1966	1	69	4.9	1	69	4.9	-	-	-	-	
Puerto Rico	1966	138	12 278	4.6	123	7 644	2.9	15	2 238	2 077	319	
San Cristóbal, Nieves y Anguila	1966	4	213	3.5	4	213	3.5	-	-	-	-	
San Pedro y Miquelón	1966	2	95	19.0	1	70	14.0	1	-	25	-	
San Vicente	1966	(6)	394	4.4	(2)	236	2.6	(4)	88	...	c) 70	
Santa Lucía	1966	6	528	5.1	6	328	3.2	2	150	50	-	
Surinam	1966	16	1 895	5.3	14	1 285	3.7	2	375	-	235	
Zona del Canal	1966	4	888	15.9	2	515	9.2	2	253	-	120	

(a) Estimaciones para Brasil, México y Perú. (b) Se incluye un gran número de centros de salud con camas.

(c) Enfermedades infecciosas y crónicas. () No hay datos recientes sobre número de hospitales; cifra indicada corresponde a años anteriores. ... Datos no disponibles.

CUADRO N° 3

Camas de hospitales y tasas por 1,000 habitantes en capitales y grandes ciudades y en el resto de diecinueve países.

PAIS	Año	Total	Zonas urbanas		Zonas rurales		
			Camas	Tasa	Camas	Tasa	
Argentina	a)	1963	129,435	57,639	8.2	71,796	5.0
Barbados	b)	1966	1,615	1,455	14.7	160	1.1
Bolivia	b)	1966	9,461	2,746	2.4	6,715	2.6
Brasil	c)	1962	236,930	69,826	7.1	167,104	2.6
Colombia	a)	1966	46,001	21,124	2.9	24,877	2.2
Costa Rica	b)	1966	5,419	3,314	6.1	2,105	2.2
Chile	b)	1966	31,581	13,119	4.5	18,462	3.2
Ecuador	a)	1966	13,021	7,804	4.2	5,217	1.5
El Salvador	b)	1966	6,496	3,220	5.6	3,276	1.3
Guatemala	b)	1966	11,619	6,312	7.3	5,307	1.4
Guayana	b)	1966	3,454	2,138	12.3	1,316	2.7
Honduras	b)	1966	3,725	2,024	5.7	1,701	0.8
Jamaica	d)	1966	7,571	5,142	10.7	2,429	1.8
Nicaragua	b)	1965	3,822	1,667	4.8	2,155	1.6
Paraguay	b)	1965	4,297	2,528	4.4	1,769	1.2
Rep. Dominicana	c)	1966	10,620	5,151	7.6	5,469	1.8
Trinidad y Tobago	b)	1965	4,227	3,173	7.4	1,054	1.9
Uruguay	b)	1963	16,935	9,244	7.61	7,691	5.4
Venezuela	d)	1966	28,678	9,236	6.2	19,442	2.6

a) Distrito Federal y Departamentos o provincias con ciudades de más de 500,000 habitantes.

b) Departamento o provincia que incluye la capital del país.

c) Distrito Federal y ciudades de más de 500,000 habitantes.

d) Area metropolitana de la ciudad capital del país.

CUADRO N° 2

HECHOS QUE REVELAN PROGRESO EN SALUD OPS- 1968

Número de médicos, dentistas, enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería y razones por 10,000 habitantes, por países, 1966

País	Médicos			Dentistas			Enfermeras graduadas			Auxiliares de enfermería		
	Año	Número	Razón	Año	Número	Razón	Año	Número	Razón	Año	Número	Razón
América del Norte		330 467	15.2		115 723	5.4		736 994	34.2		844 607	39.4
Mesoamérica		42 841	5.2		7 436	0.9		28 690	3.5		67 233	8.4
América del Sur		105 118	6.4		46 280	2.9		44 941	2.7		114 846	7.2
Argentina	1967	37 732	16.4	1963	11 584	5.3	1964	22 903	10.4	1964	7 429	3.4
Barbados	1966	103	4.2	1966	17	0.7	1964	393	16.3	1964 a)	420	17.4
Bolivia	1966	1 187	3.2	1966	692	1.8	1964	411	1.1	1964	1 148	3.1
Brasil	1964	34 251	4.4	1964 b)	22 000	2.8	1966	8 212	1.0	1963	55 664	7.3
Canadá	1965	23 990	12.2	1965	6 396	3.3	1964	115 818	60.1	1961	62 553	34.2
Colombia	1966	8 100	4.4	1962	3 400	2.1	1965	1 259	0.7	1965	10 818	6.0
Costa Rica	1967	858	5.4	1967	125	0.8	1967	787	4.9	1967	1 976	12.4
Cuba	1966	6 862	8.8	1966	1 451	1.9	1966	4 112	5.2	1966	5 663	7.2
Chile	1964	4 842	5.8	1964	2 974	3.5	1965	1 780	2.1	1965	13 260	15.4
Ecuador	1965	1 698	3.3	1964	518	1.0	1965	364	0.7	1965	1 849	3.6
El Salvador	1966	652	2.1	1966	194	0.6	1966 a)	715	2.4	1966 a)	1 680	5.5
Estados Unidos	1967	306 424	15.5	1965	109 301	5.6	1966	621 000	31.7	1966	782 000	39.9
Guatemala	1966	1 005	2.2	1966	281	0.6	1966	576	1.3	1965	2 289	3.2
Guyana	1966 c)	197	3.0	1966 c)	36	0.5	1966	929	14.0	1966	564	8.5
Haití	1967	302	0.7	1967	169	0.4	1968 b)	521	1.1	1968 b)	771	1.7
Honduras	1966 a)	466	2.0	1966 a)	78	0.3	1966 a)	251	1.1	1966 a)	1 288	5.4
Jamaica	1964	854	4.9	1966	143	0.8	1964	3 799	21.8	1964	611	3.5
México	1966	24 342	5.5	1965	3 463	0.8	1965	8 252	1.9	1965	40 000	9.4
Nicaragua	1965	698	4.2	1965	196	1.2	1965	353	2.1	1965	1 047	6.3
Panamá	1964	628	5.2	1964	106	0.9	1967	875	6.6	1965	1 113	8.9
Paraguay	1966	1 119	5.3	1966	362	1.7	1966	226	1.1	1965	1 471	7.2
Perú	1964	5 262	4.7	1964	1 655	1.5	1965	3 600	3.1	1965	5 783	9.0
República Dominicana	1966	1 935	5.2	1964	479	1.4	1967	183	0.5	1967	2 172	5.6
Trinidad y Tabago	1967	387	3.8	1965 a)	76	0.8	1967	1 240	12.1	1967	493	4.8
Uruguay	1964	3 051	11.4	1962	1 250	4.8	1964	496	1.8	1964	3 756	14.0
Venezuela	1966	7 497	8.4	1966	1 779	2.0	1966	4 342	4.9	1966	12 574	14.1
Antigua	1967	17	2.8	1964	4	0.7	1967	88	14.4	1967	60	9.8
Antillas Neerlandesas	1964	141	6.9	1964	31	1.5	1964	96	4.7	1964	60	2.9
Belice	1966	33	3.0	1966	5	0.5	1966	94	8.6	1967	68	6.0
Bermuda	1967	48	9.4	1964	25	5.2	1964	165	34.4	1964	49	10.2
Dominica	1967	11	1.6	1963	2	0.3	1967	87	12.6	1967	13	1.9
Granada	1967	18	1.8	1962	4	0.4	1967	105	10.6	1967	83	8.4
Guadalupe	1966	149	4.7	1966	39	1.2	1966	269	8.4	...	...	...
Guayana Francesa	1966	23	6.2	1965	7	1.9	1965	60	16.7	1965	71	19.7
Islas Bahamas	1966	99	7.1	1964	17	1.3	1964	144	10.7	1964	190	14.2
Islas Caimán	1967	2	2.2	1964	1	1.1	1967	6	6.7	1967	8	8.9
Islas Malvinas	1966	4	20.0	1966	2	10.0	1962	4	20.0	1966	4	20.0
Islas Turcas y Caicos	1962	2	3.3	1963	1	1.7	1963	23	38.3	1963	15	25.0
Islas Vírgenes (EU)	1967	68	13.3	1963	13	3.2	1963	86	21.5	1963	116	29.0
Islas Vírgenes (RU)	1966	5	5.6	1966	1	1.1	1966	5	5.6	1966	15	16.7
Martinica	1967	167	5.0	1962	59	2.0	1967	381	11.4	1967	151	4.5
Montserrat	1966	6	4.3	1966	1	0.7	1966	32	22.9	1964	-	-
Puerto Rico	1966	2 886	10.8	1966	455	1.7	1966	4 776	17.9	1966	6 653	24.9
San Cristóbal, Nieves y Anguilla	1966	16	2.6	1966	3	0.5	1966	79	13.0	1966	5	0.8
San Pedro y Miquelón	1966	5	10.0	1966	1	2.0	1966	11	22.0	1966	5	10.0
San Vicente	1967	12	1.3	1962	3	0.4	1967	64	6.9	...	...	...
Santa Lucía	1966	17	1.7	1966	2	0.2	1966	65	6.3	...	...	...
Surinam	1966	155	4.4	1966	21	0.6	1966	355	10.1	1966	455	13.0
Zona del Canal	1967	100	17.9	1966	17	3.0	1966	233	41.6	1966	273	48.8

(a) Del Gobierno solamente. (b) Estimación. (c) Hospitales gubernamentales y privados.

público se aplica el de universalidad de la atención médica, reconociendo que la salud es un derecho y cubre aproximadamente un 75% de la población, mientras que los Seguros Sociales aplican el concepto financiero y protegen aproximadamente el 20%. En el caso del sector privado, 5% de la población solamente.

La escasez de recursos en el sector público limita grandemente sus posibilidades de expansión; en los seguros sociales la expansión ha sido muy lenta, ya que son de tipo laboral y sólo benefician a quien tiene un salario estable; su extensión demanda complicados estudios financieros y una administración compleja, todo lo cual ha dificultado su ampliación a las zonas rurales en muchos países. De otro lado, con la atención médica al trabajador asegurado se rompió la unidad familiar, pues se atiende en general, sólo al trabajador, a su esposa y al niño hasta los pocos años, con excepción de algunos países, cubriendo sólo unos cuantos riesgos al principio, que es la forma como se han iniciado los seguros en América Latina.

“Lo que en muchos sitios resulta más sorprendente es que existe una 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.” (17)

De otra parte, “surgió la *institucionalización de la medicina*, como una consecuencia natural del progreso de la ciencia médica y de su conjugación con la política social. Una medicina basada en la actuación individualista del médico, ha probado ser insuficiente para satisfacer la aplicación efectiva de la medicina moderna y notoriamente incapaz de permitir la aplicación de las doctrinas sociales. El concepto de institucionalización de la medicina ha superado el concepto individual de la medicina liberal e implica un ejercicio profesional en el que se conjugan, coordinan y armonizan los mejores recursos humanos, materiales y financieros, dirigidos a una finalidad común, el beneficio de los pacientes, en lo individual y en lo colectivo”. (15)

“La *institucionalización* progresiva del ejercicio profesional de la medicina ha modificado, en cierto aspecto, la relación médico-paciente, pero ha favorecido un mejor empleo de los recursos diagnósticos y terapéuticos. Como, por otro lado, el progreso propio de la medicina ha elevado en forma considerable el costo de la atención médica, la modificación en el ejercicio médico tradicional se ha hecho necesario

e indispensable, si realmente se quieren satisfacer en forma simultánea el otorgamiento de servicios médicos de calidad elevada y los principios humanísticos de la política social". (15)

Las Escuelas de Medicina de Latinoamérica siguen en su mayoría enfrentadas a los siguientes problemas; estructuras administrativas muy rígidas; planes de estudios y estructura administrativa estrechamente interdependiente; limitación de recursos materiales y del cuerpo docente; enseñanza fundamentalmente teórica; comunicación espiritual inadecuada entre profesiones y alumnos; número de aspirantes a estudiar medicina muy por encima de la capacidad real de las escuelas; alta proporción de estudiantes irregulares; deficiente sistema de registro de datos y ausencia de auto-evaluación; deficiente incorporación de los aspectos relativos a formación de recursos humanos a los planes nacionales de salud y falta de coordinación entre los instrumentos de formación de esos recursos y las necesidades del mercado. (13)

Los países han venido, en general, desarrollando sus servicios de salud y tratando de atender sus necesidades emergentes a medida que la demanda de servicios lo hacen necesario. Esto se ha hecho a través de lo que se podría llamar una "política implícita" de salud, que ha significado, en muchas situaciones, un crecimiento desordenado y que no siempre ha dado la prioridad a los problemas más urgentes". (19)

Evolución y pronóstico de la situación:

De seguir las tendencias actuales, la población continuará aumentando y para 1980 se calcula en 374 millones, lo cual significa también un aumento considerable de la demanda de servicios.

La mortalidad general y específicamente la por enfermedades infecciosas continuarán declinando notablemente; igual ocurrió con la mortalidad infantil. La expectativa de vida irá en aumento progresivo y cada vez, por el mayor control de las enfermedades transmisibles, irán apareciendo en los primeros lugares por su magnitud las causas de muerte por enfermedades crónicas, degenerativas y accidentes.

"Suponiendo que las escuelas continuarán preparando médicos al mismo ritmo que en la actualidad y que en promedio cada nueva escuela produjera cada año un número de graduados igual al promedio anual de los graduados por escuelas en el país, en 1975 estas 137 escuelas estarían proporcionando 11,200 médicos al año. Los 114,000 médicos existentes en 1960 aumentarían a 215,000 en 1975 y la razón

de 5.4 por 10,000 habitantes, a 7.6 por 10,000. Se ha tomado en cuenta en estas estimaciones el retiro de médicos de la población activa, por jubilación y muerte".⁽¹⁰⁾

En cuanto a odontólogos el aumento que se presenta sólo alcanza para proveer servicios a la población adicional de la región y no implica una ampliación de la cobertura de los servicios.⁽¹⁰⁾

Sólo dentro del marco de la seguridad social para todos los sectores de la población, podrá hacerse efectiva una atención médica racional y la protección de la salud, especialmente para los sectores de más bajo nivel de ingreso.

Posiblemente la extensión significativa de los Seguros Sociales actuales no será dificultad por razones tales como: a) porcentaje de la población activa muy bajo; b) desempleo alto y salarios ínfimos en una proporción grande de la población; c) población rural muy alta todavía a pesar de la tendencia a la urbanización; d) alto costo de la atención médica y e) sistemas de protección exagerados a las posibilidades económicas de los países.

Las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud incrementarán su tendencia a la programación coordinada y a la extensión de sus servicios a mayores grupos de población y a dar una atención integral; las facultades de medicina y de ciencias de la salud en general tratan cada vez más de coordinarse con los organismos encargados de la prestación de servicios, para ampliar sus programas de formación de personal profesional, técnico y auxiliar, conforme a las necesidades de aquéllos y adecuar su calidad a las exigencias de los mismos. A este respecto la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, viene desarrollando programas importantes.

Los organismos de reforma agraria tendrán cada vez una participación más importante en la colaboración para llevar servicios médicos a las áreas rurales.

La OPS finalmente, continuará desempeñando un papel de trascendencia en la coordinación de esfuerzos de los tres grandes subsectores: público, de seguridad social y privado y el sector universitario.

CAPITULO III

PLANIFICACION EN SALUD

a) *Desarrollo en América Latina*

Aunque la planificación ha existido siempre, en los últimos 10 años ha habido una serie de acontecimientos que le han dado im-

pulso considerable. Vale la pena destacar el Acta de Bogotá en 1960; la Carta de Punta del Este en 1961 que hizo recomendaciones concretas a los Gobiernos y trazó metas para alcanzar en la década 1960-1970; la iniciación en 1962 de la metodología CENDES/OPS; los diferentes planes de salud elaborados y ejecutados al menos parcialmente en muchos países; las reuniones de Ministros de Salud Pública que han enfatizado la necesidad de desarrollar un proceso de planificación de salud; la reunión de Presidentes de América que en 1967 se pronunció en igual sentido; los diferentes estudios de recursos humanos para salud, que iniciados en Colombia han tenido continuidad en otros países, sirviendo de base para la elaboración de los planes; la creación del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social en Santiago, como Centro de investigación y capacitación de personal; la creación de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, como entidad coordinadora de las Asociaciones de Facultades de Medicina; la investigación interamericana de mortalidad y la acción destacada y permanente de la OPS a través de muy diversos mecanismos por todos conocidos.

“Fue, sin embargo, el advenimiento de la planificación de la salud, como parte integrante del desarrollo económico y social programado por la Carta de Punta del Este, lo que impuso, como necesidad impostergable, la participación de todas las instituciones del sector salud, incluyendo las de seguridad social, en el proceso de planificación. Esta necesidad se hizo tanto más imperiosa en vista de que los recursos financieros destinados a programas de atención médica por las instituciones de seguridad social, alcanzan a una cifra igual, a veces superior, a la totalidad de los gastos e inversiones que el sector público hace en salud a través de los presupuestos de los Ministerios”.⁽⁷⁾

“La introducción de la planificación de la salud, y de su complemento, la elaboración de programas nacionales de salud, ha sido tal vez uno de los cambios trascendentales que han ocurrido en el manejo de la salud pública en el curso de los últimos años.”⁽¹⁷⁾

“Los primeros planes nacionales de salud fueron formulados tomando en consideración solamente los servicios de los Ministerios de Salud y casi sistemáticamente ignoraron el campo de la atención médica y más específicamente el de las prestaciones médicas de la seguridad social. Muy rápidamente se comprendió, sin embargo, que no era posible planificar los aspectos preferentemente preventivos de los programas de salud, que han sido tradicionalmente la responsa-

bilidad de los Ministerios del ramo, sin planificar, al mismo tiempo, los aspectos curativos, que han estado por mucho tiempo entregados a las instituciones de seguridad social, a los organismos de asistencia social y a la iniciativa privada". (17)

A fines de 1969 siete países tenían planes nacionales de salud en ejecución y otros trece países los tenían en las primeras fases de preparación.

Por lo menos 10 países de 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.

En seis países se ejerce actividad coordinadora por medio de Comisiones Inter-Institucionales, a nivel nacional.

Casi todos los países exhiben tendencia hacia la unificación, en cada uno de ellos, de las entidades de seguridad social existentes.

En cuatro países se cumplen convenios de coordinación con las Universidades y también con los Institutos de capacitación laboral y de reforma agraria. (17)

El Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social ha preparado unos 200 profesionales de alto nivel y más de 2,000 técnicos en planificación de salud.

Varios países, a través de las Escuelas de Salud Pública, han venido formando igualmente personal en este campo y tratando de institucionalizar la planificación en los servicios de salud.

Los planes de salud en la mayoría de los países se caracterizan en general por una cobertura institucional limitada a los Ministerios de Salud o instituciones similares; la coordinación con los planes de desarrollo son más una expresión formal; hay poca profundidad en la programación y la infraestructura administrativa no es adecuada para permitir la ejecución del plan y asegurar la continuidad del proceso y su perfeccionamiento.

b) *Justificación:*

No obstante los resultados logrados hasta el presente, hay una serie de deficiencias y de fallas que hacen necesaria una planificación integral del sector. Mencionaremos, en forma resumida, las más importantes.

- 1.—Existe un *déficit en la cobertura* de los servicios de salud, especialmente en las áreas marginadas (urbanas y rurales).
- 2.—Con el crecimiento demográfico *aumenta la demanda* de servicios.
- 3.—La morbilidad y la *mortalidad* por enfermedades prevenibles, sigue siendo alta, *especialmente en menores de 5 años*.
- 4.—Es imposible establecer *prioridades nacionales* para tratar las principales causas de enfermar y morir, mientras haya varias entidades con objetivos diversos. Los planes nacionales no pueden ser diseñados para grupos seleccionados. Los problemas de salud afectan a los asegurados y a los 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.”⁽¹⁷⁾
- 5.—Las condiciones laborales, nutricionales y ambientales son desfavorables y aunque no dependen del sector lo afectan considerablemente.
- 6.—La *fuerza laboral* es escasa y el *ingreso familiar* es bajo, para permitir la extensión de los sistemas de previsión actuales.
- 7.—Los seguros sociales son de tipo *laboral* financiados por toda la comunidad para beneficio de parte de la fuerza laboral que tiene salario permanente.
- 8.—La cobertura de los seguros sociales es muy poca y su extensión es lenta, con leve impacto sobre el nivel de salud de la comunidad, aunque consumen gran parte del gasto público en salud.
- 9.—Descuido de las *acciones preventivas*, aunque la morbilidad y mortalidad es alta por enfermedades prevenibles.
- 10.—Gran desconocimiento en muchos países de los *recursos humanos* existentes, la relación entre personal profesional, técnico y auxiliar; su calidad, uso y rendimiento.
- 11.—Escasez de *personal técnico y auxiliar*, lo cual no permite la delegación de funciones.
- 12.—Sub-utilización de recursos de toda índole.

- 13.—Costo alto de la atención médica, por la institucionalización y otros factores, lo que la hace accesible sólo a unos pocos.
- 14.—Rotura de la *unidad familiar* en la prestación de servicios médicos.
- 15.—Falta de *información estadística*.
- 16.—Escasez de *recursos humanos calificados* para administración y planificación.
- 17.—Diferencias de prestaciones médicas y económicas por los sistemas de previsión en algunos países.
- 18.—*Diferencias de salario* y condiciones de trabajo del personal de salud que labora en el sector público, en relación con los sistemas de previsión.
- 19.—Incoordinación de la producción de recursos humanos en cantidad y calidad, en relación con la demanda de los servicios (producción vs. demanda).
- 20.—Falta de *definición clara del sector salud* y su estructura.
- 21.—El *análisis económico* es incipiente para establecer prioridades de acuerdo con el mayor efecto social en los gastos de atención médica.
- 22.—La planificación hasta ahora ha sido sub-sectorial solamente.
- 23.—Falta de coordinación intersectorial para evitar duplicaciones.
- 24.—Poca articulación de los planes de salud a los planes generales de desarrollo.

CAPITULO IV

PROPOSITOS Y POLITICAS

Después de las consideraciones anteriores, parece claro que hay dos propósitos fundamentales a alcanzar:

- a) Obtener un sistema de seguridad social integral y universal, que permita elevar el *nivel de vida* y alcanzar el máximo *bienestar* al mayor número posible de elementos de la sociedad.
- b) Elevar cuanto sea factible y en el menor tiempo el nivel de *salud* de todas las gentes.

Para lograr estos propósitos es necesario, dada la realidad de América Latina, seguir, en la mayoría de los países, una política encaminada al logro de objetivos y metas parciales, que finalmente permitan el funcionamiento de Sistemas Nacionales de Salud. Esta política, definida por el Estado a través de los Ministerios de Salud, o sus equivalentes, deberá encaminarse fundamentalmente a lo siguiente:

1.—*Definición del sector salud y elaboración de planes sectoriales.*

El sector salud es uno de los más importantes componentes del desarrollo y está integrado por el conjunto de personas o instituciones públicas y privadas que directamente realizan actividades encaminadas a la prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, actuando sobre el hombre y su ambiente. La definición en cada país de estas entidades es indispensable, para que en los planes de salud puedan participar desde un principio y a lo largo de todo el proceso los organismos del sector.

Se requiere igualmente la coordinación de los Ministerios de Salud, entidades de previsión social, universidades, asociaciones de profesionales de la salud, sector privado, etc., para la prestación de la atención médica bajo una política definida por el Gobierno y aplicada por todos, en los diferentes campos y niveles.

Esta coordinación entendida como la ordenación metódica en el uso de los recursos de las diferentes instituciones para el cuidado de la salud ⁽⁹⁾ procurando su mejor utilización y evitando la competencia, con aplicación de normas, prioridades y metas de carácter nacional, debe iniciarse en la formulación de la política y continuar durante la programación, ejecución, supervisión y evaluación de los planes o programas. Los Ministerios de Salud son los llamados a tomar la iniciativa y el liderazgo en este caso, ya que son los que tienen la responsabilidad de cuidar de la salud de todos los habitantes.

Las comisiones de coordinación o Consejos de Salud existentes en los países, formadas con representación de los directivos o ejecutivos de las diversas entidades que prestan servicios de atención médica y de la Universidad, son excelentes mecanismos que pueden utilizarse para definir políticas de salud que luego, a través de Comités de planificación, con participación de los encargados de la planificación en cada una de las instituciones, pudieran traducirse en planes conjuntos para todo el sector. Las

Comisiones dirán fundamentalmente qué hay que hacer y los comités sectoriales de planificación, *cómo* hay que hacerlo y qué medidas de carácter administrativo o legal es necesario tomar por los cuerpos directivos o por los Congresos para alcanzar progresivamente los objetivos propuestos.

- 2.—*Mejoría del diagnóstico de la situación existente*, utilizando toda la información disponible y complementándola con estudios de recursos humanos o institucionales e investigaciones epidemiológicas, operacionales, etc., de acuerdo con las necesidades de los países y como parte del plan del sector salud.

El intercambio de información de toda índole y los esfuerzos cooperativos para adelantar investigaciones que permitan conocer en mejor forma cuál es la realidad existente en salud, y de acuerdo con las tendencias observadas, cuál es el futuro de cada una de las entidades y de su grupo de población atendida, es algo que puede lograrse en todas partes y constituye base fundamental para definir políticas específicas, dentro de una política general, y traducirlas en programas de acción compartidos.

Los programas de investigación pura o aplicada con intervención de todos los estamentos del sector son una necesidad; de ello ya hay muchas experiencias que deben propagarse e intensificarse.

La utilización de las estructuras existentes y de los recursos humanos y económicos disponibles para estos fines, en forma coordinada, permitirá acercamientos entre las instituciones y un mejor conocimiento de la situación de salud existente.

Los Ministerios de Salud, los organismos de previsión social, las asociaciones de facultades de medicina y otros similares, con la colaboración de los organismos internacionales, pueden constituir consorcios para obtener y mantener un diagnóstico actualizado en salud y educación médica.

- 3.—*Mejoramiento del sistema estadístico*, para que la información sobre actividades, demografía y hechos vitales sea más oportuna, veraz y útil para mantener el diagnóstico y efectuar la evaluación permanente o periódica de los planes. Igualmente desarrollar estadísticas de costos que permitan establecer priori-

dades, para utilizar los recursos en acciones de mayor impacto económico y social.

La uniformidad de las estadísticas de acuerdo con la exigencia del plan y su centralización para análisis e interpretación por los Comités antes mencionados, serán de gran utilidad y permitirán evaluaciones y ajustes periódicos de las políticas, programas y actividades de los diversos organismos, para coordinar cada vez más sus acciones hacia un fin común.

El esfuerzo conjunto para mantener una información adecuada que permita un diagnóstico actualizado de la situación en forma global, será un gran instrumento para lograr el proceso de planificación de todo el sector.

- 4.—*Incremento de la formación de personal paramédico, técnico y auxiliar*, para lograr realmente una delegación de funciones y penetrar con la atención médica a las zonas marginadas.

También aquí pueden conjugarse esfuerzos de las diversas entidades no solamente del sector, sino de fuera de él. En la formación de estos recursos y en la capacitación en servicio del personal empírico, es definitivo que participen activamente las instituciones de previsión social (seguros sociales, cajas de previsión, etc.); los hospitales, los servicios de aprendizaje organizados y financiados por el Gobierno y las empresas y muchas otras instituciones universitarias o no, de carácter descentralizado o semiprivado.

Las centrales obreras y asociaciones de trabajadores beneficiarios de la atención médica deberán contribuir a la educación de los afiliados y de la comunidad en general, para que acepten los cuidados de medicina delegada, con el fin de poder llevar atención médica a mayores grupos de población desprotegida.

- 5.—*Adecuación de la producción de los recursos humanos a las necesidades del sector y de la universidad*, de acuerdo con las condiciones de ecología y desarrollo de cada uno de los países y del avance científico y tecnológico. En relación además con las funciones que cada quien debe cumplir, de acuerdo con la estructura de los servicios y los sistemas de atención médica adoptados.

Para la enseñanza de la medicina y demás ciencias de la salud deben tenerse en cuenta los objetivos sociales de la atención mé-

dica y entender la educación como una inversión con rentabilidad social y no como un beneficio de tipo personal.

La formación de recursos humanos en toda su extensión debe ser el eslabón que una la planificación de la educación médica con la de prestación de servicios. Por eso debe hacer parte no sólo del plan nacional de salud sino del plan nacional de formación de recursos humanos. La política y los planes a este respecto deben ser realistas, flexibles y proyectados al futuro, especialmente para el personal profesional y técnico. La participación de los ejecutivos de los servicios de salud en los Consejos Académicos de las Facultades de Ciencias de la Salud y de representantes de estos Consejos en los Comités Asesores de los programas de atención médica, contribuirán definitivamente al intercambio de ideas y experiencias, que permitan más rápidamente los ajustes necesarios entre educación y servicio, entre producción y demanda. De la mayor trascendencia se considera que los Decanos, Directores y Profesores de las Facultades, Escuelas e Instituciones docentes, estén familiarizados con la organización y situación de salud existente en sus países.

6.—*Capacitación de recursos humanos del más alto nivel*, para formar el personal especializado que exigen los programas sociales, especialmente en planificación de salud, administración de servicios, docencia e investigación. Hay una falta relativamente grande de personal en los rubros anteriores, lo cual dificulta el desarrollo de los planes de salud o la elaboración de los mismos. Muchas entidades no disponen de planificadores en salud, o los tienen en número insuficiente, por lo cual no ha sido posible en ellas iniciar un proceso de planificación, ni menos comprender la importancia y necesidad de una planificación conjunta para el sector.

Igualmente es urgente la capacitación de personal en administración de servicios de atención médica, en otros campos de la salud y en seguridad social, para mejorar la organización y administración de las instituciones.

La investigación y la docencia demandan del mismo modo recursos humanos calificados y en número mayor para actualizar e impulsar los programas existentes y los que se deberán iniciar en el futuro, conforme a las necesidades planteadas por los planes nacionales de salud.

El sector académico puede colaborar en la formación de personal en administración y planificación para ellos y los servicios y éstos, a su vez, en contraprestación, facilitar sus recursos humanos y materiales para docencia e investigación.

- 7.—*Modificación de los patrones de atención médica*, particularmente en los seguros sociales, con sistemas de regionalización de la atención, delegación de funciones y utilización al máximo de personal profesional, técnico y auxiliar, conforme a la situación económica, administrativa y social de cada región. Previa una zonificación en cada país de acuerdo con la población, vías de comunicación, condiciones ecológicas, recursos institucionales, facilidades de transporte, etc., que constituirán áreas programáticas, definir los niveles de atención médica para la más adecuada utilización de los recursos, aumento de la cobertura y mejoría de la calidad de los servicios. Esto permitirá dar una atención mínima en las zonas rurales o pequeñas comunidades y mejorar la atención en calidad y complejidad a medida que se acerca a las clínicas u hospitales regionales o centrales, ya que no es posible dar servicios de la más alta calidad en todas las localidades.

Las Facultades de Ciencias de la Salud pueden participar activamente en este sistema de regionalización, con investigación, educación y asesoría al personal de los hospitales y clínicas, tanto públicos como de previsión social, y éstos, a su vez, obtener una capacitación en servicio de su personal y mejorar la calidad de la atención médica.

La aplicación de servicios obligatorios para profesionales y técnicos de la salud, una vez egresados de la universidad y por períodos variables de acuerdo con las circunstancias, podría facilitar la aplicación de los nuevos sistemas de atención y extender y mejorar los servicios.

- 8.—*Equilibrio paulatino de los salarios y condiciones de trabajo* para funcionarios de salud de las diferentes entidades, para evitar su concentración en algunos servicios, con detrimento de los demás y traumatismos posibles a los programas existentes y a los de extensión a nuevas zonas.

Para evitar la competencia por los escasos recursos humanos disponibles, será necesario que los Ministerios de Salud y de

más entidades del sector público obtengan refuerzos económicos para poder mejorar no sólo las condiciones de trabajo, sino la calidad de la atención.

Cosa similar ocurre con el sector académico, donde a veces no es posible retener personal calificado. Si los servicios de salud y muy particularmente los de previsión social que tanto se benefician del “producto” de las universidades y que son los más solventes desde el punto de vista económico, aportaran algunos de sus recursos a la formación de personal, las universidades podrían pagar mejor su profesorado, por lo menos para que no esté en ningún caso en condiciones inferiores a los empleados de los sistemas de previsión.

Las Federaciones Médicas y sociaciones Gremiales pueden desempeñar un papel importante en este campo.

Los incentivos de carácter académico y económico y el establecimiento de la “carrera médica”, todo de acuerdo entre las diferentes entidades, son mecanismos útiles para terminar poco a poco con las diferencias existentes y lograr cada vez una armonía mayor entre las partes.

- 9.—*Unificación progresiva de las prestaciones médicas* por los organismos de previsión social, estatales y paraestatales, para evitar, entre otras cosas, discriminaciones entre el sector público y el privado. A este respecto es necesario motivar a los beneficiarios para que acepten disponer de una atención médica de menor calidad, o menos sofisticada, para que aquellos miembros de sus familias u otras familias puedan tener algún servicio de salud. En esta forma se podrá disminuir la discriminación existente entre diferentes componentes de una familia y familias con derecho o no a servicios de atención médica por previsión social.

Quizá en las zonas rurales y pequeñas poblaciones es más fácil una atención indiscriminada para toda la comunidad, por personal de salud subvencionado por los diferentes organismos y por la comunidad misma.

- 10.—*Utilización al máximo de la capacidad instalada*, tratando de obtener que los recursos existentes den el mayor rendimiento y puedan ser utilizados por afiliados o beneficiarios pertenecientes a los diferentes sistemas de seguridad social del sector público y de la universidad. Para lograr este objetivo se pueden

utilizar diferentes mecanismos, como venta de servicios hospitalarios, financiación y administración conjunta de algunas instituciones; compra conjunta de equipos, dotaciones y suministros en general para diversas entidades, etc.

Igualmente considerar como patrimonio nacional, los recursos del sector privado, muchas veces sub-utilizados y que por arreglos diferentes pueden servir a los organismos oficiales o de previsión. Las normas sobre regionalización y niveles de atención y la definición de funciones en cada uno de éstos, serán de gran ayuda para evitar dotaciones innecesarias en algunos sitios.

- 11.—*Intensificación de las campañas preventivas* por acciones conjuntas de todos los organismos del sector, para lograr niveles útiles en vacunación y control o erradicación de algunas enfermedades. Equipos, dotaciones, laboratorios, transportes, personal, etc., de muy diversas entidades pueden coordinarse para el desarrollo de estos programas, que responden a prioridades de los países y en los cuales todos tienen particular interés. El sector académico puede dar asesoría a través de las Escuelas de Salud Pública, Departamentos de Medicina Preventiva, etc.

Además de las enfermedades prevenibles por vacunación, en salud ocupacional, higiene industrial, nutrición, etc., pueden conjugarse esfuerzos para mantener las acciones preventivas y producir impacto sobre las enfermedades prevalentes. Los programas de reforma agraria, las fuerzas armadas, el voluntariado, etc., son recursos de gran valor para estos fines.

- 12.—*Disminución paulatina de la autonomía de las instituciones* que más tarde configurarán el Sistema Nacional de Salud y no propiciar la creación de nuevos organismos autónomos de atención médica. Estas son medidas indispensables para que opere el sistema de regionalización de atención médica, para unificar progresivamente prestaciones, condiciones de trabajo, etc., y obtener la aplicación de normas nacionales para todas las entidades.

En todas partes los Ministerios son los responsables por la salud de la comunidad, pero no tienen todo el "poder" para aplicar las normas y obtener el mejor uso de los recursos. Ocurre con frecuencia que existen verdaderos archipiélagos donde las instituciones son islas que operan de acuerdo a su convenien-

cia e interés, pero sin una visión de conjunto de los problemas del sector. Es, por lo tanto, necesario no sólo evitar la proliferación de estas entidades, sino lograr la articulación cada vez mayor de las existentes dentro de un plan nacional.

- 13.—*Unificación de las prestaciones económicas* de los servicios de previsión social, para facilitar su integración posterior. Sin extender las existentes, se buscará aplicar prioridades para igualar paulatinamente este tipo de prestaciones y atender con ellas aquellos grupos de población más indicados, de acuerdo con el desarrollo de los países.
- 14.—*Articulación cada vez mayor de los planes de salud a los generales de desarrollo*, ya que el sector por sí solo no puede resolver su propia problemática. Los planes de salud deben caracterizarse por su eficacia, es decir, que sirvan para alcanzar los propósitos; consistencia, esto es, que no haya contradicción en sus partes ni incompatibilidades con otros planes y viabilidad, es decir, que sean factibles y realistas.

Dada la relación existente entre el nivel de salud y el de vida, es necesaria la coordinación estrecha entre plan de salud y los generales de desarrollo. No es posible elevar el nivel de salud en forma significativa en una comunidad, si no existe la infraestructura indispensable para ello y si simultáneamente no mejoran las condiciones ambientales, de vivienda, empleo, alimentación, educación, etc. De aquí por qué cada vez es más indispensable la articulación o coordinación de los planes del sector salud con los demás sectores sociales y económicos.

- 15.—*Creación de un servicio único de seguridad social con atención médica para toda la comunidad, estrechamente coordinado con el sector académico o universitario*, para establecer en cada país un *Sistema Nacional de Salud*, con una integración técnica, administrativa y financiera de los servicios. Este sistema debe dar flexibilidad para que participen las instituciones académicas y de servicio en una gran empresa de salud que pueda satisfacer las aspiraciones de la comunidad.

La política de salud debe delinear las bases legales y administrativas de los servicios de atención médica, establecer las prioridades de los programas y determinar el grado de cobertura

de la población, todo esto proyectado a un período razonable de tiempo. (13)

El establecimiento de un Sistema Nacional de Salud no implica la pérdida de la identidad de las instituciones integrantes, sino la participación activa y definitiva de cada una en la formulación de un plan nacional de salud, que sea expresión de una política nacional; en la ejecución, evaluación y supervisión del plan y en la creación, utilización y administración de todos los recursos conforme a los postulados y normas establecidas, intensificando cada vez más el proceso de coordinación o integración y el perfeccionamiento del sistema, acorde con el grado de desarrollo del sector y del país.

Para participar en la planificación de la salud, es necesario primero que cada uno de los organismos que deben hacerlo estén conscientes de la *necesidad* para que adquieran una *actitud* positiva hacia la planificación en todos los niveles y por todos los componentes del sector salud y del académico y tomen todos y cada uno la *decisión* de hacerlo, entendiendo aquellos solamente como un *medio*, una herramienta, que puede facilitar la toma de mejores decisiones para el más adecuado y racional uso de los recursos. Teniendo presente además que como *proceso* que es, su iniciación puede ser deficiente o incompleta, pero su desarrollo e institucionalización deben ir hacia el perfeccionamiento del método, de los planes y del propio sistema. Insistimos en que son los Ministerios de Salud los encargados de iniciar, mantener e impulsar el proceso, pero que es obligación de todos los directivos y ejecutivos desarrollarlo en el nivel de su competencia.

Como los planes son tan buenos como sean los planificadores, será indispensable disponer de personal multidisciplinario capacitado en esta especialidad; tomar las medidas legales, administrativas y financieras necesarias para la ejecución de los planes y evaluar los resultados alcanzados para hacer los reajustes requeridos para el normal desarrollo del proceso.

En el momento actual hay una serie de factores favorables o imperativos, que hacen posible desencadenar o impulsar el proceso de planificación de la salud, con la participación decidida y constante de todos los que en una u otra forma deben hacerlo, para beneficio de sus respectivos países y del Continente Americano.

R E S U M E N

La planificación de la salud, con participación de los elementos componentes del sector, implica tener *bases filosóficas* o principios fundamentales; conocer la situación existente, esto es, el nivel de salud alcanzado, los factores que lo condicionan y los recursos disponibles y su organización, para trazar *propósitos* y definir una política que a su vez pueda traducirse en *planes* y *programas* específicos, en un proceso continuo y racional que permita establecer metas y objetivos concretos para alcanzar en el menor tiempo el más alto grado de salud posible.

El bienestar, como máxima aspiración de todo ser humano, implica satisfacción de las necesidades y seguridad de poderlo hacer en el futuro. Componentes importantes del bienestar son la salud y la seguridad social, considerados como derechos inalienables.

La salud como un bien, un *fin* en sí misma y un medio para el desarrollo, conlleva la prestación de una atención médica integral, universal, oportuna, eficiente y permanente.

La seguridad social debe ser de carácter universal y con beneficios indiscriminados.

El propósito, por lo tanto, será elevar el *nivel de vida* al mayor número posible de miembros de la sociedad a través de un sistema de *seguridad social* integral y universal e incrementar el *nivel de salud* en el menor tiempo posible con *atención médica* para toda la comunidad.

América Latina con una población joven y un crecimiento rápido presenta una morbilidad y una mortalidad alta por enfermedades transmisibles, especialmente en menores de 5 años; las condiciones nutricionales son desfavorables; hay un gran déficit de vivienda; la fuerza de trabajo es escasa; el ingreso per capita bajo y la seguridad social tiene una cobertura limitada y es incompleta, factores todos que condicionan la situación existente.

Los recursos humanos, materiales y económicos insuficientes para atender una demanda creciente de servicio, están sub-utilizados e inarmónicamente producidos y distribuidos. Hay concentración de recursos en los sistemas de seguridad social, cuyas posibilidades de expansión en forma significativa en muchos países, por los sistemas actuales son muy limitadas.

La atención médica se hace por el sector público, no unificado, para la gran mayoría de la población; por los sistemas de previsión social para un porcentaje limitado de la misma y por el sector privado para los grupos económicamente más pudientes, que son la minoría.

La planificación en salud ha venido desarrollándose paulatinamente y ha logrado grandes avances en la mayoría de los países, especialmente en los últimos 10 años, especialmente gracias al desarrollo y aplicación de una metodología que no existe para otros sectores sociales.

La política de salud, definida por el Estado a través de los Ministerios de Salud o equivalentes, consistirá en:

- 1.—Definir el sector salud y elaborar planes sectoriales con participación de todas las entidades.
- 2.—Mejorar el diagnóstico de la situación con estudios de recursos humanos, institucionales o similares, donde sea necesario, como parte del diagnóstico de la situación para la elaboración del plan.
- 3.—Mejorar la información estadística y contable.
- 4.—Incrementar la formación de personal técnico y auxiliar.
- 5.—Capacitar personal, especialmente en planificación de salud, administración de servicios, docencia e investigación.
- 6.—Adecuar la producción del recurso humano a la demanda de los servicios y de la Universidad.
- 7.—Modificar los patrones de atención médica, aplicando progresivamente sistemas de regionalización de la atención con delegación de funciones.
- 8.—Equilibrar los salarios del personal de las diferentes entidades.
- 9.—Unificar paulatinamente las prestaciones médicas en los diversos servicios de salud.
- 10.—Utilizar al máximo la capacidad instalada.
- 11.—Intensificar las campañas preventivas en acciones conjuntas del sector.
- 12.—Disminuir la autonomía de las instituciones que más tarde con-

figurarán el Sistema Nacional de Salud y no propiciar la creación de nuevos organismos autónomos de atención médica.

- 13.—Articular cada vez más los planes de salud a los generales de desarrollo en cada región o país.
- 14.—Unificar prestaciones económicas de los sistemas de previsión social.
- 15.—Crear un servicio único de seguridad social, con atención médica para toda la comunidad, estrechamente coordinado con el sector universitario o académico y con el sector privado para integrar *Sistemas Nacionales de Salud*.

El proceso de planificación para el sector deberá iniciarse o impulsarse, teniendo en cuenta que ésta es solamente una herramienta de trabajo, que es necesario definir objetivos claros y cuantificables y obtener participación conjunta de todos los estamentos del sector dirigidos y coordinados por los Ministerios de Salud.

Requiere además, un reconocimiento de la necesidad de planificar; una actitud permanente de mantener el proceso y la adopción de un método que permita la asignación racional de recursos conforme a las políticas trazadas.

Se dan algunos ejemplos de actividades o programas que servirán de acercamiento progresivo hasta llegar a la meta propuesta.

B I B L I O G R A F I A

1. El Desarrollo Socio-Económico Colombiano.—Diagnóstico y Política.—Departamento Nacional de Planeación.—Bogotá, marzo 2 de 1970.
2. "Libertad y Seguridad".—Fernando Trejos Escalante.—San José, Costa Rica, 1963.
3. Seguridad Social y Seguros Sociales.—Dr. Jofre A. Díaz Guzmán y Dr. José A. Medina G.—Escuela de Salud Pública.—Universidad Central de Venezuela.
4. Bienestar Social en Colombia.—Antonio Ordóñez Plaja.—Ministro de Salud Pública.—Bogotá. D. E., 1968.
5. Coordinación de los Servicios Médicos. —Discusiones Técnicas.—XXII Conferencia Sanitaria Panamericana.—Washington, 1966.
6. Seguridad Social.—Seminarios.—Medellín y Bogotá.—Luis Carlos Ochoa Ochoa. 1970.
7. Coordinación de las Instituciones de Salud.—Dr. Fernando Trejos Escalante.—Segunda Conferencia Regional de Hospitales.—San José, Costa Rica, 1968.
8. La Medicina Socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile.—Benjamín Viel.—Universidad de Chile, 1961.
9. Progreso obtenido en la coordinación entre los servicios y los programas de los Ministerios de Salud, las Instituciones de Seguridad Social y otros que desarrollan actividades relacionadas con la salud.—Informe de un Grupo de Trabajo.—OPS. Washington, 1969.
10. Hechos que revelan progreso en Salud.—OPS, 1968.
11. Programación de la Salud.—Problemas conceptuales y metodológicos.—Organización Panamericana de la Salud.—Oficina Sanitaria Panamericana.—Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1965.
12. Educación Médica y Salud.—Vol. 3 No. 4.—OPS.—Federación Panamericana de Asociaciones (Escuelas) de Medicina.
13. Educación Médica.—OPS/OMS.—Agosto, 1969, Washington.
14. Seguridad Social.—Nos. 58 y 59.—Julio-octubre 1969, México, D. F.
15. "Influencia de la Seguridad Social en el progreso médico científico. La formación del médico y la seguridad social".—Dr. Luis Méndez.—Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, México, 1969.
16. Los programas de coordinación entre la seguridad social y los Ministerios de Salud Pública.—Aplicación y resultados.—Dr. Horacio Parra Escobar.—Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.—México, 1969.
17. La medicina de la seguridad social y los programas nacionales de salud.—Dr. Alfredo Leonardo Bravo.—Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.—México, 1969.
18. Reunión especial de Ministerios de Salud de las Américas.—Informe final y discursos.—Buenos Aires, 1968.
19. Administración de los Servicios de Atención Médica OPS/OMS, 1966.