

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIII

EPOCA III

Num. 89

CUARTO CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

TOMO I

SEPTIEMBRE—OCTUBRE

1974

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. ORGANO DE DIFUSION 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.



ASUNCION - PARAGUAY

**IV CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
CISS - AISS**

Auspiciado y Organizado por:

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

22 al 30 de Septiembre de 1974

I N D I C E

	Página
COMISION ORGANIZADORA	17
AUTORIDADES DEL CONGRESO	19
TEMARIO	21
INTRODUCCION	22
PROGRAMA GENERAL	27
CRONICA DEL CONGRESO	33
LISTA DE DELEGADOS Y OBSERVADORES	43
PRIMERA SESION PLENARIA	61
INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DE COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD. Documento preparado por la Asociación Internacional de la Se- guridad Social.	63
ANALISIS DE LOS EFECTOS RELEVANTES QUE DETER- MINAN EL COSTO DE LA ATENCION MEDICA Y SU CON- TROL ADMINISTRATIVO. Documento preparado por el Comité Permanente Interamerica- no de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médi- co Social	77
COSTOS E INVESTIGACION ECONOMICA APLICADOS A LOS SEGUROS DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD. CONSIDERACIONES PRELIMINARES. Documento preparado por la Organización de los Estados Ame- ricanos	95
PRIMERA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SO- BRE EL TEMA	113
INFORME FINAL DE LA PRIMERA SECCION.....	115
SEGUNDA SESION PLENARIA.....	117
ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRES- TACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO,	

	Página
SUBURBANO Y RURAL.	
Documento preparado por la Organización Panamericana de la Salud	119
ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO, SUBURBANO Y RURAL.	
Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médico Social.	147
ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO, SUBURBANO Y RURAL.	
Documento preparado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social	215
SEGUNDA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SOBRE EL TEMA	291
INFORME FINAL DE LA SEGUNDA SECCION	295
TERCERA SESION PLENARIA	299
PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA Y SEGURIDAD SOCIAL. (ANTECEDENTES, ACTIVIDADES Y PROYECCIONES).	
Documento preparado por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina	301
LA INTEGRACION DE LA ENSEÑANZA Y LA INVESTIGACION EN EL PROCESO DE PLANIFICACION Y EVALUACION DE LA ATENCION MEDICA.	
Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médico Social	317
EL ADIESTRAMIENTO EN EL CAMPO DE LA ATENCION MEDICA EN EL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.	
Documento preparado por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social	— 359

SEGUNDA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Alberto J. Simón.
Jefe del Departamento Médico del
Instituto de Previsión Social.
Paraguay

Presidentes Alternos:

Dr. Carlos Martí Bufill,
Secretario General de la
Organización Iberoamericana
de Seguridad Social.

Dr. Mario Reni Roldán.
Director General del Instituto
Salvadoreño de Seguridad Social.

Dr. Manuel Gómez Noguera.
Jefe de los Servicios Técnico
Normativos del Instituto de Se-
guridad y Servicios Sociales de
los Trabajadores del Estado.
México.

Secretario Técnico:

Dr. César Delmás.
Instituto de Previsión Social
Paraguay.

TEMA:

“ESQUEMAS DE ORGANIZACION PA-
RA OTORGAR PRESTACIONES MEDI-
CAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO,
SUBURBANO Y RURAL”.

PONENCIAS OFICIALES:

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

“ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO, SUBURBANO Y RURAL”.

Dr. Alfredo Leonardo Bravo.

**COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL**

“ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO, SUBURBANO Y RURAL”.

Dr. Gastón Novelo.
Dr. José Manuel Sáinz Janini.
Dr. César Lechuga.
Dr. Rafael Sánchez Zamora.

ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

“ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO SUBURBANO Y RURAL”.

Dr. José Martínez Estrada.
Dr. Gonzalo Cabanillas Gallas.
Dr. Luis Alberti López.
Dr. José Luis de la Rosa Rodríguez.

**“ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES
MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO,
SUBURBANO Y RURAL”***

Dr. Alfredo Leonardo Bravo**

Política de Salud

La política de salud de un país es parte integrante de la política social del mismo y como tal está indisolublemente ligada a la orientación de la política general del gobierno. Toda decisión política trae consigo una serie de decisiones en cadena, que dicen relación, principalmente, con la accesibilidad de la población a los servicios de atención de la salud, con los mecanismos de financiamiento y con las relaciones entre las instituciones que financian los servicios, las personas que los proveen y los grupos sociales que utilizan los servicios de salud. Para que una política de salud sea factible debe estar basada en una estimación realista y objetiva de las necesidades de salud de la población y de los recursos disponibles para atenderlas. Esta política puede ser expresada en objetivos y metas cuantificadas o puede estar implícita en los programas de salud impulsados por el gobierno. La consecuencia racional de este análisis debe ser la adopción de un programa que mantenga un equilibrio entre necesidades y recursos y que establezca una estrecha-coordinación en el uso de estos últimos. Cualquiera que sea la orientación general de la política contingente, éstas son las premisas que ineludiblemente tienen que ser tomadas en consideración para que el resultado de la política de salud sea bien aceptada tanto por los que prestan los servicios como por aquellos que los reciben y que, en el análisis final, sea eficaz para provocar el goce del más alto estado de salud posible por parte de la población protegida dentro de las limitaciones de los recursos disponibles.

A partir del Plan Beveridge y de la creación del Servicio de Salud Británico, el énfasis de la política de salud de la mayor parte de los países del mundo se ha ido desplazando desde el concepto tradicional de la aten-

* Documento Preparado por la OSP.

** Jefe del Departamento de Administración de la Atención Médica, Oficina Sanitaria Panamericana.

ción institucional del paciente hacia una apertura comunitaria orientada a la extensión de la cobertura a grandes grupos de población. Esto ha permitido dar importancia preferente a la atención ambulatoria de carácter integral, dando mayor relieve al paciente en posición vertical que al paciente en posición horizontal, como era antiguamente en el enfoque primordialmente hospitalario.

Teniendo todas estas consideraciones presentes, existen algunos principios fundamentales de carácter humanitario, sociológico y de ética médica, que son los que, en definitiva, inspiran la política de salud de los gobiernos. A ellos nos referiremos a continuación.

Derecho a la salud.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que ha sido ratificada por los Parlamentos de 141 países, expresa en su preámbulo que “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 o social”. Esta declaración de carácter altruista se ha transformado en los últimos años en la meta ideal a que aspiran los gobiernos de todos los Países Miembros de la OMS, y ella constituye el alma y objetivo de los Ministerios de Salud de todos los países.

Al establecer este derecho fundamental de todo ser humano, la Constitución de la OMS estableció un concepto nuevo basado en consideraciones positivas de la convivencia humana en la sociedad moderna. Esta aspiración tiene un objetivo social y debe ser considerada como el compromiso moral que toman los gobiernos del mundo para echar las bases de la paz internacional y de la seguridad nacional. Los gobiernos tienen una responsabilidad en la conservación de la salud de sus pueblos y como consecuencia deben promover las medidas necesarias para garantizar a toda la población el pleno goce del derecho a la salud. Este derecho no está sumado a las normas jurídicas habituales, sino que debe ser considerado como un compromiso solemne que el estado moderno toma frente a la ciudadanía y que cada persona debe ejercer en forma responsable.

Este derecho a la salud rara vez se puede ejercitar plenamente por la falencia económica de los Ministerios de Salud que no disponen de los recursos esenciales para extender y dotar sus servicios, a fin de que tengan una calidad aceptable y sean accesibles a toda la población.

Solidaridad Social.

Reconociendo que las prestaciones médicas deben ser accesibles a toda persona que necesite de ellas y que esta accesibilidad depende, en gran parte, de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles, resulta evidente que el ejercicio del derecho a la salud tendrá un distinto significado para

diferentes grupos sociales, debido a la mala distribución de los recursos, especialmente financieros. De ahí ha nacido el concepto de la solidaridad social, que es otro componente de la convivencia humana en la sociedad moderna, y que consiste en la responsabilidad que tienen los grupos sociales mejor dotados para ayudar a otros grupos menos favorecidos en el conglomerado social. La redistribución de la riqueza de que siempre se ha hablado como una conquista para reducir las diferencias entre los distintos grupos componentes de la sociedad tiene una expresión práctica en la aplicación de este principio de la solidaridad que ha sido adoptado especialmente por las instituciones de seguridad social, como uno de los mecanismos a través de los cuales el estado cumple con su función coordinadora para garantizar que toda la población tenga acceso a prestaciones médicas integrales y de la más alta calidad posible en proporción a los recursos disponibles.

La solidaridad social se transforma así en un elemento indispensable para el ejercicio del derecho a la salud, en el cual quedaría como un ideal inalcanzable si no se estableciera el mecanismo de una justicia distributiva, que permita poner al alcance de toda la población los recursos siempre insuficientes del sector salud.

Cooperación mutua.

Una forma más elemental de cooperación entre distintos grupos sociales y que tuvo su auge hacia fines del Siglo XIX y que aún existe con mayor o menor grado de desarrollo en los diversos países del mundo han sido los fondos de ayuda mutua que caracterizaron a las sociedades mutuales y al mutualismo en las primeras etapas de la revolución industrial.

La parte conceptual del mutualismo es la formación de un fondo de ayuda mutua que administrado por los propios contribuyentes permite venir en ayuda de cualquiera de sus miembros, cuando se produce una emergencia, ya sea por causas de enfermedad, accidente o deceso del jefe de la familia. El sistema mutual sólo es aplicable a grupos sociales homogéneos en que todos sus componentes dispongan de recursos económicos semejantes. En los países en que aun existe, se ha hecho evidente que el encarecimiento de las prestaciones han obligado a alzar las contribuciones de los afiliados en tal proporción que la mayor parte de la población es financieramente incapaz de afiliarse.

Asistencia Social.

Los programas de atención médica destinados a dar prestaciones a los grupos de indigentes y menesterosos, que aun persisten en la mayoría de los países, están basados principalmente en los sentimientos caritativos derivados de los principios morales de la convivencia humana. Traducen la necesidad que sienten las clases más favorecidas de la sociedad de ayudar al desvalido, proteger al enfermo y al inválido. La asistencia social en su comienzo en la his-

toria del mundo fue de la iniciativa privada; más adelante ha sido adoptada por los gobiernos, transformándose en un servicio público que casi siempre está regulado por ley.

Parecería anacrónico en el estado actual del desarrollo social del mundo moderno basar una política de salud solo en estos conceptos de asistencia al desvalido. Por una parte, la salud es hoy día reconocida como un derecho y, por otra parte, el progreso tecnológico ha encarecido de tal manera las prestaciones médicas que ya los regímenes de asistencia social son incapaces de financiarlas. Sin embargo, en la formulación de una política de salud para el futuro no se puede desconocer la existencia de estos regímenes de asistencia social. Es necesario tenerlos presentes para incorporarlos en una forma armónica dentro del conjunto de instituciones y servicios que deben constituir el sistema nacional de salud.

Responsabilidad individual.

Durante muchos años se sostuvo que la conservación de la salud era una responsabilidad del individuo. En el momento actual, sería tal vez erróneo fundamentar una política de salud solamente en este concepto que ya ha sido sobrepasado por los avances tecnológicos de la medicina, por la elevación desmesurada del costo de las prestaciones médicas, sobre todo, por el conocimiento de las relaciones ecológicas que condicionan en buena parte el estado de salud, enfermedad o invalidez a las relaciones entre el ser humano en el ambiente en que vive.

Sería injusto hacer responsable al individuo de enfermedades que dependen de las condiciones ambientales de trabajo o de la localidad en que vive.

La contaminación de las aguas, de la atmósfera, de los alimentos, y la aparición de agentes físicos, químicos y radiactivos que modifican sustancialmente el equilibrio ecológico del individuo son las consecuencias. La consecuencia del progreso industrial, y la sociedad en su conjunto debe asumir la responsabilidad de prevenir estos efectos de deterioro, como asimismo de restaurar el estado de salud de los individuos que han sido afectados por estas circunstancias adversas del ambiente. Por otra parte, el enorme avance tecnológico de la medicina en el curso de los últimos cincuenta años, fuera de los grandes beneficios que ha aportado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, ha traído como consecuencia, además, un elemento negativo, cual es la elevación sideral del costo de las prestaciones médicas, que han llegado a un nivel tal que hacen imposible que el ciudadano común sea capaz de pagar su precio. Esta es otra razón determinante para buscar otros medios de financiamiento, ya que los recursos individuales son insuficientes para obtener las prestaciones médicas, en lo que se ha dado en llamar los casos de "enfermedad catastrófica".

Lo anterior no quiere decir que el individuo se debe mantener totalmente ajeno al proceso de salud, enfermedad, invalidez y muerte que lo afectan muy directamente en sus intereses personales. Es indudable que todo miembro de la sociedad moderna debe preocuparse por mantener para él y sus familiares un elevado estandar de higiene y de prevención de las enfermedades más corrientes. Esto exige un alto nivel de cultura sanitaria y una buena información sobre el funcionamiento normal del cuerpo humano y sobre las causas patológicas que pueden alterar esta normalidad. Es también responsabilidad del estado impartir esta educación y proporcionar esta información de manera de crear en cada miembro de la sociedad una actitud mental favorable del cuidado de la salud y a la prevención de las enfermedades. La oportunidad de las inmunizaciones, la eliminación de hábitos perjudiciales a la salud, y el diagnóstico precoz de las enfermedades debería formar parte del acervo cultural de todos los grupos sociales. Como consecuencia de ello debería promoverse el sentido de responsabilidad de cada uno para contribuir al financiamiento de servicios médicos colectivos.

Seguro de salud privado.

El obstáculo más importante para este tipo de prestaciones médicas dejadas al arbitrio de la responsabilidad individual de cada uno es su financiamiento. Es obvio que un 90% o más de nuestros países es incapaz de financiar el alto costo actual de las prestaciones, especialmente en el caso de lo que se ha dado en llamar la "enfermedad catastrófica". Para salvar este obstáculo, en algunos países se ha introducido el seguro de salud privado, que bajo distintos mecanismos de prepago y de práctica médica en grupos permite que las personas gocen de un seguro de salud en contra de los riesgos determinados por el estado de enfermedad y que ordinariamente se traducen en pago de consultas médicas, de farmacia y, eventualmente, de hospitalización. Algunos de estos sistemas, cuando no tienen fines de lucro, han logrado organizar prestaciones médicas directas a través de servicios propios que son de alta eficiencia y eficacia. La mayoría de ellos, sin embargo, se limitan a reembolsar los gastos en que ha incurrido el paciente en porcentajes que oscilan entre 50 al 80% del costo de las prestaciones. En éste último caso, se transforman en un simple mecanismo financiero que permite reducir la carga económica que representa el uso de los servicios médicos privados. En estas condiciones constituye un componente indispensable del esquema de prestaciones médicas bajo iniciativa privada, como lo veremos más adelante.

Co-participación pluralista.

Frente al problema de la organización y el financiamiento de prestaciones médicas integrales y de alta calidad, a las cuales tenga acceso toda la población, los gobiernos de todos los países se encuentran en el momento actual preocupados de buscar sistemas que les permitan cumplir con sus responsabilidades frente al cuidado de la salud de la comunidad dentro de los recursos

disponibles y respetando las tradiciones culturales de los distintos grupos sociales. El problema es arduo y el análisis de lo ya realizado parecería demostrar que ningún país ha alcanzado una organización ideal que permita satisfacer las condiciones de fácil accesibilidad, alta calidad y buena aceptación de los proveedores y de los consumidores de las prestaciones médicas.

Una mirada retrospectiva a lo que se ha hecho y a lo que se está haciendo en materia de sistemas de salud permite comprobar que ninguna de las fórmulas empleadas hasta ahora ha alcanzado las metas propuestas y que, a pesar de todos los ensayos y de las buenas intenciones de los gobiernos, el hecho práctico es que siguen existiendo grandes masas de población que no tienen acceso a los servicios, que la calidad de estos deja mucho que desear y que, en general, no se están utilizando todos los conocimientos científicos disponibles en beneficio de la salud de la comunidad; que el descontento entre los usuarios por la inaccesibilidad y mala calidad de las prestaciones llega ya a límites intolerables que, en algunos sitios, amenaza con estallidos violentos y, finalmente, que los médicos y otros trabajadores de la salud se encuentran profundamente frustrados por las condiciones poco satisfactorias en que tienen que ejercer sus respectivas profesiones. En mayor o menor grado esta situación es común a todos los países del mundo. Parecería que ha llegado el momento de buscar soluciones más racionales por encima y más allá de los pequeños intereses de grupo o de las aspiraciones y exigencias desmedidas de ciertos sectores. Ha llegado, a nuestro juicio, la hora de terminar con los privilegios de aquellos grupos que "tienen derecho" frente a los que "no tienen derecho" a las prestaciones médicas. En la sociedad moderna no es tolerable que cuando se han alcanzado los mejores medios de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, a través de una tecnología médica de alto perfeccionamiento científico, todavía se sigan muriendo en nuestras ciudades personas que no han tenido ninguna clase de atención médica, ni es aceptable que un alto porcentaje de los partos ocurran sin intervención profesional de ninguna especie. Nuestra sociedad actual ha llegado a la situación increíble de tener a su disposición los recursos médicos más sofisticados, pero carecer de los mecanismos financieros, administrativos y de comunicación para poner estos recursos a la disposición de quienes los necesitan.

El principal escollo es el financiamiento de las prestaciones, el cual en los últimos años se ha ido haciendo cada vez más difícil a medida que se eleva su costo. En 1951 el Gobierno de los Estados Unidos creó una comisión conocida con el nombre de Comisión Magnuson, destinada a hacer un estudio crítico de las necesidades de salud de la Nación y a recomendar acciones que debían realizarse para satisfacer estas necesidades. Entre los estudios realizados por esta Comisión se demostró que, en aquel momento, el 75% de la población americana no estaba en condiciones de pagar el pre-

cio de la enfermedad “catastrófica” y que debían, en consecuencia, ser considerados como “indigentes médicos”. En los 23 años que han transcurrido desde este informe el seguro privado de salud ha progresado mucho en los Estados Unidos, llegando a cubrir más del 80% de la población, pero no ha logrado corregir el defecto básico, que es la ausencia de un sistema que otorgue prestaciones integrales de salud a toda la población sin barreras económicas. Once proyectos de ley se encuentran en este momento en estudio en el Congreso Norteamericano y es decisión tanto del Gobierno como del Parlamento buscar a la brevedad posible una solución racional a este problema social. La situación se presenta con iguales características casi en la totalidad de los países de América Latina agravada por la escasez de recursos humanos, materiales y financieros para darle solución.

La co-participación pluralista de las diversas instituciones y grupos interesados en las prestaciones médicas a través de un sistema nacional de salud aparece en estas circunstancias como una alternativa atrayente que puede servir de fundamento a una política de salud basada en la coordinación y colaboración de todas las partes interesadas en un programa nacional integral de salud para toda la población.

Requisitos Básicos

Una vez formulada la política de salud, de acuerdo con alguna de las líneas conceptuales expuestas en el capítulo anterior, la autoridad ejecutiva superior del país correspondiente debe tomar una serie de decisiones que constituyen los requisitos básicos para organizar un sistema, de acuerdo con la política aprobada. Estas decisiones dicen relación con la cobertura de la población, la calidad de las prestaciones, el financiamiento de los servicios y la determinación de las prioridades de los programas.

Cobertura de la población.

La meta ideal es alcanzar la cobertura universal. Es, sin embargo, necesario reconocer que sólo en forma excepcional se ha alcanzado dicha meta. Barreras geográficas, características climáticas, insuficiencia de los recursos e incapacidad de financiamiento son algunas de las causas que determinan que la cobertura no alcance el nivel ideal.

De acuerdo con la mejor información disponible, la cobertura teórica en las ciudades de más de 2 000 habitantes en Latinoamérica oscila entre un 90 a un 100%. Esta cobertura que a simple vista parece satisfactoria no lo es en la práctica, por cuanto la escasez de recursos es causa de que los servicios estén sobrecargados de pacientes y no sean, por lo tanto, accesibles a la población que los necesita.

La situación es mucho menos favorable en las localidades de menos de 2 000 habitantes, donde la cobertura alcanza a un 20% de la población y donde la calidad de los servicios es necesariamente inferior, ya que no resulta económicamente factible extender servicios completos a poblaciones dispersas en grandes extensiones de terreno con una concentración demográfica muy baja. Esto es especialmente grave si se considera que el 48% de la población de Latinoamérica vive en las zonas rurales, lo que en cifra absoluta representa 125 000 000 de habitantes, de los cuales sólo 25 000 000 gozan de una cobertura limitada de servicios de salud, dejando 100 000 000 de personas que no tienen acceso a ninguna clase de servicios.

La decisión en esta materia es de la mayor trascendencia y debe ser tomada después de realizar estudios muy completos de la demanda de servicios, su productividad y la capacidad de los recursos para satisfacer la demanda. Si tenemos que la cobertura declarada para las grandes ciudades es teórica, por cuanto, si bien con frecuencia se reconoce a todo ciudadano el derecho a recurrir a los servicios de salud en caso de necesidad, o bien no es menos cierto que la insuficiencia de hospitales y de clínicas ambulatorias determinan que las prestaciones médicas sean inaccesibles para una proporción más o menos elevada de la población. En el caso de las leyes de seguridad social con frecuencia es la propia ley la que califica los requisitos para obtener el derecho a la prestación, quien no cumple con dicho requisito básico no tiene acceso a los servicios médicos.

La disponibilidad de los recursos y la accesibilidad de la población a los servicios son en consecuencia los factores primordiales que condicionan la decisión sobre la extensión de la cobertura. Como factores condicionantes se podrían citar la utilización y la productividad de los recursos, factores que generalmente se pueden modificar por simples medidas de reorganización administrativa.

Calidad de las Prestaciones.

Los factores que conforman la calidad de las prestaciones médicas son tantos y tan variados que difícilmente se pueden definir en forma completa y breve. La formación profesional del médico, las condiciones físicas de los edificios, la disponibilidad de equipo para el diagnóstico y tratamiento y la existencia de un proceso técnico administrativo adecuado son algunos de los factores que se combinan entre sí para determinar el grado de calidad de las prestaciones médicas. Ninguno de estos factores aisladamente es capaz de producir calidades, es indudable que la formación y el conocimiento científico de los profesionales, que están a cargo de la atención directa del paciente, es decir, médicos y enfermeras, constituyen el elemento esencial para que las prestaciones tengan el nivel adecuado.

No puede sin embargo, desconocerse que el mejor árbitro para juzgar sobre la calidad de las prestaciones recibidas es el propio paciente. Aun cuando a su juicio puede estar incluido por razones ajenas al valor científico, tales como simpatía personal por su médico, confort físico de las buenas instalaciones generales o satisfacción por la forma como ha recibido la prestación, o por un buen sistema de informaciones, no es menos cierto que a la larga la que prevalece es la opinión de la clientela y en ella se basa el prestigio o desprestigio de un hospital.

La calidad científica se mide por la auditoría médica y el prestigio exterior por las encuestas de opinión pública entre los usuarios y del servicio médico. Un buen juicio evaluativo basado sobre indicadores cuantificables debidamente ponderados permitirán hacer una evaluación objetiva y realista de las prestaciones médicas.

Financiamiento.

El costo de las prestaciones médicas y especialmente de la atención hospitalaria ha ido subiendo en espiral, llegando a niveles que resultan prácticamente inalcanzables para la mayor parte de la población.

Uno de los problemas más complejos para el administrador de sistemas de salud es conciliar la necesidad de mantener una alta calidad científica de las prestaciones, permitir que ellas sean accesibles a la totalidad de la población y obtener que el conjunto de servicios destinados a otorgar estas prestaciones tenga un costo razonable que quede dentro de los límites del financiamiento del producto nacional bruto. Los mecanismos de financiamiento y el origen de los fondos estará determinado por la política de salud elegida por el gobierno. En definitiva, cualquiera que sea esa política y cualquiera que sea la fuente de recursos, el hecho positivo es que el precio de los servicios de salud tienen que ser pagados por la riqueza nacional, en otras palabras por el P.N.B. De ahí entonces que resulta ilusorio pensar que se puede alcanzar el desarrollo de los servicios de salud independientemente del desarrollo económico social del país. La experiencia enseña que el progreso industrial, agrícola y social de un país constituye un todo armónico, en el cual junto con el desarrollo industrial y agrícola se produce el desarrollo de las comunicaciones, se mejoran las condiciones de vivienda y, al mismo tiempo se extienden los servicios educacionales y de salud.

Antiguamente se pensaba que el cuidado de la salud era una responsabilidad individual y que, por lo tanto, el financiamiento de las prestaciones médicas debía ser absorbido por el individuo o por el Jefe de la familia, cuando se trataba de la atención del grupo económicamente pasivo. Dentro de este enfoque, existían hospitales y clínicas privadas y el ejercicio libre de la profesión médica para satisfacer las necesidades de salud de aquellos que

podían pagar de sus propios bolsillos el valor de estas prestaciones. Para los grupos indigentes y desvalidos de la sociedad se organizaban servicios de asistencia social pública o privada, que ofrecían prestaciones mínimas en dispensarios y hospitales de caridad. Apareció posteriormente junto con el advenimiento de la revolución industrial en Europa la práctica de los seguros sociales, entre los que el seguro de enfermedad y de maternidad constituyó una manera distinta de otorgar las prestaciones médicas y un mecanismo nuevo para su financiamiento. En primer lugar, el seguro de enfermedad introdujo un elemento nuevo en la relación médico-paciente que fue el mecanismo financiero que apareció como un intermediario entre el médico y su paciente, que facilitó esta relación haciendo desaparecer la barrera financiera que anteriormente impedía el acceso de los grupos económicamente débiles a prestaciones médicas de alta complejidad. En los países en que con anterioridad al advenimiento del seguro existían buenos servicios hospitalarios, los seguros sociales, con frecuencia, prefirieron contratar servicios con los hospitales existentes y limitarse a organizar servicios propios para la atención ambulatoria. Sin embargo, a medida que han progresado los seguros sociales y que los derechohabientes han adquirido conciencia de la importancia de su salud y del derecho que les asiste a recibir prestaciones de la mejor calidad posible, la construcción de hospitales y consultorios propios ha resultado indispensable para la mayor parte de las instituciones de seguridad social. Lo mismo es válido para los organismos de prepago en el seguro privado, que construye sus propios servicios como única manera de asegurar alta calidad, buena utilización y control de costos

Finalmente, como el alza de precio de las prestaciones médicas ha sido tan fuerte en el curso de los últimos años, el resultado ha sido que ya son muy pocos los individuos o familias que pueden financiar sus propios servicios, y los seguros sociales y los seguros privados frente al problema financiero de la elevación de costo se ven obligados a alzar las primas de sus afiliados. Pero este proceso no puede ser indefinido y cuando ya alcanza ciertos límites intolerables para los derechohabientes, los seguros se ven forzados a transferir algunas de sus responsabilidades al estado por medio de la eliminación de ciertos riesgos o de ciertos exámenes y medios terapéuticos.

Es así como debido a la incapacidad creciente de grandes grupos de población para solventar el precio de sus prestaciones médicas y debido, por otro lado, a la limitación de las prestaciones del seguro social que no alcanzan a ciertos grupos de individuos, como los trabajadores rurales, u ofrecen prestaciones por un tiempo limitado, los Ministerios de Salud se han visto obligados a organizar servicios públicos financiados por el estado para conceder prestaciones médicas a todos aquellos grupos que no pueden obtenerlas por otros medios.

De lo anterior se deduce que las fuentes de recursos financieros para las prestaciones médicas son esencialmente las siguientes:

1. El presupuesto general de la nación que financia servicios para la población indigente, especialmente rural; en ciertos casos, también organiza servicios médicos para sus propios servidores o paga, en su calidad de empleador, cotizaciones al seguro social para sus empleados.
2. Los fondos de la seguridad social, que se forman generalmente a través de contribuciones tripartitas del trabajador, el patrono y el estado para dar prestaciones médicas a sus derechohabientes.
3. Los fondos mutuos, a través de mutuales organizadas o de servicios médicos de prepago, que se diferencian del seguro social en que no tienen carácter obligatorio.
4. Las ayudas filantrópicas o caritativas para financiar prestaciones médicas destinadas a los indigentes y desvalidos.
5. El pago directo de servicios por parte del consumidor que puede ser total, en ciertos casos, o parcial en otros, ya sea por medio de un ticket moderador o por la obligación de pagar ciertos servicios que no están incluidos entre las prestaciones liberadas ofrecidas por el estado o por el seguro social.

Lo corriente es observar que todos estos mecanismos se combinan en forma arbitraria en la mayor parte de los países, predominando uno u otro según la política establecida por el gobierno de la nación.

Determinación de prioridades.

Cualesquiera que sean los mecanismos de financiamiento es un hecho comprobado universalmente que los fondos destinados al sector salud nunca son suficientes para cubrir la totalidad de las necesidades de salud. Esta limitación financiera trae como consecuencia inevitable la imposibilidad en que se encuentran los estados para dar solución integral a los problemas de salud. Inevitablemente, por razón de fuerza mayor, habrá que dar prioridad a ciertos problemas que son más urgentes, postergando la solución de otros que se pueden juzgar como menos importantes. Lo malo está en que esta selección de prioridades no siempre se hace sujeta a un proceso de análisis científico o social, sino que con mucha frecuencia se realiza en forma arbitraria, dependiendo solamente de la voluntad de la decisión de las autoridades de salud y de la iniciativa de los grupos interesados.

Para que las decisiones en materia de selección de prioridades adquieran cierta racionalidad científica es indispensable hacer un análisis estadístico y epidemiológico de las curvas demográficas, de las causas más prevalentes de enfermedad y muerte, de los recursos disponibles para prevenir y curar enfermedades, de los medios de comunicación para dar acceso a los servicios, de la capacidad financiera y administrativa del país y de la cultura sanitaria de la población. El análisis ponderado de todos estos factores condicionantes llevará a determinar lo que se ha dado en llamar las áreas-problemas, es decir aquellas enfermedades o grupos de enfermedades que constituyen las principales causas de mortalidad y morbilidad en un país. Entre éstas habrá que identificar aquellos riesgos que son prevenibles por medio de inmunizaciones, de educación sanitaria y alimentaria, exámenes de masa de carácter preventivo, etc. En segundo término, habrá que seleccionar aquellas enfermedades, para las cuales existe un tratamiento específico rápido y eficaz, que puede eliminar el mal en forma acelerada y económica. Es posible que en algunas comunidades exista una enfermedad cuya incidencia y prevalencia sea tan elevada que domina a todas las demás como problema de salud y puede ser necesario organizar una campaña vertical de control o de erradicación, según los casos, para eliminar o reducir a proporciones manejables ese problema antes de enfrentarse con el resto de los problemas de salud de esa comunidad determinada.

A través de este proceso de análisis, estudio y selección de prioridades se puede llegar a establecer programas orientados a la solución de los problemas más importantes del sector salud y dentro de la capacidad de los recursos humanos, materiales y financieros del país. Es necesario, sin embargo, tener presente que el resto de los males que aquejan a una población, aquellos que no han recibido una prioridad muy alta siguen existiendo y necesitan que se les dé cierta preocupación; aún cuando su tratamiento puede ser limitado o restringido por un cierto período de tiempo. El caso es muy evidente en aquellos países de escaso desarrollo sanitario, donde las enfermedades transmisibles, la desnutrición y la mortalidad infantil constituyen un porcentaje apreciable de los problemas del sector salud que deben ser tratados con la más alta prioridad y con urgencia inmediata, ya que en forma muy obvia esas son las áreas-problemas del sector. Si se concentran los recursos en estas áreas y se organizan programas adecuados para reducir los riesgos específicos, es posible que después de algunos años estos problemas hayan desaparecido o se hayan reducido en tal proporción que dentro del conjunto de las curvas estadísticas dejen de tener la importancia que en un momento tuvieron y, por el contrario, en forma proporcional pasan al primer plano de las consideraciones aquellos otros problemas que al principio no tuvieron prioridad y que fueron postergados. Tal es el caso, por ejemplo, de las enfermedades cardiovasculares y de los tumores que comienzan a adquirir una importancia destacada como principales causas de muerte en aquellos países donde las

enfermedades transmisibles ya han sido erradicadas o controladas, y la mortalidad infantil se ha reducido a tasas moderadas.

Esta es la manera como opera el mecanismo de selección de prioridades, que no significa poner todo el énfasis en forma total y permanente en cierto grupo de afecciones y en ciertas técnicas de prevención y curación, sino que tiene que constituir un proceso dinámico de análisis y evaluación constante y de modificación de prioridades, de acuerdo con la etapa demográfica y patológica que está viviendo el país.

Organización

Recursos Humanos.

Para otorgar prestaciones médicas integrales al núcleo urbano, suburbano y rural es condición absolutamente esencial disponer de los recursos humanos suficientes para responder a la demanda de servicios en los distintos niveles de atención. La escasez de personal y su mala distribución se transforman, a veces, en uno de los obstáculos insalvables en la organización de los servicios, debido al tiempo mínimo indispensable para formar dichos recursos humanos. La formación de un médico toma ocho años, de una enfermera tres a cuatro años y así sucesivamente con los demás profesionales y técnicos de la salud. Esta es una etapa que no se puede omitir, ya que la prestación de servicios sólo se puede otorgar a través de un equipo de salud dirigido por un médico y constituido por numerosos profesionales y técnicos de diferentes disciplinas. El problema se ve agravado porque en determinado tipo de servicios, tales como el médico familiar para atención suburbana y rural no basta con la formación básica de la escuela de medicina, sino que es necesario darles conocimientos complementarios, y este proceso de enseñanza-aprendizaje en el caso del médico familiar toma entre seis meses a dos años. Igual ocurre con los especialistas de las distintas ramas médicas y quirúrgicas para los servicios de mayor complejidad de los hospitales urbanos.

Recursos Físicos.

Al igual que los recursos humanos, los recursos físicos constituyen un elemento esencial para la organización de servicios médicos. El énfasis debe estar en la construcción de centros de salud urbanos, suburbanos y rurales, con el objeto de crear la infraestructura destinada a dar prestaciones médicas integrales de carácter ambulatorio en una red de servicios que acerque el equipo médico a la comunidad que va a servir. Debe tenerse presente que el centro de salud rural con frecuencia exige en nuestro medio latinoamericano—no la disponibilidad de unas pocas camas para atención de partos y para

hospitalizaciones transitorias mientras el enfermo se traslada a un centro especializado de las áreas urbanas o suburbanas.

En materia de construcciones hospitalarias hay que tener presente que este es un recurso muy caro, ya que representa una elevada inversión de capital para su construcción y equipamiento, y en seguida los gastos de funcionamiento representan una suma aproximada a una tercera parte del costo de construcción en cada año de funcionamiento. Es por eso que sería un error basar un programa de atención médica integral con preferencia en la atención hospitalaria, cuando, además, sabemos que el 90 al 95% de los problemas de la asistencia médica integral pueden ser solucionados en forma ambulatoria. Es necesario, en consecuencia, hacer estudios de demanda específica por enfermedad o grupos de enfermedades como base de un programa de construcciones hospitalarias, que debe estar dirigido en lo posible a la remodelación de antiguos hospitales y sólo en última instancia a la construcción de edificios nuevos, cuando su necesidad se demuestra como absolutamente indispensable.

Es necesario, además, tener presente que los recursos físicos necesitan mantenimiento y conservación, especialmente de los equipos e instalaciones. Este mantenimiento debe programarse desde la etapa de planificación a fin de seleccionar los equipos, de acuerdo con la función que van a prestar y adiestrar al personal con los conocimientos suficientes para el mantenimiento y, especialmente, la calibración de los equipos.

Proceso administrativo.

Después de asegurar la existencia de recursos humanos y de recursos físicos, el tercer componente de un sistema de salud es organizar un proceso administrativo que facilite el funcionamiento expedito del servicio y que sirva como agente intermediario para poner esos recursos y el conocimiento científico existente a disposición de quienes lo necesiten. Describiremos a continuación, preferentemente las distintas etapas de este proceso administrativo:

Programación.

La información estadística disponible nos permite conocer la experiencia pasada y sirve como base para programar los servicios futuros.

Dentro de un sistema de salud se deberán incluir tantos programas como sean necesarios para atender la demanda de servicios, de acuerdo con las prioridades previamente determinadas. Entre otros se podrán desarrollar programas de asistencia médica familiar, de medicina interna de adultos, de control epidemiológico y de erradicación de enfermedades transmisibles, de atención pediátrica y planificación familiar, de higiene mental, de odontología, etc.

Cada programa deberá estar regionalizado y centralizado en su ejecución y tener normas técnicas, claras y precisas, para la atención integral de la población. Es útil para promover la integración de las actividades preventivas y curativas, que el mismo jefe del servicio clínico del hospital sea a la vez jefe del programa comunitario de la misma especialidad. Esto vincula a los clínicos con la epidemiología y la administración y amplía el horizonte de actividades del servicio hospitalario.

Coordinación.

La coordinación entre los distintos departamentos de una misma institución y entre diferentes instituciones debe ser promovida en toda forma ya que ella es condición indispensable para planificar, ejecutar y evaluar las prestaciones médicas. El uso de una terminología común, la adopción de nomenclaturas y sistemas estadísticos uniformes, la nivelación de salarios y otros beneficios sociales del personal, la buena utilización de instrumentos especializados, etc. son medios a través de los cuales se puede alcanzar una buena coordinación, que se traduce en mejor utilización de recursos y en mayor productividad de los servicios.

Descentralización.

El sistema nacional de salud dentro de cuya estructura deben organizarse los servicios para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar urbano, suburbano y rural es una maquinaria de tal magnitud administrativa, que resulta imposible manejarla en forma centralizada. De ahí, la necesidad de descentralizar el proceso administrativo. Esta descentralización debe abarcar amplia delegación de funciones desde los niveles superiores hasta los niveles intermedios y locales, en tal forma, que haya efectiva descentralización en el manejo del personal, el manejo del presupuesto, la aplicación de la ley y los reglamentos, y si es posible, también el financiamiento. Un complemento importante de los mecanismos de descentralización debe ser la participación de la comunidad y de los profesionales de la salud en la administración de los servicios locales.

En la mayoría de los países latinoamericanos existe una fuerte tendencia en sentido inverso, es decir hacia la centralización de la autoridad y no siempre resulta fácil convencer a las autoridades de la necesidad de descentralizar los servicios de salud. Hay muchas razones que justifican, sin embargo, la descentralización. Una de ellas es la que ya hemos mencionado de la magnitud de los servicios necesarios para dar prestaciones médicas integrales preventivas, curativas y rehabilitativas a la totalidad de la población de un país. Esto exige un numeroso personal multidisciplinario que debe otorgar una enorme variedad de prestaciones con tecnologías diferentes a una po-

blación constituída por millones de personas con muy distinto grado de nivel cultural y con distintas necesidades de salud. La maquinaria administrativa necesaria para hacer funcionar este gigantesco servicio es tan compleja que su dirección no puede estar centralizada. Por otra parte, si se desea que la programación y la evaluación de los servicios prestados se realice localmente es también necesario que la ejecución de las actividades de salud sea también conducida a nivel local con efectiva participación de los proveedores y de los consumidores de las prestaciones médicas.

Regionalización.

La regionalización administrativa resulta así un mecanismo indispensable para llevar a la práctica la programación, la coordinación y la descentralización de los servicios destinados a dar prestaciones integrales de salud a la comunidad.

En lo posible la región de salud debe ser autosuficiente y debe comprender áreas urbanas, suburbanas y rurales con un hospital general de especialidades como centro de operaciones y con una red de hospitales de comunidad y de centros de salud periféricos para llevar las prestaciones a los sitios de residencia de trabajo o de estudio de la comunidad.

Comunicaciones e información.

Para que un sistema nacional de salud cumpla adecuadamente con sus objetivos es necesario mantener debidamente informados a los consumidores y a los proveedores de sus servicios. La información que debe ponerse a disposición de la comunidad es variada y las comunicaciones deben establecerse a distintos niveles y en distintas direcciones. Es necesario, en primer lugar, educar al público sobre el valor de la salud y los medios de conservarla y, al mismo tiempo, darles conocimientos elementales que les permitan recurrir a los servicios médicos en forma oportuna y cuando aparecen los primeros síntomas premonitores de enfermedad. Es necesario, además, que sepan a donde dirigirse y que estén debidamente informados sobre los locales en que los servicios estén disponibles y las horas de atención. Por su parte, todo el personal del sistema de salud debe estar informado sobre la disponibilidad de servicios para orientar en forma inteligente a la clientela a fin de que se dirijan a la especialidad o al servicio que corresponda de acuerdo con las dolencias que sufren.

Pero las comunicaciones y la información no solamente son necesarias para estos objetivos logísticos de la buena ubicación de los pacientes. La información estadística debe, además, proporcionar los datos que permitan conocer la morbilidad, la mortalidad por causas específicas, la evolución de cada caso y el resultado del tratamiento, su duración y, especialmente, el

promedio de estada de los pacientes en los hospitales, la utilización y la productividad de los recursos de salud, y además, el costo de las prestaciones tanto ambulatorias como hospitalarias. Todos estos datos constituyen la base para estudios científicos, estadísticos, administrativos o financieros, que permitan evaluar periódicamente el proceso administrativo, controlar los gastos y practicar la auditoría médica para medir la calidad de las prestaciones.

Todo este complejo sistema de comunicaciones e información puede ser perfeccionado enormemente, cuando se dispone de computadores, pero aún sin ellos, es posible organizarlo en forma suficientemente eficiente, como para que resulte útil como complemento de los objetivos del sistema de salud.

Evaluación y control.

Es posible evaluar el acto médico desde el punto de vista de su calidad científica y también se puede evaluar el proceso administrativo a través del cual se otorga la prestación médica. Finalmente, se puede medir el producto de la asistencia médica en términos de su eficiencia expresada en el resultado del tratamiento y en su eficacia que se revela por la elevación del estándar de salud de la población y por la aceptación social de las prestaciones ofrecidas.

El acto médico se evalúa por la auditoría médica. La evaluación del proceso administrativo se hace por sus resultados finales y se mide a través del promedio de estada, el índice ocupacional y el índice de rotación o giro de las camas hospitalarias. La eficacia de los servicios en general está expresada por la reducción de las curvas de morbilidad y mortalidad, por la elevación del estándar de vida y de bienestar de la población servida y por la aceptabilidad del servicio por parte de los usuarios y de sus familiares.

Para que la evaluación tenga un significado práctico es necesario que previamente se haya hecho la programación cuantificada de las actividades de salud, solo así será posible practicar una evaluación igualmente cuantificada que permitirá comparar las metas iniciales con los resultados finales y ver hasta qué punto los objetivos han sido cumplidos. Este mecanismo de control permite al médico administrador definir objetivos cuando es necesario, y revisar sus métodos de acción cuando la evaluación del proceso administrativo y tecnológico demuestra que existen obstáculos y estrangulaciones que demoran acción o que distorsionan sus resultados.

Prestaciones Medicas Integrales

Tipo de atención.

El concepto de prestaciones médicas integrales implica que ellas deben ser de

carácter preventivo, curativo y rehabilitativo y deben seguir al ser humano desde el momento de la concepción hasta la muerte. En otras palabras, los servicios destinados a otorgar prestaciones médicas integrales deben preocuparse en la vigilancia del embarazo, de la atención profesional del parto, de la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, de los servicios preventivos personales de toda la población, el diagnóstico precoz de las enfermedades y accidentes, de la prevención, de la invalidez y de la rehabilitación del inválido cuando ésta se ha producido, y finalmente, de la prevención de la muerte o de por lo menos su postergación, cuando ella es inevitable.

Las prestaciones médicas integrales envuelven, en consecuencia, innumerables tecnologías médicas, que van desde las inmunizaciones hasta las intervenciones quirúrgicas, pasando por la educación para una nutrición adecuada, la promoción de la higiene mental, el diagnóstico oportuno de enfermedades crónicas, tales como la tuberculosis, la diabetes, las cardiopatías, los tumores, etc., y, finalmente, la adaptación de prótesis y ortesis para reemplazar el funcionamiento de órganos que se han perdido.

Esta enorme variedad de prestaciones requerirá una subdivisión del trabajo médico por especialidades a fin de utilizar mejor los recursos y de obtener mayor productividad de ellos. Cualquiera que sea el esquema que se escoja para otorgar prestaciones habrá necesidad de reconocer que se necesitan servicios de medicina general y servicios especializados. Los primeros a cargo de médicos generales que son capaces de resolver no menos de un 90% de los problemas de salud de la población. Los segundos a cargo de médicos especialistas que observaran en profundidad los procesos patológicos en los casos que hayan sido seleccionados para su atención.

En ciertos esquemas, especialmente cuando se utiliza el sistema de médico familiar, se ha considerado útil separar la atención de adultos de la de los niños. En la mayor parte de nuestros países siguen existiendo hospitales de niños, que dentro de la clasificación de hospitales se consideran como hospitales generales, ya que tienen todas las especialidades básicas de un hospital de adultos. La tendencia, sin embargo, es a organizar departamentos de pediatría dentro de los hospitales generales.

La distinción entre pacientes agudos, subagudos, crónicos y de urgencia es también útil como una manera de concentrar los recursos especializados en los pacientes críticos, ya sea casos de urgencia, post operados, o simplemente afecciones graves que ponen en peligro la vida del paciente. En esta forma se pueden destinar recursos de menor complejidad al enfermo subagudo y más simples todavía al crónico o al convaleciente. Esto que ha

sido la base del sistema conocido como la atención progresiva del paciente, si bien permite una mejor utilización de los recursos, cabe advertir que el método debe ser manejado con cautela por cuanto produce una reacción depresiva en el paciente a quien se destinan recursos mínimos.

Finalmente, la atención se puede conceder en centros de salud, en consultorios externos, en el domicilio del paciente o en una sala de hospital. La tendencia hoy día es dar el máximo de servicio en forma ambulatoria, ya que estas prestaciones requieren una menor inversión de capital y sus gastos de operación son menores que las del hospital. Igualmente el domicilio, si cuenta con ciertas condiciones mínimas higiénicas y económicas, puede servir en muchos casos como un sitio mejor que el hospital para atender a ciertos pacientes donde el elemento efectivo familiar es de mayor importancia que la atención médica propiamente tal.

En resumen, se puede decir que la medicina preventiva sigue siendo el elemento fundamental de las prestaciones médicas integrales y que para los casos que necesitan medicina curativa la atención ambulatoria o domiciliaria permite atender a la mayor parte de los pacientes en forma efectiva y más económica. En esta forma, el hospital queda reservado solamente para los casos de mayor complejidad diagnóstico y terapéutica para la atención del parto, para las enfermedades transmisibles que requieren aislamiento y para ciertos casos cuyas condiciones económico-sociales hacen imposible su tratamiento a domicilio.

Foco de la atención.

Es indiscutible que el foco principal de las prestaciones médicas sigue estando centrado en el individuo como ente biológico y social, ya sea en sus etapas de salud, enfermedad o invalidez. Sin embargo, no se puede negar que cada vez más se reconoce que al individuo no se le puede tratar en forma aislada sino que se le debe tratar en cuanto miembro de una familia y componente de una comunidad. En esta perspectiva colectiva, el hombre sano o enfermo se encuentra sometido a una serie de influencias de carácter psicológico, emocional, económico y social, las cuales se pueden transformar en factores condicionantes para el éxito del tratamiento médico y, por lo tanto, no pueden ser ignoradas por el sistema de salud. De ahí ha nacido la tendencia a establecer un vínculo entre el grupo social y el sistema de salud-vínculo que, en algunos esquemas, se traduce en la introducción del médico de familia como el agente principal que otorga prestaciones integrales al grupo familiar y refiere hacia los niveles de atención especializada aquellos casos que salen de su competencia, mientras que en otros esquemas, aquellos llamados de medicina comunitaria o de salud comunitaria, se destaca al médico de comunidad como el profesional que está luchando en la primera línea de batalla en contra de la enfermedad y el desajuste social de las personas en su convivencia con otros seres humanos.

Desde un punto de vista geográfico, el foco de la atención puede concentrarse en los sectores urbano, suburbano y rurales, y es así como a veces se habla de medicina rural o de salud rural como una cosa diferente de la medicina urbana o salud urbana. A nuestro juicio, la salud y la medicina son las mismas en todos los sitios y dentro del concepto general de sistema nacional de salud, que en el orden administrativo debe ser regionalizado, es necesario que cada región contenga sectores urbanos, suburbanos y rurales como única manera de ofrecer prestaciones integrales a toda la comunidad. Este concepto integracionista aparece evidente si se piensa que desde el punto de vista económico y administrativo es imposible ofrecer prestaciones especializadas a pequeños grupos de poblaciones rurales diseminados en grandes extensiones geográficas. La única manera en que estas poblaciones reciben las prestaciones integrales a que tienen derecho es haciendo que el sector rural forme parte integrante de una región, cuya base de acción está en una ciudad importante, que es centro de atracción de la región, en la que debe existir un hospital regional con todas las especialidades y al cual puede ser trasladado cualquier paciente desde cualquier sector alejado del sector rural.

Niveles de asistencia.

Dentro de un sistema nacional de salud es indispensable, como ya se ha dicho, descentralizar las actividades de terreno como única manera de dar acceso a los servicios y de ofrecer a cada persona el grado de asistencia a que tenga derecho, de acuerdo con sus necesidades de salud, enfermedad o invalidez. El mecanismo administrativo para llevar a la práctica esta descentralización es la regionalización, por medio de la cual se asegura a toda la población acceso a servicios básicos de salud y, a través de ellos, se seleccionan aquellos casos que requieren asistencia de mayor complejidad, los cuales son referidos a los niveles correspondientes de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Para que el sistema funcione eficientemente es indispensable un excelente sistema de comunicaciones y de información entre los distintos niveles.

El nivel primario de asistencia está constituido por los centros de salud urbanos, suburbanos y rurales, en los que se otorga prestaciones médicas integrales preferentemente preventivas a toda la población de un sector y prestaciones médicas de carácter curativo, para todas aquellas afecciones simples que pueden ser diagnosticadas y tratadas ambulatoriamente, o a domicilio.

A fin de dar calidad científica a estas prestaciones es indispensable que el sector de salud cuente con elementos mínimos de diagnóstico, tales como rayos X y laboratorios sencillos. El centro de salud rural debe tener, además, un pequeño número de camas destinadas principalmente a la atención de partos y a hospitalizaciones transitorias mientras el enfermo es trasladado a otros niveles de asistencia.

El *nivel intermedio* de asistencia está constituido por los pequeños hospitales de comunidad de 100 a 200 camas según el tamaño del sector y que cuentan con los servicios médico-quirúrgicos y gineco-obstétricos básicos y con la ayuda de elementos de diagnósticos también simples. Constituyen el primer respaldo del sector primario de salud de la comunidad y están destinados principalmente a la práctica de intervenciones quirúrgicas sencillas, a la atención gineco-obstétrica, a la atención médica de adultos y niños con afecciones que sin necesitar de alta especialización tampoco son susceptibles de ser tratados ambulatoriamente.

En el *nivel regional* deberá existir un hospital general completo con todas las especialidades más corrientes de la medicina y de la cirugía y, eventualmente, puede estar afiliado con una escuela de medicina. Constituye el recurso médico máximo de la región y debe ser, con el concurso de los demás establecimientos de menor complejidad autosuficiente para atender prácticamente la totalidad de los problemas médicos de la región correspondiente. Sólo quedará fuera de su campo de acción los casos altamente especializados que requieran métodos de diagnóstico muy complejos y que por su alto costo no pueden impartirse en todas las regiones.

En el *nivel central* deberá existir un centro nacional de especialidades, adiestramiento e investigaciones que estará destinado al tratamiento de enfermos seleccionados y que necesitan gran concentración de recursos y, además, deberá participar en la formación de especialistas en las distintas especialidades de la medicina preventiva, curativa y rehabilitativa.

Aún cuando la función docente se ejerce preferentemente en los niveles central y regional, todos los niveles del sistema deben ser potencialmente docentes y eventualmente usados para el adiestramiento de estudiantes de ciencias de la salud.

ESQUEMAS PARA OTORGAR PRESTACIONES MEDICAS INTEGRALES



PRESTACIONES MEDICAS

ESQUEMA SERVICIO PUBLICO

<u>POLITICA</u>	DERECHO A LA SALUD
<u>COBERTURA</u>	UNIVERSAL
<u>ACCESIBILIDAD</u>	LIMITADA POR ESCASES DE RECURSOS
<u>ADMINISTRACION</u>	CENTRALIZADA EN MINISTERIO DE SALUD
<u>FINANCIAMIENTO</u>	PRESUPUESTO FISCAL
<u>TIPO DE ATENCION</u>	INTEGRAL DANDO PRIORIDAD A LA MEDICINA PREVENTIVA
<u>FOCO DE LA ATENCION</u>	COMUNIDAD CON PREFERENCIA RURAL

PRESTACIONES MEDICAS

ESQUEMA SEGURO DE SALUD

<u>POLITICA</u>	SOLIDARIDAD SOCIAL
<u>COBERTURA</u>	RESTRINGIDA A DERECHO-HABIENTES
<u>ACCESIBILIDAD</u>	LIMITADA POR CALIFICACION LEGAL
<u>ADMINISTRACION</u>	REGIONALIZADA SEGUN DIVISION GEOGRAFICA SEGURO SOCIAL
<u>FINANCIAMIENTO</u>	TRIPARTITO
<u>TIPO DE ATENCION</u>	INTEGRAL CON ENFASIS EN MEDICINA CURATIVA Y REHABILITACION
<u>FOCO DE LA ATENCION</u>	INDIVIDUO ENFERMO Y EN ALGUNOS CASOS LA FAMILIA

PRESTACIONES MEDICAS

ESQUEMA MUTUALISTA

<u>POLITICA</u>	COOPERACION MUTUA
<u>COBERTURA</u>	RESTRINGIDAS A PERSONAS AFILIADAS
<u>ACCESIBILIDAD</u>	LIMITADA A PERSONAS AFILIADAS
<u>ADMINISTRACION</u>	DIRECTA POR REPRESENTANTES DE AFILIADOS
<u>FINANCIAMIENTO</u>	CUOTAS MUTUALISTAS
<u>TIPO DE ATENCION</u>	PARCIAL, SOLO CURATIVA Y A VECES REHABILITATIVA
<u>FOCO DE LA ATENCION</u>	INDIVIDUO ENFERMO

PRESTACIONES MEDICAS

ESQUEMA INICIATIVA PRIVADA

<u>POLITICA</u>	RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL
<u>COBERTURA</u>	RESTRINGIDA A QUIENES PUEDAN PAGAR LAS PRESTACIONES RECIBIDAS O SUSCRIBIR UN SEGURO DE SALUD PRIVADO
<u>ACCESIBILIDAD</u>	RESTRINGIDA POR BARRERAS FINANCIERAS
<u>ADMINISTRACION</u>	EMPRESA PRIVADA
<u>FINANCIAMIENTO</u>	PAGOS DIRECTOS O PREVIOS POR EL CONSUMIDOR
<u>TIPO DE ATENCION</u>	SOLO CURATIVA
<u>FOCO DE LA ATENCION</u>	INDIVIDUO ENFERMO

PRESTACIONES MEDICAS

ESQUEMA ASISTENCIA SOCIAL

<u>POLITICA</u>	AYUDA AL DESVALIDADO
<u>COBERTURA</u>	RESTRINGIDA A LOS MENESTEROSOS
<u>ACCESIBILIDAD</u>	LIMITADA A QUIENES DEMUESTRAN POBREZA
<u>ADMINISTRACION</u>	DESCENTRALIZADA A CADA ESTABLECIMIENTO POR JUNTAS DE ASISTENCIA SOCIAL
<u>FINANCIAMIENTO</u>	DONACIONES CARITATIVAS Y SUBVENCIONES FISCALES
<u>TIPO DE ATENCION</u>	SOLO CURATIVA
<u>FOCO DE LA ATENCION</u>	INDIVIDUO ENFERMO

PRESTACIONES MEDICAS

ESQUEMA SISTEMA DE SALUD

<u>POLITICA</u>	DERECHO A LA SALUD
<u>COBERTURA</u>	UNIVERSAL
<u>ACCESIBILIDAD</u>	AMPLIA POR NIVELES DE ASISTENCIA SEGUN NECESIDADES SALUD
<u>ADMINISTRACION</u>	CENTRALIZACION DE POLITICAS Y NORMAS EN MINISTERIO DE SALUD Y DESCENTRALIZACION Y REGIONALIZACION DEL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES

FINANCIAMIENTO

PLURALISTA PROVENIENTE DE
TODAS LAS INSTITUCIONES DEL
SECTOR SALUD Y ASIGNANDO
RECURSOS Y RESPONSABILIDADES
POR PROGRAMAS

TIPO DE ATENCION

INTEGRAL CON PRIORIDAD
MEDICINA PREVENTIVA Y
PREFERENCIA A PRESTACIONES
AMBULATORIAS

FOCO DE LA ATENCION

COMUNIDADES URBANAS, SUB-
URBANAS Y RURALES