

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIV

EPOCA IV

NUMS. 93-94

MESA REDONDA SOBRE PROBLEMAS JURIDICOS COMUNES EN LAS LEGISLACIONES AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL.

IV REUNION DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA JURIDICO SOCIAL

MAYO AGOSTO

1975

MEXICO, D.F.

BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGU-
RIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGU-
RIDAD 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.

INDICE

MESA REDONDA SOBRE PROBLEMAS JURIDICOS COMUNES EN LAS LEGISLACIONES AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL Desarrollo de las Sesiones.	5
PROBLEMAS JURIDICOS COMUNES EN LAS LEGISLACIONES AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL. Documento preparado por la Secretaría Técnica de la Comisión Regional Americana Jurídico Social y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.	11
BASES JURIDICAS DE LA PLANEACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA . Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y el Departamento de Asuntos Internacionales del Instituto Mexicano del Seguro Social	53
CONSIDERACIONES FINALES; IV REUNION DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA JURIDICO SOCIAL Y LISTA DE PARTICIPANTES.	91
ASPECTOS BASICOS DE LA PLANIFICACION DE LAS PRESTACIONES DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, la Comisión Regional Americana Médico Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social en ocasión de la celebración de la Conferencia Interamericana Sobre Planificación de Seguridad Social, llevada a cabo en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, del 20 de julio al 2 de agosto de 1974.	101
MUJERES Y SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA.	169

ASPECTOS BASICOS EN LA PLANIFICACION DE LAS PRESTACIONES DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL(1)

Luis Castelazo Ayala*
Gastón Novelo**
Rafael Sánchez Zamora***
Sergio Novelo****
Agustín Barbabosa*****

1.- INTRODUCCION

En el decenio pasado los países latinoamericanos dedicaron especial importancia a la planificación de su desarrollo económico y social e incluyeron al sector seguridad social, con el fin de acelerar la solución de problemas prioritarios que interfieren su progreso. En la actualidad los gobiernos se han fijado nuevas metas para el desarrollo del sector salud, que están expresadas en el Plan Decenal de Salud para las Américas para el período 1971-1980.

Por su importancia, la planificación de las prestaciones de salud de la seguridad social debe dar evidencia de coordinación intersectorial-por interrelacionar los sectores seguridad social y salud-y quedar siempre incluida dentro de una planificación nacional integrada del desarrollo económico y social.

Lo anterior resalta la oportunidad e importancia de la CONFERENCIA INTERAMERICANA SOBRE PLANIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL convocada conjuntamente por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social

(1) Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, la Comisión Regional Americana Médico Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social, en ocasión de la celebración de la Conferencia Interamericana sobre Planificación de la Seguridad Social, llevada a cabo en la ciudad de Buenos Aires, Argentina del 29 de julio al 2 de agosto de 1974.

* Presidente de la Comisión Regional Americana Médico Social y Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Secretario General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

*** Consultor en Asuntos Médico Sociales del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y de la Comisión Regional Americana Médico Social.

**** Jefe del Departamento de Planeación y Programación de la Atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

***** Jefe del Departamento de Planeación de Recursos Humanos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, con el auspicio del Poder Ejecutivo Nacional de la República Argentina y especial encargo a la Secretaría de Estado de Seguridad Social para su organización en la ciudad de Buenos Aires del 29 de julio al 2 de agosto de 1974. La Conferencia, que tiene como finalidad analizar la planificación sectorial de la seguridad social y su necesaria inclusión en la planificación socioeconómica integral de las políticas nacionales de desarrollo permite congregarse a representantes de instituciones americanas de seguridad social y de otros países expertos de organismos internacionales y especialistas en el estudio de la seguridad social y otras disciplinas afines.

En cumplimiento de los acuerdos del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y de las recomendaciones de la Comisión Regional Americana Médico Social, se presenta como aportación este documento que trata "ASPECTOS BASICOS EN LA PLANIFICACION DE LAS PRESTACIONES DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL". En su contenido se hace referencia a los antecedentes y fundamentos teóricos y doctrinarios de la planificación sectorial de la seguridad social en la región americana, a conceptos básicos sobre planificación del sector salud, y a la planificación de las prestaciones de la seguridad social para el cuidado de la salud, señalando algunos procedimientos para optimizar la utilización de los recursos humanos y materiales disponibles.

2.- PLANIFICACION, SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD

Iniciada en la segunda década de este siglo, la planificación nacional se generaliza en los países industrializados después de la Segunda Guerra Mundial ante la preocupación por acelerar el progreso económico y social. Numerosos gobiernos crean organismos de planificación del desarrollo como sistemas modernos y eficaces para coordinar esfuerzos, definir objetivos, obtener de las acciones los mejores resultados y satisfacer las necesidades de un país.

La planificación se convierte en un proceso o sea una sucesión de actividades que incluyen: la búsqueda de principios o hechos, la determinación de lo que se puede realizar en base a lo encontrado y el establecimiento de los diferentes sistemas a seguir. Es pertinente establecer, que la simple elaboración de un plan no resuelve los problemas del desarrollo económico y social; por lo tanto, la planificación debe ser considerada solamente como un punto de partida.

2.1 Planificación del desarrollo

La planificación integral tiene como objetivo fundamental el bienestar social por la elevación de los niveles de vida de la población de un país. Para tal fin, los gobiernos se afanan en la búsqueda de modelos, técnicas y métodos para

lograr desarrollo - como proceso de cambio social - mediante - la debida correlación del progreso en el campo económico y en el campo social, aceptando que el verdadero desarrollo debe concebirse como un proceso que vierta con justicia social los beneficios obtenidos por el progreso económico sobre todos los sectores que componen una sociedad, para crear un estado de bienestar colectivo.

En relación con los recursos para el desarrollo, existe consenso en los países latinoamericanos en el sentido de que es necesario elaborar en forma permanente un inventario de los recursos disponibles para utilizarlos en forma óptima o menos dispendiosa, según el caso y de manera especial a los que tienen carácter limitante. También se hace hincapié en algunos aspectos de la conservación y renovación de los recursos naturales y en la necesidad de normalizar las relaciones económico sociales entre el campo y la ciudad. Como muy importante se ha convenido en que el recurso fundamental que tiene que ser conservado y mejorado es el hombre y que los países en vías de desarrollo requieren del esfuerzo y la capacidad siempre renovada de su población. Al considerar al hombre como supuesto fundamental del desarrollo resulta indispensable revisar los sistemas educativos, los programas de salud pública, de seguridad social, las políticas de población y de empleo; en una palabra, la política de recursos humanos.

En los países de América Latina, los sistemas de planificación cada vez adquieren mayor significado, pues sirven para ordenar - por grado de prioridad - las necesidades que habrán de satisfacerse y las alternativas para alcanzar la mayor eficiencia de los recursos disponibles para tal fin, con miras a lograr el bienestar de la población. Por lo anterior se afirma: "La planificación es, explícita e implícitamente, una estrategia para el desarrollo".

La salud y la seguridad social están reconocidas entre los sectores fundamentales que componen el proceso de desarrollo, por lo tanto, su planificación debe ser objeto de especial interés, aunque insistiendo que la planificación sectorial debe estar enmarcada dentro de la planificación general, teniendo presente que "la planificación o es integral, o no es planificación".

Las metas por alcanzar deben sustentarse en un sólido análisis de la experiencia que registra la historia, particularmente la del siglo en curso, que sitúa categóricamente a la solidaridad como fundamento y sostén de la convivencia entre seres humanos y entre nacionales, entre doctrinas políticas y sistemas económico-sociales, para la finalidad última de alcanzar niveles de calidad en la vida humana necesarios para establecer, con justicia, un bienestar individual y comunitario.

Dentro de este marco de referencia cabe resaltar que frente a la magni-

tud de la problemática social contemporánea surge la necesidad de presionar y acelerar la aplicación de soluciones, y la urgencia de utilizar con racionalidad las potencialidades de la doctrina, la legislación, la ciencia y la tecnología, los recursos humanos, materiales y financieros, en un esfuerzo para evitar su dispersión o imponer limitaciones a su capacidad, por la adopción de enfoques unilaterales, dirigidos a objetivos parciales, imprecisos o idealistas. En las últimas décadas se ha tomado conciencia de la importancia decisiva de la planificación como instrumento fundamental para inducir una aplicación óptima de los recursos, perfeccionar los procesos operacionales e incrementar la productividad. Como consecuencia, han surgido teorías y disciplinas, muchas de ellas apoyadas en sólida experimentación, que dan al territorio de las ciencias administrativas y de la conducta humana una ubicación precisa y un valor definido en el proceso de la planificación y la programación de acciones.

La planificación tiene una aplicación universal en las organizaciones dirigidas a la producción de bienes y servicios. Ha sido el instrumento básico para el desarrollo industrial, particularmente en el sector privado de la economía, cuyos objetivos de beneficio son muy definidos. Con frecuencia se ha señalado que su potencialidad para impulsar el desarrollo económico y la productividad tienen limitantes, y que no cabe esperar un nuevo "milagro" inspirado en otro "milagro" acontecido en un país bastante diferente por el grado de avance de sus estructuras, sistemas, procesos, procedimientos, aptitudes y actitudes humanas. Se ha señalado, asimismo, la escasa utilidad de copiar modelos de desarrollo ajenos, especialmente de carácter económico, y de calcar criterios de eficiencia del sector privado para su introducción en el sector público, por las muchas diferencias, entre ellos por su naturaleza, metas, objetivos y propósitos.

Las organizaciones para otorgar prestaciones de salud tienen puntos de similitud con las dedicadas a la producción de servicios de otra naturaleza, por ejemplo producción, distribución y venta de energía eléctrica, agua potable, sistemas de transportes y otros. Sin embargo debe significarse que en estos casos el servicio otorgado es cuantificable, y factible de mediciones en sus costos de producción y precios de uso, mientras que en la atención médica la salud es un "producto" de naturaleza esencialmente subjetiva, difícil de cuantificar y en la práctica actual no es posible garantizarla con valores o precios.

La incorporación de los conceptos, métodos y procedimientos de la planificación industrial privada, o de la planificación gubernamental para la producción de servicios, al terreno de las prestaciones de salud debe considerar los componentes característicos de toda acción de salud, y si bien son plenamente válidos los principios generales para racionalizar la asignación de recursos y su organización, así como las políticas y estrategias para alcanzar

rendimientos óptimos, conviene conservar un punto de referencia, las diferencias substanciales entre el objetivo final que se pretende en materia de salud y el objetivo natural de la industria privada o la producción de servicios en el sector gubernamental.

Sin este punto de reflexión se corre el riesgo de convertir la planificación en un ejercicio mental de carácter técnico o académico, distante de las realidades, o de conducirlo a una frustración cuando los resultados esperados con la aplicación de las ciencias administrativas modernas no alcanzan el grado que fue previsto. Debe, en concreto, considerarse juiciosamente las diferencias substanciales en la aplicación de las técnicas y procedimientos de planificación en los sectores industriales y en el terreno tan complejo de los sistemas para prestaciones de salud, con el objeto fundamental de situar con objetividad su utilidad y sus limitaciones.

2.2 Planificación de la seguridad social. Acción de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y su Comité Permanente

En el continente americano la primera evidencia de planificación técnica en el campo de la seguridad social, se encuentra en los Estados Unidos de Norteamérica con su Ley de 1935, Social Security Act, texto jurídico que empleó por primera vez el término seguridad social. Esta ley agrupa una serie de disposiciones legislativas en relación con seguros de vejez, desempleo y sobrevivientes y tiene dos características muy originales: la primera, que constituye un esfuerzo de planificación, por ser una tentativa para la solución general de los problemas planteados por los riesgos sociales; la segunda, que es la primera legislación que además de considerar objetivos sociales o ideas políticas-comprende aspectos económicos, por lo anterior correlaciona las medidas de seguridad social con los datos económicos de la nación. Actualmente es bien conocido que los aspectos económicos de un país tienen una incidencia sobre los sistemas de seguridad social e inversamente, que los sistemas de seguridad social, por el volumen de las sumas distribuidas, inciden sobre la economía nacional.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, desde su creación en Santiago de Chile en septiembre de 1942, destacó entre sus principales objetivos “promover el desarrollo de la seguridad social en las Américas” y “estudiar sus problemas y las soluciones posibles”; o sea que desde sus inicios, dejó postulada su preocupación por la planificación de la seguridad social.

Las 76 resoluciones adoptadas en las nueve Asambleas Generales de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social celebradas de 1942 a 1971, señalan recomendaciones o normas aconsejables para guiar el curso de las acciones o sea políticas de planificación en el campo de la seguridad social.

Por su trascendencia, deben ser recordadas específicamente: la Resolución CISS No. 1, Declaración de Santiago de Chile (1942); la Resolución CISS No. 28 Carta de Buenos Aires (1951); la Resolución CISS No. 53, Declaración de México (1960); la Resolución CISS No. 61, La Seguridad Social en el Marco del Desarrollo Económico del Continente, adoptada en Paraguay (1964); el Mensaje Continental de Panamá y la Resolución CISS No. 71 (1968) que se refiere a “Coordinación de la Programación y Ejecución de los Planes Nacionales de Desarrollo Económico con la Seguridad Social”, y que recomienda en sus conclusiones:

- “1.- Que las instituciones de seguridad social organicen oficinas de planificación y a tal efecto capaciten personal en el campo de la planificación.
- 2.- Que los gobiernos den participación a la seguridad social en el proceso de la planificación del desarrollo e incluyan el sector seguridad social en los programas nacionales respectivos, sin perjuicio de la concomitante participación del mismo en el sector salud. Asimismo que adopten medidas inmediatas a fin de superar los desequilibrios y las incidencias de todos aquellos factores que afectan o retardan el desarrollo de los programas sociales.
- 3.- Que el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, en colaboración con otros organismos internacionales, implemente el estudio de las técnicas de planeación aplicadas a la seguridad social e incremente sus actividades relacionadas con la programación y ejecución de los planes nacionales de desarrollo en relación con la seguridad social”.

Todas estas resoluciones, significan la preocupación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por evaluar, en toda su importancia, los estudios técnicos encaminados a integrar los programas de seguridad social en los planes nacionales de desarrollo.

Es importante recordar que el programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas, adoptado por la Octava Conferencia de los Estados de América, Miembros de la Organización Internacional del Trabajo en 1966, señala entre sus objetivos fundamentales los dos siguientes:

- “1.- La seguridad social debe ser un instrumento de auténtica política social, para garantizar un equilibrado desarrollo social y económico y una distribución equitativa de la renta nacional. En consecuencia, los programas de seguridad social deben ser integrados en la planificación económica general del Estado con el fin de destinar a estos programas el máximo de recursos financieros compatibles con la capacidad económica del país.

- 14.- Cuando el régimen financiero prevé la acumulación de reservas, su inversión debe obedecer a un programa coordinado con los planes nacionales de desarrollo económico social. . . ”

Se pone énfasis en los puntos anteriores por que la mayoría de los países latinoamericanos, no realizaron una planificación de la seguridad social conforme a objetivos sociales claramente señalados, con previsión de las incidencias económicas de la legislación social y dentro del marco del desarrollo económico social integral. Como consecuencia algunos regímenes de seguridad social han tenido un desarrollo anárquico, con profundas desigualdades para algunos sectores que dejan marginados a grupos que urgidos de alguna protección, son más vulnerables a los riesgos en general por lo reducido de sus ingresos y sus características culturales y económico sociales.

En algunos países se observa un estancamiento en el proceso evolutivo y de ampliación de la seguridad social, como posible resultado del empirismo con que adoptaron sus legislaciones o de la mal entendida autonomía, que pretendiendo una total independencia de las instituciones de seguridad social, las aparta y desvincula de los planes generales de la política nacional.

Con el propósito de superar los escollos anteriores resulta alentador constatar que, en los países americanos, existe el consenso de que la planificación de la seguridad social debe estar convenientemente integrada en la planificación nacional y que el concepto mismo de esta última se ha difundido y consolidado como lo pone en evidencia la creación de organismos de planificación en la mayoría de los países.

En noviembre de 1967, se reunió un grupo de Estudio sobre Seguridad Social y Planificación Nacional convocado por la Organización de los Estados Americanos, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, que como consecuencia del análisis efectuado llegó a importantes conclusiones entre las que deben destacarse las tres siguientes:

- “1. Uno de los objetivos fundamentales de la planeación económica social es mejorar las condiciones de todos quienes integran el conglomerado social. Esta finalidad sólo podrá lograrse mediante la concurrencia de todas las actividades de carácter económico, educacional, sanitario, de seguridad social, de vivienda, etc., en forma racional y coordinada. Esto, a su vez, supone la determinación de metas en cada sector, encuadradas en el objetivo final, así como el señalamiento de los principios rectores y la apreciación cuantitativa y cualitativa de los medios en término de recursos humanos, económicos y materiales, todo lo cual está implícito en el concepto de planeación integral.

En los países latinoamericanos la seguridad social se ocupa del cuidado de la salud de importantes sectores de la colectividad. La concepción moderna de la salud y la constatación de que los servicios de salud deben responder a objetivos nacionales, cualquiera que sea el agente que intervenga en su prestación, ponen de relieve la necesidad de propiciar la participación de la seguridad social en la planeación coordinada de los servicios de salud. Esto debe llevar aparejada la mejor utilización de los recursos humanos y materiales, dentro de los límites de las posibilidades de la economía nacional.

- VIII. Por último, se estima conveniente la continuación de estudios, actividades y reuniones en este campo por parte de los organismos auspiciadores de este Grupo de Estudio. Aparece igualmente inaplazable la necesidad de promover y de elevar a la categoría de función primordial la planificación sectorial de la seguridad social, tanto dentro de las propias instituciones y administraciones americanas de seguridad social, como en el contexto de la planificación nacional. A su vez esto confirma la urgencia de promover la preparación conceptual, profesional y técnica en materia de planeación, a nivel de las propias instituciones y administraciones americanas de seguridad social, así como las de propender a la conformación de núcleos encargados de estudios económicos y econométricos, de investigaciones sociológicas, de estudios demográficos, de análisis de costos, de investigación de operaciones; de las técnicas de presupuesto por programas y de otros métodos de sistematización en el terreno de las técnicas de investigación en materia económica y social”.

Como antecedente de la preocupación en la planificación de la seguridad social, de la organización de servicios para el cuidado y promoción de la salud y la utilización racional de los recursos, la Comisión Regional Americana Médico Social, órgano técnico de acción conjunta de la Asociación Internacional de la Seguridad Social y del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, ha convocado a cuatro Congresos Americanos de Medicina de la Seguridad Social, de los cuales se han realizado tres: el primero, organizado y auspiciado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de México en enero de 1969; el segundo, celebrado en la ciudad de Bogotá en junio de 1970, organizado con el auspicio del Instituto Colombiano de Seguros Sociales; el tercero, realizado en la ciudad de Panamá en el mes de noviembre de 1972, con el auspicio de la Caja de Seguro Social. Está por celebrarse el cuarto Congreso en la ciudad de Asunción el próximo mes de septiembre, bajo el auspicio y organización del Instituto de Previsión Social de Paraguay.

Estos eventos han constituido un foro de alto nivel que sirve para destacar:

- Que existe la conciencia de planificar una política de salud a nivel nacional, para coordinar la utilización de los recursos humanos, materiales y económicos disponibles.
- Que al ser indispensable un desarrollo equilibrado social y económico, es necesario contar con una orientación definida para formar criterios institucionales, actitudes humanas y programas docentes para que el cuidado de la salud se imparta en servicios que tengan como base la aplicación de una medicina integral que comprende la promoción de la salud y la prevención de los padecimientos, la atención de las enfermedades, y la rehabilitación y readaptación de las personas afectadas.
- Que es necesaria la formación de recursos humanos con orientación adecuada para incorporarse a las instituciones de servicio que surgen de acuerdo a la política social de cada país.
- Que es de gran trascendencia el estudio y revisión de los principios doctrinarios y acuerdos internacionales que sustentan la evolución permanente y aplicación del concepto del derecho a la salud y a la seguridad social.

2.3 Planificación del sector salud

La planificación del sector salud debe hacerse siguiendo un método que comprende un conjunto de reglas, etapas y fases que deben cumplirse, para llevar a la práctica la adecuación de los recursos disponibles a las necesidades de salud, siguiendo un orden de prioridades. Su secuencia es la siguiente se inicia con el diagnóstico de la situación de salud, etapa en que se indentifica y describe la naturaleza, magnitud, trascendencia y costo social de los riesgos y daños a la salud, así como los factores que los condicionan y que en conjunto conforman la situación de salud. Este diagnóstico se hace a través de indicadores seleccionados sobre mortalidad y morbilidad, estados inmunitario y nutricional: se investiga por otra parte el contexto socioeconómico, cultural, geográfico y ecológico de la población: y, la infraestructura de salud, por medio de los indicadores disponibles de mayor significación que reflejan la política aplicada en los servicios y el uso de éstos últimos por la población.

Las fases de descripción, explicación, pronóstico y evaluación de los resultados de la investigación realizada en la etapa del diagnóstico deben tener dos orientaciones: la primera es el análisis histórico de los indicadores

seleccionados, ya que la situación de salud actual refleja la acción de los condicionantes en el pasado y su modificación en el presente determinará su nivel en el futuro; la segunda es investigar las interrelaciones entre los indicadores citados, a fin de precisar las causas de la situación de salud encontrada y determinar si es satisfactoria o no.

En el siguiente paso se establecen las políticas de salud, que se refieren al cuerpo teórico de doctrina que orientará las actividades futuras en el sector, lo que puede significar la revisión y reajuste de una política anterior pero que siempre exigen un buen diagnóstico sectorial y un correcto análisis de esa política. Sólo así, el nivel administrativo responsable de la adopción de decisiones podrá asumir racionalmente los compromisos que impliquen el cambio favorable deseado en la situación de salud.

A la fijación de las políticas que servirán de guía a las acciones, sigue la fase de la programación que comprende: seleccionar prioridades programáticas; señalar objetivos y metas alcanzables a corto, mediano y largo plazo, dentro de programas específicos para asignar recursos; y, por último, elaborar un estudio para discusión y aprobación en los niveles de decisión.

El plan del sector salud debe cumplir con las características generales siguientes: que defina precisamente las coberturas, que se considere como parte de un plan integral y que tenga coherencia. Además de flexibilidad debe ser factible, eficaz y eficiente y corresponder a la realidad de cada país.

Su ejecución, exige requisitos básicos para su cumplimiento, tales como: adecuación administrativa, divulgación conveniente, y mecanismos de supervisión y control que permitan garantizar la continuidad y periodicidad del proceso. En la planificación del sector salud la evaluación periódica de programas y proyectos ejecutados, alimenta el diagnóstico del siguiente ciclo y establece circularidad y simultaneidad en las etapas citadas.

El proceso de planificación de salud requiere ser institucional y con la participación de personal técnicamente preparado y socialmente motivado. Este proceso racionalizador debe alcanzar altos niveles de tecnificación, y demanda de profesionales en diferentes campos científicos. La naturaleza misma de las acciones comprometidas en la planificación exige el concurso interdisciplinario e interprofesional. La responsabilidad no puede circunscribirse a un sólo grupo, llámese este de expertos en salud pública o administración, médicos clínicos, sociólogos antropólogos o economistas, abogados, ingenieros o arquitectos. Los enfoques unilaterales, propios de un sólo grupo profesional o área disciplinaria, se vuelven parciales o incompletos, por la dificultad para identificar los elementos que conforman el concepto salud, y la falta de referencias concretas para objetivar su medición.

En el concepto de las ciencias administrativas está incluida, como una función específica de la organización, la racionalización para el empleo de recursos, o sea un aspecto concreto de planificación. Asimismo las ciencias administrativas abarcan la áreas de evaluación y productividad. Por razones inherentes a sus orígenes y formación profesional las ciencias administrativas han estado fundamentalmente comprometidas en la planificación de la industria, y en la producción de servicios, en ambos casos para la obtención de resultados fácilmente medibles. En el área de los servicios de salud se pueden establecer indicadores o parámetros para el cálculo de los rendimientos en los recursos aplicados, pero la medición específica de los resultados está todavía esperando la estructuración de un instrumento que permita medir, con sentido realista, la eficiencia de un acto médico y analizar la racionalidad en el consumo de recursos para efectuarlo.

La planificación de los servicios médicos para el cuidado de la salud es una disciplina en plena formación y permanente desarrollo. Algunos de sus componentes están en operación desde hace tiempo, y tienen paralelismo y similitud a la administración de otras empresas, por ejemplo la administración de hospitales. En otros campos la planificación cuenta con una experiencia directa, de mediciones científicas, como en el caso de las campañas de prevención, erradicación o control de enfermedades transmisibles. Otras acciones médicas implican elementos tan complejos que vuelven particularmente difícil la aplicación de técnicas administrativas para su interpretación en términos de costo-beneficio y de racionalización en el empleo de los recursos.

Una debida comprensión sobre el papel y el cometido de los servicios médicos para el cuidado de la salud, de su ubicación en el proceso de desarrollo socioeconómico de los países, y de la planificación integral como instrumento básico para impulsar el desarrollo, permite situar en su justo papel e importancia la planificación de las acciones de salud, y afectará los enfoques para su sustentación.

La formulación de un documento que contenga los principios señalados viene a ser el resultado del proceso de investigación que, en sus primeros intentos, sólo puede contener en términos muy generales los propósitos que surjan del examen de la realidad de salud del país. De un modo general, debe considerar los siguientes:

- La combinación de los planes mínimos intermedios y máximos de las áreas que integran el país. Deben agregarse además, los planes locales para zonas sin recursos, que serán atendidas desde áreas vecinas.
- El conjunto de los planes de salud que representa el enfoque

centralizaao a ciertos problemas que deben ser cubiertos en extensión y dentro de ciertos plazos y cuyo costo resultaría muy elevado si fueran atacados por medio de acción descentalizada.

- Planes de desarrollo de recursos humanos que consideren las exigencias del plan de salud. Deberá definirse el tipo de personal profesional, técnico, y auxiliar; la forma y plazos en que deberá prepararse así como las funciones que desempeñarían.
- Los planes de inversión que serán necesarios a fin de contar con la capacidad instalada, las etapas de la construcción de unidades médicas y el costo de su operación.
- Los planes de investigación que deberán realizarse y su costo, a fin de precisar los aspectos metodológicos y operativos que permitan perfeccionar el proceso de programación.
- El plan nacional de salud deberá expresar una proposición de gastos a realizar año por año, clasificados por funciones, a fin de precisar cuánto cuesta el ataque a cada uno de los principales daños que afectan a la salud y cual es el costo de las diferentes técnicas y programas a que se debe recurrir (presupuesto programa). Gran número de establecimientos encargados de prestar atención médica, tales como hospitales, dispensarios, consultorios, etc, ocupando edificios antiguos e inadecuados y muchos en estado ruinoso.
- Además, siendo general el reconocimiento del valor de los programas de seguridad social para otorgar una prestación médica integral a sus derechohabientes, debe concederse especial importancia al propósito de coordinar la planificación organización, administración y financiamiento de los servicios médicos, cualquiera que sea la índole de los sistemas económicos y financieros, considerando las necesidades de los distintos países que se encuentran en fases diversas de desarrollo. En consecuencia estos programas de la seguridad social deben considerarse como parte muy importante dentro del plan general de servicios de salud a nivel nacional. Para este propósito, deben adoptarse las medidas legislativas adecuadas para determinar los métodos más adecuados de coordinación con respecto a la salud pública y a la seguridad social.

2.3.1 Diagnóstico de Salud

Tomando como base los estudios realizados por distintas instituciones y

organismos internacionales, entre los que destacan los de la Organización Panamericana de la Salud, puede considerarse que los países latinoamericanos además de características históricas, culturales, demográficas y económicas comunes, confrontan en el campo de la salud problemas semejantes que, además, les afectan a todos en mayor o menor grado.

Problemática de salud

Se expondrá la situación actual mediante los aportes de la metodología aplicada a la sociología y a la economía, a la demografía y a la epidemiología.

Entre los aspectos sociológicos: la limitación de recursos financieros las normas económicas imperantes, sobre las que gravitan intensamente las fluctuaciones del mercado internacional, y la insuficiente industrialización, son las características sobresalientes de los países en vías de desarrollo de América Latina. Bajos ingresos "per cápita", inician un círculo vicioso de miseria, ignorancia, enfermedad y baja producción, para salir del cual será necesario estudiar y poner en práctica planes de desarrollo, en los que debe darse al sector salud la misma atención prioritaria que a otros sectores de la política social, económica y cultural de los países. Sólo una población sana y capacitada creará la riqueza y la prosperidad y podrá contribuir con su trabajo al cabal aprovechamiento de los recursos naturales y a la diversificación de la economía de los países.

En los aspectos demográficos la situación latinoamericana, prevalente en la última década, está caracterizada por un crecimiento acelerado de la población, que aumenta a razón del 2.9% anual, con lo que a los 283 millones de habitantes en 1970 y 1980. (Cuadros Nos. 1 y 2).

La estructura por edades de esta población, revela que el 42% es de menores de 15 años de edad y el 21% está constituido por mujeres en edad fértil de 15 a 44 años de edad. La proporción del grupo de edad de 65 años y más en 1970 es de 4 por ciento. Creciente migración interna de las áreas rurales hacia las zonas urbanas con resultados de una expansión desordenada en las ciudades, en cuyos alrededores proliferan grupos humanos marginados. Gran dispersión y proporción de población rural, que prácticamente llega al 50%. Se estima en más de 125 millones la población que aún vive en comunidades de menos de 2,000 habitantes.

La composición étnica de la población, en algunos de los países del Continente, es otro de los problemas que se afrontan. Esto es importante considerando que la atención médica, así como los otros servicios públicos han sido diseñados para la población mestiza del medio urbano, con patrones culturales muy diferentes a los de los diversos grupos indígenas muchas veces

monolingües, que habitan en zonas rurales y que aún teniendo recursos de salud a su alcance, no saben aprovecharlos.

Entre los aspectos epidemiológicos más relevantes está el de que, en muchos países de la región americana, todavía las muertes por enfermedad infecciosas siguen siendo el índice apropiado para la planificación y evaluación de la salud. Los registros estadísticos son todavía deficientes y extemporáneos lo que obstaculiza el estudio del nivel de salud con base en las tasas de morbilidad y mortalidad, advirtiendo que estas últimas son más veraces y confiables.

Como consecuencia del escaso desarrollo económico y social hay persistencia de padecimientos evitables. Así, la morbilidad y mortalidad elevadas obedecen principalmente a una alta prevalencia de enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, y a la mal nutrición, todas ellas susceptibles de reducción y algunas de erradicación; la morbilidad y la mortalidad en la niñez continua siendo de la mayor importancia, en el grupo de 1 a 4 años la gastroenteritis, la tosferina y el sarampión, son responsables de la tercera parte de las defunciones que podrían evitarse y las restantes enfermedades infecciosas junto con la influenza y la neumonía causan más de la cuarta parte. Las defunciones de niños menores de 5 años constituyen el 44.2% y el 38.7% de todas las muertes en Mesoamérica y Sudamérica, respectivamente, en comparación con un 6.6% que corresponde a las defunciones en esta edad de Norteamérica.

En latinoamérica las enfermedades diarreicas, el sarampión y la tosferina causaron en 1970 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. No obstante, es alentador señalar que en los últimos años se están abatiendo

Tasa anual de crecimiento de la población en 1960-1969

Africa	2.4%	,	Europa	0.9
América del Norte	1.4	,	Oceanía	2.1
América Latina	2.9	,	U. R. S. S.	1.3
Asia	2.0	,	Todo el Mundo	1.9

Nota: México está incluido en "América Latina" y la Unión Soviética separada de Europa y Asia.

Fuente: Naciones Unidas. "Demographic Yearbook 1969".

AMERICA LATINA

ALGUNOS INDICADORES DEMOGRAFICOS

PAIS	TASAS		
	NATALIDAD	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	CRECIMIENTO DE LA POBLACION
Argentina	21.6	67	1.6
Bolivia	22.6	51	1.4
Brasil	33.5	57	3.0
Canadá	23.5	---	---
Colombia	38.1	60	3.2
Costa Rica	46.8	65	3.5
Chile	30.6	61	2.5
Ecuador	46.9	54	3.4
El Salvador	47.0	52	3.6
U. S. A.	21.0	---	---
Guatemala	44.4	49	3.1
Haití	---	47	2.0
Honduras	48.1	49	3.4
Jamaica	40.1	---	---
México	46.7	63	3.4
Nicaragua	41.9	69	3.4
Panamá	40.2	65	3.3
Paraguay	25.8	59	3.1
Perú	32.0	55	3.1
Rep. Dominicana	33.6	52	3.6
Trinidad y Tobago	35.7	---	---
Uruguay	23.8	71	1.3
Venezuela	42.3	66	3.5
Cuba	32.9		

las tasas de morbilidad y mortalidad, en niños menores de 5 años de aquellas enfermedades comunes en la infancia para las cuales se dispone de vacunas, tales como sarampión, tosferina, difteria y poliomelitis.

Se estima que 999 000 niños menores de 5 años mueren anualmente en latinoamérica y de éstos sólo 253 000 fallecerían si en esta región las tasas de mortalidad fueran de la misma magnitud que en los Estados Unidos de Norteamérica. Actualmente, de cada dos personas que mueren una es un niño.

En varios países, ocupa el primer lugar como causa de muerte de la población femenina adulta, la que se relaciona con complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Por eso es de gran importancia la extensión de los Programas de Bienestar Materno-Infantil que requieren emprenderse con urgencia, en la región latinoamericana, para beneficiar a este importante grupo de madres y niños.

En la edad adulta aunque las enfermedades transmisibles siguen siendo las más importantes empiezan a ocupar sitio entre los 10 primeros lugares de mortalidad, algunos padecimientos no transmisibles como los tumores malignos, las enfermedades del corazón y las lesiones vasculares del sistema nervioso central. Los accidentes, que constituyen un problema al que en ocasiones se le presta poca atención, ocupan un lugar principal como causa de muerte.

En general, puede afirmarse que las enfermedades que predominan en los países latinoamericanos, tales como las neumonías, algunas de las propias de la primera infancia, las gastroenteritis, los accidentes, las bronquitis, la tuberculosis y la cirrosis hepática, son padecimientos que pueden evitarse, para los que en la actualidad se cuenta con recursos técnicos médico preventivo. Por lo tanto, es imprescindible incrementar al máximo las actividades de medicina preventiva.

Múltiples factores, entre ellos los que fueron mencionados en el enfoque sociológico, influyen decisivamente en la pérdida del estado de salud y en la aparición de las enfermedades, entre otros pueden citarse: la producción de alimentos, las condiciones de la vivienda, la población económicamente activa y el ingreso familiar.

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 1964 y entre 1965 y 1966 disminuyó. 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 de valor nutritivo de los diferentes alimentos por parte de grandes sectores de la población.

El problema de la vivienda también es muy serio 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 1971 de 158 millones de personas que se estimó habitan en áreas urbanas, 111 millones o sea el 70% de la población urbana tenía fácil acceso al agua corriente en sus domicilios o fuentes cercanas. De estos, 92 millones tienen agua con conexión en el domicilio. 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 60 millones reciben ese beneficio y 50 todavía carecen de él.

El nivel educacional y la proporción de la fuerza de trabajo empleada en la industria y la construcción ha subido notablemente en la última década y, consecuentemente, se aprecia una continua disminución de la población dedicada a la agricultura. En 1950 el 54% de la fuerza de trabajo se hallaba en la agricultura, en 1960 el porcentaje era del 48% y el estimado para 1970 es el del 44%.

Para 1970 se calculó que la población económicamente activa es de un 33%, lo que indica que tiene a su cargo varios dependientes, un promedio de dos personas adicionales por cada trabajador, la CEPAL informa que actualmente el 40% de la mano de obra está infraocupado o atiende actividades de menor productividad. Además el 10% de esa mano de obra potencial está sin trabajo.

El ingreso nacional per cápita se mantiene bajo en la mayoría de los países de América Latina: este ingreso fluctúa de US\$ 100 a US\$ 700 en los países de mayor exportación. En todos ellos la distribución del ingreso es muy desigual.

En América Latina el 37% de la población total -que vive en comunidades rurales- no recibe el beneficio de los servicios de salud. Estos grupos son los que contribuyen en gran proporción, a elevar las tasas de mortalidad y morbilidad; son los más propensos a las enfermedades transmisibles, sus viviendas son inadecuadas, sus ingresos precarios, su instrucción mínima su alimentación insuficiente o de escaso valor prático calórico; factores todos hacen muy difícil su existencia y aumentan su vulnerabilidad.

Inventario de Recursos humanos, materiales y económicos

En los últimos años han ocurrido profundos cambios en el sector salud. Los recursos humanos y materiales, participantes en el proceso de producción de bienes y servicios de salud dejaron de estar compuestos exclusivamente por profesionales -médicos, odontólogos, enfermeras, farmacéuticos y otros- que actúan en hospitales y consultorios tradicionales y reducidos a una atención estrictamente individual. Gradualmente, el proceso se ha convertido en un servicio público orientado a la protección y cuidado de la salud del núcleo familiar, con personal diversificado y agrupado en equipos interdisciplinarios, que realizan sus actividades tanto en complejas unidades médicas coordinadas como en creciente proyección en la propia comunidad, bajo un liderazgo gubernamental.

Debe subrayarse que esta transición se está efectuando sin que los recursos humanos correspondientes hayan estado acordes al cambio en su cantidad, estructura o calidad. Esta inadecuación es general y se refiere al conjunto de recursos humanos para la salud, inadaptados a sus nuevas funciones.

Es de común conocimiento la escasez general de personal de salud en toda la región. Los datos correspondientes al año de 1968 revelan un total de 540 297 trabajadores de salud (médicos, odontólogos, enfermeras, ingenieros sanitarios, técnicos y auxiliares). La disponibilidad de personal de salud varía ampliamente, según los países, entre un máximo de 40 y un mínimo de 3 trabajadores de salud por 10 000 habitantes.

Como consideración de carácter general se aprecia que los recursos de salud no aumentan en forma paralela con el incremento demográfico y ampliación de la cobertura, lo cual produce, cada vez en mayor grado la desproporción entre las necesidades existentes y los recursos para satisfacerlas.

Para atender las necesidades de salud de los 282 millones de personas de la región señalada, se cuenta con 175 000 médicos, 56 000 odontólogos, 73 000 enfermeras graduadas, 230 000 auxiliares de enfermería. (Cuadro No. 3). La distribución de este personal es desigual, con concentración en las zonas urbanas en detrimento de las rurales.

En cifras relativas, o sea mediante índices que permitan la comparación, entre tres áreas del continente, la situación es la siguiente: en el año de 1969, la proporción de médicos en América del Norte fue de 14.8 por 10 000 habitantes en tanto que en Mesoamérica y en América del Sur fue de 5.3 y de 7.4 respectivamente. En la actualidad las mejores tasas de médicos por habitantes, en la región latinoamericana, las tienen Argentina (1X 447),

CUADRO No. 3

Número de médicos, dentistas, enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería
y razones por 10,000 habitantes, por países, 1969.

PAIS	Médicos			Dentistas			Enfermeras graduadas			Auxiliares de enfermería.		
	Año	Número	Razón	Año	Número	Razón	Año	Número	Razón	Año	Número	Razón
América del Norte		332695	14.8		108833	4.9		780296	34.8		1189382	53.0
Mesoamérica		46138	5.3		7514	0.9		31998	3.7		72995	8.4
América del Sur		126194	7.4		48901	2.8		40276	2.3		156038	9.2
Argentina	1969	53684	22.4	1969	12954	5.4	1969	14471	6.0	1969	25754	10.7
Barbados	1969	132	5.2	1969	15	0.6	1969	494	19.5	1968	172	6.8
Bolivia	1968	1762	3.6	1968	627	1.3	1969	612	1.3	1969	1549	3.2
Brasil	1964	34251	4.4	1964	22000	2.8	1966	8212	1.10	1963	55664	7.3
Canadá	1969	29659	14.1	1969	6928	3.3	1969	100071	47.5	1969	44254	21.0
Colombia	1967	8654	4.5	1968	3400	2.1	1967	1840	1.0	1967	20307	10.6
Costa Rica	1968	879	5.4	1967	125	0.8	1969	974	5.7	1969	2400	14.2
Cuba	1968	7000	8.7	1966	1451	1.9	1968	4373	5.4	1968	7650	9.5
Chile	1969	5170	5.5	1968	3170	3.4	1968	2325	2.5	1968	16891	18.1
Ecuador	1967	1991	3.6	1967	573	1.0	1969	511	0.9	1969	2429	4.1
El Salvador	1969	865	2.6	1969	81	0.2	1969	783	2.3	1969	1645	4.9
Estados Unidos	1969	302966	14.9	1969	101874	5.0	1969	680000	33.5	1969	1145000	56.3
Guatemala	1966	1005	2.2	1966	281	0.6	1969	686	1.4	1969	3004	6.0
Guyana	1970	167	2.2	1970	25	0.3	1969	744	10.0	1969	227	3.1
Haití	1967	348	0.7	1968	88	0.2	1967	415	0.9	1967	806	1.7
Honduras	1969	641	2.7	1969	42	0.2	1968	318	1.3	1968	1417	5.9
Jamaica	1967	1259	6.7	1967	163	0.9	1967	4869	26.0	1967	959	5.1
México	1968	25602	5.4	1968	3463	0.7	1968	9000	1.9	1968	40000	8.5
Nicaragua	1969	1141	6.0	1969	290	1.5	1969	447	2.3	1969	2132	11.1
Panamá	1969	793	5.6	1969	164	1.2	1969	1102	7.8	1968	1700	12.4
Paraguay	1968	1386	6.2	1968	410	1.8	1968	286	1.3	1968	1518	6.8
Perú	1969	6870	5.2	1969	2167	1.6	1969	4110	3.1	1969	13200	10.0
Rep. Dominicana	1968	2000	5.0	1968	490	1.2	1967	183	0.5	1967	2172	5.6
Trinidad Tobago	1968	441	4.3	1968	62	0.6	1969	1440	13.8	1969	657	6.3
Uruguay	1967	2667	9.6	1967	1344	4.8	1967	755	2.7	1967	3905	14.0
Venezuela	1970	9471	9.1	1970	2205	2.1	1970	5991	5.8	1970	14068	13.5

Cuba (1 X 1150), Uruguay (1 X 1042) y Venezuela (1 X 1099). La cifra de odontólogos representa tasas de 0.9 para Mesoamérica y 2.8 para Sudamérica en contraste con 4.9 que tiene Norteamérica.

En lo que se refiere al personal de enfermería: en tanto que en Norteamérica hay 34.8 enfermeras por 10,000 habitantes, tan sólo hay 3.7 en Mesoamérica y 2.3 en Sudamérica. Esta conocida y notoria carencia de personal graduado de enfermería se ve agravada por la escasez del personal sub profesional, de auxiliares de enfermería, cuyas tasas son de 8.8 por 10 000 habitantes en América Latina en contraste con 53 que hay en Norte América.

Así queda evidenciada la insuficiencia de médicos ya sean generales o especialistas, dentistas, enfermeras y auxiliares de enfermería, en relación con las necesidades de la población, déficit que se ve agravado por la irregular distribución geográfica que se pone de manifiesto en los bajos índices de este personal por 10 000 habitantes especialmente para las áreas rurales.

Según algunas estadísticas existe un médico por cada 1 300 habitantes en todo el mundo. En los países de la región latinoamericana a excepción de los cuatro señalados, existen índices menos satisfactorios que el promedio mundial.

Con base en lo anterior urge promover el incremento en la formación de médicos, con la preparación requerida, además del otro personal de salud indispensable para integrar los equipos de trabajo sanitario. Para ello es conveniente la creación de Escuelas de Medicina y de instituciones docentes para formar personal de salud en las grandes ciudades y en el interior de cada país, con lo que se pondrán las bases iniciales adecuadas para la conveniente distribución de los recursos humanos.

Existen 158 Escuelas de Medicina en Latinoamérica, hay cuando menos una por cada país y prácticamente una escuela de medicina por cada dos millones de habitantes. En todas estas escuelas se han venido graduando en cada uno de los últimos años 10 000 médicos aproximadamente.

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 profesores 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 huma-

nos con los planes nacionales de salud; y falta de coordinación entre los instrumentos de formación de esos recursos y las necesidades de mercado profesional.

No obstante, se generaliza la preocupación y se están llevando a la práctica: la revisión y evaluación de los métodos de enseñanza; la ampliación del curriculum, poniendo especial interés en la calidad de la instrucción; el estudio de la continuidad del nivel secundario al universitario y las relaciones entre el sistema de educación médica y la impartición de servicios de salud; la discusión y puesta en práctica, en algunas escuelas, de la integración de la enseñanza de las ciencias básicas y clínicas; la enseñanza, con especial énfasis de las modalidades sociales de la práctica médica; y el estímulo al desarrollo de la investigación por los catedráticos y alumnos de las escuelas de medicina.

Aproximadamente existen en la región latinoamericana 13 900 establecimientos hospitalarios con una total de 870 000 camas. En lo que se refiere al índice de camas hospital por mil habitantes, a pesar de que durante el decenio aumentaron más de 150 000 camas, disminuyó de 3.2 en 1960 a 3.0 en 1969. La utilización de estos recursos es muy variable, pero en general es deficiente; el promedio de estancia, según datos de encuestas al respecto, es superior a los 10 días y en algunos países sobrepasa los 20 aún los 30 días; el índice de ocupación que se informa varía entre 64% y un 85%. Solamente cinco países de la región disponen de política y normas de mantenimiento y conservación de unidades médicas y aún en ellos su cumplimiento es limitado. Por eso, a pesar de las cuantiosas inversiones de capital en instalaciones y equipo (una cama hospital tiene un costo promedio de EUA\$ 12 000) hay un rápido deterioro e inutilización, con el consiguiente perjuicio para la atención médica y pérdida financiera para las instituciones.

Queda así puesto en relieve que los recursos de salud, aún cuando en cifras absolutas señalan un apreciable incremento en los últimos años, son evidentemente insuficientes.

Debe hacerse énfasis que en el pasado, hasta que se implantó la seguridad social en los países latinoamericanos, gran parte de estos recursos estuvieron caracterizando por :

- Gran número de establecimientos encargados de prestar atención médica, tales como hospitales, dispensarios, consultorios, etc., ocupando edificios antiguos e inadecuados y muchos en estado ruinoso.
- Hospitales sin el equipo moderno necesario para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

- Escasez de medicamentos, reactivos, películas radiográficas, etc.
- Escasez o falta de personal profesional.
- Administración y organización de los servicios, primitiva o deficiente. El hospital latinoamericano, como institución antigua y tradicional, se aferraba a una organización arcaica.

Tal situación se modificó favorablemente con la implantación de la seguridad social en los países de la región americana. En efecto, los servicios de asistencia médica a cargo de los sistemas de seguridad social, que en este último cuarto de siglo han experimentado una extensión muy significativa al ampliar su protección a muchos millones de personas, por la calidad de los recursos humanos y la construcción de gran número de unidades médicas, que son resultado de los sistemas directos de organización, son factores muy apreciables para que los adelantos de la ciencia médica se apliquen en beneficio de grandes sectores de la población. (Cuadros Nos. 4, 5 y 6).

SEGURIDAD SOCIAL EN LATINO AMERICA

1972

PAISES	POBLACION CUBIERTA
Argentina	
Bolivia	674,502
Brasil	40.027,415
Colombia	4.216,821
Costa Rica	915,173
Cuba	8.341,000
Chile	7.114,700
Ecuador	300,000
El Salvador	167,425
Guatemala	608,176
Honduras	65,296
México	11.396.714
IMSS	1.982,322
ISSSTE	
Nicaragua	1.018,784
Panamá	436,271
Paraguay	
Perú	
Seguro Empleado	933,555
Seg. Soc. Obrero	798,638
	798,638
Rep. Dominicana	202,100
Venezuela	2.000,000

Fuente: Información Proporcionada por los países. Cuestionario enviado por el CPISS, 1973.

País e Instituciones de Seguridad Social	Población Total	Población protegida			
		Total	Asegurados	Beneficiarios	Pensionados
Bolivia	5.330,700	671,502	191,109	480,393	
Brasil	100.000,000	40.027,415	10.307,834	28.055,000	----
Canadá	21.739,000	21.739,000			----
Colombia	22.708,507	4.216,821	1.126,208	3.109.660	----
Chile	10.044,900	7.114,700	2.700,000	4.414,700	----
El Salvador	3.549,260	167,425	124,061	43,364	----
Guatemala	5.289,700	608,176	448,378	125,008	----
México	53.584,975				
IMSS		11.396,714	3.519,844	7.550,364	326,506
ISSSTE		1.982,322	695,200	1.287,122	-----
Panamá	1.523,500	436,271	202,150	213,776	20,345
Rep. Dominicana	4.011,000	202,100	165,000	37,100	
Venezuela	10.000,000	2.000,000	700,000	(esposas) 1.300,000	----

Fuente: Información proporcionada por los países - Cuestionario enviado por el CPISS, 1973.

POBLACION ASEGURADA EN NUEVE PAISES LATINOAMERICANOS

PAIS	AÑO	Tanto por ciento de población asegurada en relación a la población económicamente activa.
Brasil (INPS)	1967	19.6
Chile (SSS)	1967	71.5
El Salvador (ISSS)	1969	8.1
Guatemala (IGSS)	1969	28.8
Haití	1969-70	1.0
Honduras (IHSS)	1969	4.5
México (IMSS)	1969	19.0
Panamá (CSS)	1969	33.8
República Dominicana (IDSS)	1967	15.4

FUENTE: Seguridad Social y Economía Nacional. Informe presentado a la quinta Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social de la AISS, Berna, septiembre de 1971.

Asimismo, hay que considerar que tales servicios por su organización y funcionamiento, permiten el trabajo médico en unidades adecuadas, convenientemente equipadas y con sistemas modernos de administración.

Por eso, en varios países, la seguridad social al participar como elemento activo en los programas de docencia en las ciencias de la salud, con sus recursos representados por su personal médico, por sus unidades médicas y centros de investigación; se ha constituido en una verdadera extensión de las Universidades, con fundamento en el principio de que si toda la población ha contribuido, directa o indirectamente, a la edificación y funcionamiento de hospitales que son ejemplo de organización médica, éstos deben participar en la formación del personal para los servicios de salud en general.

Los recursos económicos también están desigualmente distribuidos. Las instituciones de seguridad social por las peculiaridades de su organización y financiamiento, disponen de importantes recursos económicos destinados a sus programas de prestaciones médicas. La escasez de recursos económicos en el sector público limita las posibilidades de expansión de la salud pública. En lo que se refiere a los seguros sociales la extensión ha sido limitada por su aplicación tradicional que beneficia grupos de población dependiente de trabajadores asalariados. Su ampliación a las zonas rurales ha sido muy reduci-

da, por lo que en la actualidad, se inicia la tendencia de aplicar nuevas modalidades para el financiamiento de los servicios, aplicando la solidaridad nacional.

En América Latina existen diferentes servicios de atención médica los de los ministerios de salud, las beneficencias o sus equivalentes, lo que se llama en términos generales, el sector público; los de los seguros sociales u otros sistemas de previsión similares y los del sector privado. El concepto de cobertura varía: en el sector público se aplica el de universalidad de la atención médica, reconociendo que la salud es un derecho y pretende cubrir potencialmente un 70% de la población; en los seguros sociales, se aplica un criterio de prestaciones a cotizantes y sus dependientes económicos y protegen aproximadamente el 25%. El porcentaje de población con suficientes recursos económicos para acudir a la medicina privada se estima en un 5%. Lo que en muchos países resulta sorprendente es que en el sector público existe una capacidad instalada ociosa de unidades médicas y al mismo tiempo, por sus tradiciones culturales entre otros factores, comunidades rurales que no aprovechan sus servicios.

Análisis de la problemática de salud

Analizar en forma sistematizada la problemática de salud expuesta, obliga a diferenciar dos grupos de problemas. En el primero, han de considerarse los problemas directamente relacionados con la situación de salud tales como: atención materno infantil, nutrición, control de enfermedades transmisibles y crónicas y todo lo que se refiere al ambiente. Son necesidades que exigen los actualmente llamados Servicios para la Salud de las Personas.

En el segundo grupo, quedan incluidos los problemas que dependen de aspectos cualitativos y cuantitativos de los recursos disponibles y de su organización, así como de los recursos humanos, profesionales, técnicos y auxiliares; los procesos de administración, planificación, evaluación e información; la legislación y la reglamentación; la investigación básica y operativa, y el financiamiento. Todas estas necesidades quedan comprendidas en lo que se denomina Desarrollo de la Infraestructura.

Es incuestionable que los dos grupos de problemas mencionados, que condicionan el estado de salud en la región latinoamericana, se interrelacionan en forma diferente de acuerdo con el grado de desarrollo alcanzado por cada país. Cualitativamente persisten las necesidades del pasado decenio, pero cuantitativamente se aprecian marcadas diferencias que reflejan mejoría y progreso en la región. Es alentador constatar que los programas de salud comprenden una numerosa y variada cantidad de acciones de prevención y curación que vienen abatiendo las tendencias de la morbilidad y mortalidad. Con este propósito, para satisfacer la demanda social se han venido modifi-

cando y superando esquemas seculares caracterizados por rigidez de las estructuras, deficiencias de la administración, discontinuidad de las decisiones e insuficiencia del financiamiento para el sector salud.

Resulta a todas luces evidente que cualquier sistema de servicios de salud tiene que apoyarse en la disponibilidad de recursos, y que el objetivo primordial de la planificación es la asignación racional de los mismos en función de las demandas de servicios, cualitativas y cuantitativas, que se preveen.

Todo refinamiento posible en la planeación de recursos materiales y financieros y en la organización de estructuras administrativas estará incompleto si no incluye una consideración particular de los recursos humanos.

Durante los últimos años se ha hecho cada vez más frecuente una llamada de atención para la planificación, la necesidad de diseñar modelos de atención médica propios para las características y condiciones particulares de cada país, zona o región y enfáticamente se ha señalado como una de las causas de mayores tropiezos y fuertes limitaciones en el éxito, la adopción de modelos ajenos, singularmente de aquellos que fueron diseñados para su operación en países altamente industrializados y económicamente poderosos, que al ser extrapolados a países y regiones con componentes socioeconómicos y culturales distantes, disminuyen en enorme proporción su capacidad aplicativa.

La Organización Mundial de la Salud, por no citar si no un ejemplo de la más alta solvencia en este terreno, ha expresado en conceptos de su Director General que los países, particularmente aquellos con economías poco desarrolladas deben adaptar, no adoptar, modelos externos de atención médica.

El poco éxito de las extrapolaciones llega, en determinadas ocasiones, a los límites de la inutilidad, y los países en vías de impulsar su desarrollo social y económico no pueden desperdiciar recursos de ninguna naturaleza. La subutilización de recursos naturales y financieros es altamente lesiva al proceso nacional de desarrollo, pero la mala utilización de recursos humanos es potencialmente atentatoria de la tranquilidad social.

Planificar la atención médica en función de los alcances científicos actuales y de las disponibilidades tecnológicas puede conducir a perfeccionismos programáticos que, desvinculados de otras realidades, sustentarán metas idealistas de consecución imposible. Planificar con el criterio exclusivo de la disponibilidad económica, expone al sacrificio o limitación de los recursos científicos sustentada en la asignación de recursos humanos mediante una organización opuesta a las costumbres y tradiciones imperantes corre el ries-

go de fijarse metas inconquistables. Resalta, por su propio peso, que la planificación de la atención médica no puede ser enfocada hacia objetivos unilaterales de carácter científico, tecnológico o financiero, y requiere de una integración conceptual y de un realismo pragmático que la aleje de convertirse en un instrumento para la preservación y mantenimiento de organizaciones que impiden los propósitos de la medicina social.

En el complejo problema de la planificación de acciones de salud es indispensable aprovechar las experiencias del pasado, y concebir la planificación como un proceso de corrección en aquellos aspectos que han mostrado su incapacidad, o su escasa posibilidad de ser elementos adecuados para los problemas del presente y las demandas del futuro. En otros términos planificar no debe ser un proceso dirigido a preservar las estructuras actuales, sino orientado a la superación de carencias, a la corrección de desajustes, a la afinación de estructuras y procedimientos, y que fija su meta última en la previsión racional de los problemas futuros.

Un hecho singular en los seguros sociales latinoamericanos es la preocupación, siempre presente y ahora creciente, por extender las prestaciones a núcleos mayores de población, y disminuir las gruesas diferencias actuales entre la proporción de población amparada y la carente de servicios. Las altas tasas de crecimiento demográfico en la América Latina anticipan con precisión la multiplicación futura de las demandas, y permiten identificar la exigencia de acrecentar en la debida proporción los recursos adecuados para satisfacerlas.

Al trazar el perfil de los problemas de salud en la región latinoamericana se ha puntualizado la realidad imperante, destacando que en la política nacional de desarrollo es de gran trascendencia la planificación nacional del sector salud que comprende, como parte cada vez más importante, los servicios para otorgar prestaciones de salud en la seguridad social.

2.4 Objetivos nacionales de salud

Un plan nacional de salud tiene como propósito establecer el nivel a que debe operar la acción preventiva y curativa para aproximar el estado de salud encontrado al nivel deseable.

La definición de una política de salud es consecuencia del conocimiento del nivel de salud y de los factores que lo condicionan, entre los que adquieren relevancia la cuantía de los recursos disponibles y sus formas de utilización.

Dada la escasez de recursos, denominador común en los países latino-

mericanos, la política de salud tiene tres alternativas posibles que deben definir los gobiernos:

La primera alternativa es aumentar los recursos, que provienen en gran parte del fondo común del sector público-del que dependen todos los recursos de las actividades nacionales- por consiguiente, los aumentos que se otorguen al sector salud sólo podrán efectuarse después de considerar cuidadosamente el equilibrio en la distribución sectorial.

La segunda alternativa es mejorar la utilización de los recursos existentes, o sea aumentar su eficiencia al utilizarlos en la forma que sea posible obtener el máximo beneficio. Prácticamente, como los recursos se agrupan para producir actividades o tareas específicas y éstas se asocian a su vez en técnicas, las decisiones sobre el mejor uso de los recursos se concretan a la elección de las técnicas más eficientes.

La tercera alternativa consiste en jerarquizar las aspiraciones, concentrando los recursos de acuerdo a una lista de prioridades. O sea, escoger determinados objetivos que pueden ser satisfechos con los recursos disponibles; y proceso que implica, con base en la mejor información posible y en las conveniencias económicas y sociales, la fijación de prioridades de acuerdo a criterios de magnitud del daño, su trascendencia para la comunidad, su vulnerabilidad a la tecnología actual y su costo.

La fijación de prioridades es tarea compleja, ya que la interdependencia de los problemas de salud hace muy difícil postergar la solución de algunos cuyo agravamiento futuro puede tener repercusiones imprevisibles; por otra parte, tomar una decisión en un sentido, acentúa los riesgos de empeoramiento de la situación en determinados grupos o en ciertas regiones, con lo que se viola el principio de la distribución equitativa de beneficios que es básico para mantener sin deterioro el nivel actual de salud de todas las comunidades.

El objetivo debe ser elegir las técnicas más eficientes de acuerdo con prioridades que proporcionen el mayor beneficio; así, la mejor decisión será la que permita la combinación más adecuada de esfuerzos para proporcionar el máximo de objetivo por unidad de recursos o bien utilice el mínimo de recursos frente a determinados objetivos, siguiendo los principios de maximización o de minimización, respectivamente, del método programático.

Otros factores condicionantes son: la inmovilidad y especificidad de los recursos que se destinan a la salud; las restricciones y orientaciones que el plan de desarrollo impondrá a la política de salud, que se verá afectada por los cambios que se introduzcan a través de políticas de consumo, de inversiones, de importaciones y exportaciones, entre otras; la importancia que

asigne el plan de desarrollo a los sectores sociales (desarrollo industrial, política agrícola, política educacional y otros) según las urgencias y las presiones, o a las necesidades derivadas de la concentración temporal de recursos humanos y materiales para el desarrollo de determinadas áreas.

Dentro del proceso de programación la fijación de metas asegura el realismo, la factibilidad y la eficacia del plan de salud, no sólo para los propósitos que éste persigue dentro del sector, sino además para establecer su compatibilidad y complementaridad con las metas del plan de desarrollo. Con un proceso coordinado, a cargo de un sistema planificador nacional, es posible realizar ajustes de las proposiciones de los sectores y de discusiones y decisiones a diferentes niveles, para fijar el nivel de operación del plan general y de los planes sectoriales de acuerdo a las posibilidades financieras. Es entonces cuando las instituciones de salud proceden a la ejecución del plan, cuya esencia consiste en aproximar la realidad existente, al modelo normativo construido. Si en su formulación el plan es eficaz, realista y factible, el resultado de la ejecución va a depender de la eficiencia de la administración.

Es conveniente hacer un análisis somero del Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, efectuada en Santiago de Chile en octubre de 1972, que determina con precisión los objetivos nacionales de salud.

Recomendaciones sobre áreas programáticas y Metas Decenal de Salud para las Américas para el período 1971-1980.

Debe destacarse que como marco de referencia en el orden político, se determinó que la salud como función social en las Américas debería analizarse bajo el auspicio del Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo que se inició el 1o de enero de 1971. La Organización Mundial de la Salud, asignó prioridades y recomendó metas para las 31 áreas programáticas siguientes:

Enfermedades transmisibles.

Malaria.

Enfermedades crónicas.

Salud mental.

Salud materno-infantil y bienestar familiar.

Dinámica de la población.

Nutrición.

Salud dental.

Saneamiento ambiental.

Salud ocupacional e higiene industrial.

Aspectos de salud en el desarrollo regional.

Salud animal y salud pública veterinaria.
Control del empleo de plaguicidas.
Control de la calidad de alimentos.
Control de calidad de medicamentos.
Control de los accidentes de tránsito.
Enfermería.
Laboratorios de salud.
Rehabilitación médica.
Educación para la salud.
Salud y radiaciones.
Sistemas de servicios de salud y su cobertura.
Asistencia médica y sistemas de salud
Procesos de administración, planificación e información de salud
y coordinación intersectorial.
Sistemas de estadística.
Investigaciones en salud.
Recursos humanos para la salud.
Tecnología y recursos docentes.
Universidad Panamericana de la Salud.
El sistema institucional legal en materia de salud.
Análisis del financiamiento de las proposiciones del Plan Decenal.

Se hace constar que la mayoría de las recomendaciones de la OMS han sido superadas por muchos de los países americanos y que todos han realizado importantes progresos en relación con cada uno de los problemas enunciados.

Lo anterior dió bases para definir los propósitos de la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas en la decisión de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud de establecer objetivos para el decenio 1971-1980 de acuerdo a la realidad que se conoce en cada país y en el Continente, a las posibilidades de alcanzarlos y ajustados a las tendencias del desarrollo y de la economía. Al reconocer que los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública de la Carta de Punta del Este se alcanzaron en su mayor parte, fueron considerados importantes para un nuevo Plan Decenal de Salud los factores siguientes:

- Que para 1980 se estima el crecimiento de la población en un 24% para el hemisferio y en un 33% para la América Latina,
- Que algunos problemas de salud que contribuyen en mayor proporción a la morbilidad y mortalidad pueden ser prevenidos o controlados con técnicas simples y económicas,
- Que hay conciencia de la necesidad de formular planes y programas,

- Que los recursos humanos constituyen el elemento fundamental para la estructuración y operación de los sistemas de salud,
- Que es necesario obtener el mayor rendimiento posible de la capacidad instalada, y
- Que el avance de la salud en el Continente estará conformado por un conjunto de realizaciones nacionales a tono con las propias políticas de desarrollo económico y social.

Con estas bases la III Reunión Especial de Ministros, de Salud de las Américas resolvió recomendar a los gobiernos las Metas del Plan Decenal de Salud para el período 1971-1980, que quedan contenidas en cuatro capítulos de gran trascendencia:

En el capítulo I Programa de Servicios, quedan comprendidos:

1. Servicios a las personas, especificando las metas por lograr en relación con enfermedades transmisibles, salud materno infantil y bienestar familiar, nutrición y otras áreas.
- 2.- Programa de saneamiento del medio que incluye: servicios de agua y de disposición de excreta, desechos sólidos, contaminación ambiental, desarrollo regional, salud ocupacional, salud animal y salud pública veterinaria, política alimentación y nutricional, control de la calidad de los alimentos, control de la calidad de los medicamentos, control del uso de plaguicidas, y prevención de accidentes.
- 3.- Servicios complementarios, que se refieren a enfermería, laboratorios, sistemas de vigilancia epidemiológica y educación para la salud.

En el capítulo II Desarrollo de la Infraestructura, se señalan las metas por alcanzar en 1.- Sistemas de salud, 2.- Planificación, 3.- Investigaciones, 4.- Capacidad operativa, 5.- Desarrollo de recursos humanos, 6.- Recursos físicos, 7.- Recursos financieros, 8.- Recursos tecnológicos y 9.- Aspectos legales.

El capítulo III señala las metas por alcanzar en la década sobre Esperanza de Vida al Nacer, y el capítulo IV hace referencia a Aspectos Generales.

Los resultados del Informe Final, revelan una visión más precisa de los problemas y de cómo resolverlos, así como amplio reconocimiento al propósito de coadyuvar con información veraz y reciente, normas y metas precisas, que puedan ser de valor para las decisiones que los Gobiernos adopten con respecto a proyectos específicos, dentro del marco de referencia continental. Las perspectivas de trabajo serán tanto más amplias - promisorias cuanto

mayor conciencia se tenga en los países americanos de la importancia y complejidad de su problemática en el campo de la salud.

2.5 Participación de la seguridad social en la planeación coordinada de los servicios de salud.

Dos de las características principales de los servicios de salud en latinoamérica, son la multiplicidad de instituciones públicas y privadas que los proporcionan y la falta de coordinación interinstitucional dentro del sector salud, lo cual tiene como consecuencia duplicación de servicios, cobertura desigual para distintos grupos de población, derroche de recursos y encarecimiento innecesario de las prestaciones.

Por eso, en la mayoría de los países latinoamericanos se destaca como una función gubernamental la planificación a nivel nacional de los recursos y servicios en materia de salud. Las responsabilidades inherentes están confiadas a Departamentos de Planificación Nacional en los que existe una sección especial para los servicios de salud o bien, algunas veces, se encomiendan a los Ministros de Salud.

Ya se ha señalado anteriormente que la planificación del sector tiene como propósito el control nacional sobre las existencias y distribución de los recursos para la salud y constituye la base esencial para una racional utilización de la asistencia médica.

Es indudable la trascendencia de todo sistema de seguridad social en los programas nacionales de salud. A esta importante influencia, algunos han pretendido darle matices negativos y para argumentar que obstaculiza una sistemática planificación nacional. Pero es evidente realidad que los ingresos de la seguridad social destinados a la atención médica vienen a agregarse a los ingresos de la salud pública. Su verdadero y real efecto es la ampliación de los recursos nacionales para la atención médica. Este proceso, tiene especial importancia para la planificación sanitaria nacional, pues los gastos de la seguridad social se inscriben en un contexto organizado y, por lo tanto, están sujetos a las influencias de la planificación nacional, en contraste con lo que acontece en el sector médico privado en donde es muy difícil proceder en forma semejante.

Toda medida que permita la asignación de sumas mayores para un

programa organizado de atención médica, ya sea bajo los auspicios de los ministerios de salud o de las instituciones de seguridad social, tenderá a favorecer la introducción de servicios planificados. Así, todo programa de seguridad social, contribuye a una tendencia a largo plazo hacia la planeación coordinada los servicios de atención médica nacionales.

En casi todos los países, la legislación sobre salud pública y sobre seguridad social son casi totalmente independientes. Las leyes sobre salud pública contienen muy reducido número de referencias a las leyes de seguridad social, y viceversa. Por esto resulta, de la mayor trascendencia, estudiar estos dos campos complementarios y determinar el mejor método de coordinarlos.

Una legislación muy conveniente y de gran utilidad sería la que estableciera las adecuadas relaciones entre los programas de salud pública y los de seguridad social. Será de gran importancia el promulgar una Ley general que defina el marco para la colaboración entre ambos organismos.

En todo caso, es necesario que se proceda a una planificación sectorial de los servicios de atención médica, ya que interesa finalmente a toda la población: por lo que es muy conveniente establecer oportunamente una coordinación sistemática entre los programas gubernamentales de salud y los de los servicios para otorgar prestaciones de salud de las instituciones de seguridad social.

3. PLANIFICACION DE LAS PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Entre los instrumentos aplicables para hacer cumplir los preceptos del derecho a la salud, los seguros sociales están situados en un lugar preminente, pues conjuntan prestaciones médicas, económicas y sociales, que sustentan aspectos específicos de protección contra contingencias y de promoción de bienestar en el ser humano.

Los seguros sociales con servicios médicos directos han acumulado una amplia experiencia operacional que permite analizar resultados y encontrar factores de juicio para racionalizar la organización de sus servicios médicos.

En efecto, su estructura les ha permitido un desarrollo estrechamente vinculado con objetivos institucionales bien definidos, congruentes con la doctrina y señalados por la ley. Asimismo, su financiamiento fincado en cálculos actuariales, asegura recursos adecuados para el cumplimiento de los objetivos. En estas condiciones, la investigación médico social se ha agregado como un factor adicional que propicia la planificación técnica, dentro de los principios de la administración científica.

Este panorama es diferente al que confrontan otras instituciones de servicios médicos, del sector gubernamental o del privado, que generalmente tienen limitantes derivadas de insuficiencia en recursos financieros que afectan la factibilidad de cumplir sus objetivos y el proceso de desarrollo de sus operaciones.

3.1 Objetivos Generales

En los servicios médicos de los seguros sociales la planificación es un instrumento de integración racional que pretende establecer plena congruencia entre los objetivos, conceptuales o legales, y las metas que deben alcanzarse en relación con la demanda concreta de servicios generada por los problemas de salud existentes en la población amparada, mediante el empleo adecuado de los recursos disponibles, para favorecer un rendimiento óptimo de los mismos e incrementar la productividad.

Estos factores, objetivos, metas, necesidades, recursos y organización son los elementos básicos que deben intervenir en la planificación, y que requieren ser interrelacionados y conjugados para propiciar los más altos logros.

Las posibilidades para diseñar un sistema de prestaciones para el cuidado de la salud, congruente con los objetivos, las necesidades y los recursos, son muy amplias en teoría, y permiten llegar al diseño de modelos diversos, en que a pesar de la perfección que se pretenda alcanzar siempre existirán limitantes prácticas, fundamentalmente las derivadas de la aplicación de recursos humanos.

En el terreno de las prestaciones para el cuidado de la salud la atención médica integral constituye un elemento fundamental dentro del sistema de seguridad social, y en sí mismo puede ser considerado como un sistema particular.

Las circunstancias descritas constituyen el substrato básico de un criterio de planificación que permita la organización de unidades, adecuadas y suficientes, para la atención de los problemas de salud que afectan a un conglomerado humano, en toda la amplia variedad de sus componentes. Lo anterior está fuera de los alcances de una unidad médica aislada, cualquiera que sea su denominación o características. Un hospital concreto, que no forma parte de un conjunto de unidades, es diseñado para la atención de una determinada categoría de problemas de salud, y sería imposible suponer una planificación que le permitiera abarcar la atención médica integral en todas las categorías de problemas de salud. Las unidades aisladas, generalmente hospitales, se convierten en estímulos de competencia entre ellas, no de concordancia o apoyo sinérgico, y habitualmente focalizan el sentido de la atención médica hacia un objetivo particular, que puede ser discordante del objetivo básico de un país, región o conglomerado humano.

El problema básico por resolver en la planificación es la asignación de recursos. Haciendo abstracción de los de carácter financiero hay tres factores básicos de análisis para su correcta asignación: los recursos tecnológicos, principalmente instrumental y equipos; los recursos materiales, instalaciones y locales para el desempeño de las diversas acciones médicas requeridas, y los recursos humanos, que implican una división del trabajo médico adecuado a la categoría de problemas que se intenta resolver, lo cual, está firmemente entremezclado con los recursos tecnológicos y los materiales, o sea que los tres factores mencionados no pueden ser considerados aisladamente, sino como integrantes de un mismo problema.

El manejo de estos factores requiere un procedimiento eminentemente técnico, con una sustentación distinta de los criterios tradicionales para el diseño y organización de instituciones privadas o de la práctica médica individual, en las cuales la división del trabajo médico, y la asignación y ubicación de recursos tecnológicos y materiales, se dirige a objetivos parciales o específicos de una actividad, por ejemplo la investigación o la docencia o el rendimiento económico de los capitales invertidos. Es evidente que en estas dos circunstancias, y en otras similares, se atiende fundamentalmente al cálculo de la demanda de servicios, y a la satisfacción de ella, con un punto de referencia concreto: los números de usuarios aceptables en función de la enseñanza la investigación o la solvencia económica.

En los seguros sociales con servicios médicos directos se tiene la oportunidad y posibilidad de integrar un verdadero sistema de atención médica, con el sentido que dan a un sistema las ciencias administrativas.

En administración se entiende por sistema el conjunto de organismos, principios y normas sobre una materia, enlazados o coordinados entre sí, tan estrechamente que constituyen un todo, a pesar de la relativa independencia, funcional u operativa, que puedan tener sus partes componentes. Estas partes actúan con una misma orientación y satisfacen un objetivo común. En estos términos un sistema es un todo organizado y articulado, no simplemente una acumulación de elementos. Su crecimiento va de adentro hacia afuera, haciendo a cada una de sus partes más fuertes y adecuadas a sus finalidades individuales y colectivas, sin alterar la proporción que cada una de ellas tiene dentro del conjunto. En los sistemas no existen unidades aisladas; hay un organismo central cuyas actividades son importantes para normar el funcionamiento de todos sus componentes.

La planificación de los servicios médicos directos de un seguro social debe ser eminentemente realista. Los modelos ideales son poco aplicables, si se considera que la disponibilidad de recursos en los países latinoamericanos obliga a emplear con el máximo de racionalidad los existentes, En estas circunstancias se presentarán limitantes básicos para el diseño técnico del

tipo y número de unidades de atención médica deseable, de su localización geográfica y de las normas y procedimientos para una coherencia óptima entre sus acciones. Sin embargo la limitante de mayor importancia es la asignación de recursos humanos, fundamentalmente de personal médico y de otras profesiones. Es de sobra conocido el panorama general de distribución geográfica del personal médico en los países latinoamericanos, con concentración en las zonas urbanas y notoria escasez en las poblaciones pequeñas y en el área rural. Asimismo la distribución en áreas básicas de la atención médica, medicina general, especialidades quirúrgicas, y otras disciplinas del tipo de la anestesiología, radiodiagnóstico, laboratorio clínico, por no citar sino los ejemplos más relevantes, se han estructurado con criterios y modelos desvinculados de la realidad de los problemas médico sociales por resolver. A esto debe agregarse otro componente básico, el de disparidad, cuando no franca divergencia, entre los objetivos individuales para el ejercicio de una profesión y los objetivos sociales de la misma, que inciden profundamente en la identificación psicológica del médico con los conceptos, objetivos y sistemas operacionales de la medicina social, y deterioran la capacidad integral de los sistemas para alcanzar una óptima productividad en la aplicación de los recursos disponibles.

En síntesis además del propósito básico de racionalizar los niveles de atención médica, queda implícito el objetivo de equilibrar los costos de instalación y dotación, y los gastos operacionales con la realidad en la demanda, cualitativa y cuantitativa, derivada de los problemas de salud.

En los seguros sociales este aspecto de equilibrio en los costos es de la mayor importancia como elemento de consideración en la planificación, pues dentro de la obligación legal que implica la prestación médica está comprendida la necesidad de otorgarla en función de los recursos disponibles en los niveles más elevados posibles de oportunidad, calidad y eficiencia.

3.2 Sistema de Atención Médica

En la planificación de un sistema de atención médica se requiere, como en cualquier otro proceso de planificación, de una etapa inicial, que implica el conocimiento suficiente de los problemas que se intentará resolver y la fijación de los objetivos generales a que está destinado el funcionamiento del sistema. En el caso de los seguros sociales las políticas y objetivos generales son de conocimiento previo, y están contenidos en las legislaciones correspondientes por lo cual dentro de la norma general que la ley marca, será posible la afinación de objetivos particulares de mayor precisión.

En la etapa siguiente, ya conocidos los problemas por resolver, en lo cuantitativo y en lo cualitativo, definidas las políticas y los objetivos generales y particulares, el proceso planificador se enfoca al problema concreto de

mayor importancia práctica: la distribución de los recursos, y la agrupación de ellos en los tipos y números de unidades requeridas para el desarrollo de las acciones que implica el cuidado de la salud en la población amparada.

La siguiente etapa, comprende los aspectos concretos de organización general del sistema, y particular de cada uno de sus componentes; la estructuración de normas y procedimientos que permitan el funcionamiento de las partes como un todo armónico y coherente, en que cada una de ellas sirve a una función particular dentro del sistema y se apoya en todas las restantes para el cumplimiento de sus objetivos particulares y del objetivo común.

Como en cualquier otro tipo de sistema, la planificación requiere apoyarse en instrumentos básicos, entre los cuales destaca por su importancia la información y la evaluación, que permiten el registro constante, la correlación y el análisis del rendimiento de los recursos aplicados, las acciones ejecutadas y los costos generados en la operación del sistema, y mediante el procedimiento de retroalimentación dan un sentido cibernético, de dinámica permanente a la planificación.

El elemento más comúnmente empleado para el diseño de un sistema de atención médica es la determinación de la demanda efectiva y la demanda potencial de servicios. La investigación de la demanda efectiva se sustenta en la estadística, experiencia adquirida, y en la proyección hacia el futuro de las curvas de tendencia del uso actual de los servicios. Es altamente deseable que al análisis de la demanda se agreguen también, como factores importantes, las consideraciones sobre aspiraciones y necesidad real. Sin embargo se les suele dar poca importancia en los sistemas de atención médica en que el usuario tiene limitada su accesibilidad al uso de los servicios por factores económicos, situación distante de la realidad en los seguros sociales, en los cuales existe un compromiso legal, por lo cual en el diseño de un sistema de atención médica para un seguro social deben ser siempre extremadamente estos factores de juicio.

Las aspiraciones están determinadas por una serie de factores culturales y de actitudes y expectativas de los individuos de una sociedad determinada. Pueden diferir ampliamente cuando se comparan poblaciones diferentes, aun cuando las necesidades sean similares. Debe considerarse como un factor de juicio que las aspiraciones pueden estar fuertemente distorsionadas o exageradas, por elementos independientes de la realidad médica y social, básicamente por la acción de los medios de programa comercial, y convertirse en argumentos de presión de los derechohabientes para exigir recursos sofisticados, científica y técnicamente innecesarios, excesivos o superfluos, en la atención médica.

Concebido como un sistema el conjunto de estructuras y órganos para

la prestación médica se dirige al cumplimiento de objetivos básicos, entre los cuales se pueden destacar los siguientes:

1. Dar cumplimiento a las obligaciones en materia de prestaciones de salud que establece la legislación correspondiente.
2. Obtener un rendimiento óptimo de los recursos disponibles, y propiciar la máxima productividad del sistema.
 - Atender la problemática médico social de la población amparada.
 - Emplear en toda su potencialidad los alcances de las ciencias médicas, y los dispositivos tecnológicos disponibles, con una racionalidad fundada en los componentes cuantitativos y cualitativos de los problemas de salud por resolver.
 - Distribuir cuantitativa y cualitativamente los recursos, en los tipos y números de unidades de atención médica requeridos.
3. Promover y elevar los componentes humanísticos de la medicina propiciando la mayor identificación posible, desde los puntos de vista conceptuales y operacionales, entre los objetivos de la medicina social y de los seguros sociales con los intereses y expectativas de los profesionales al servicio de la Institución, fundamentalmente del personal médico. Este objetivo es de la mayor trascendencia ya que la medicina como profesión, desde sus más remotos orígenes, siempre ha estado vinculada al más decantado concepto de humanismo.

La estructura de un sistema de atención médica permite la fijación de objetivos colaterales, algunos de ellos muy importantes para la solución de los problemas que confrontan la mayoría de los países latinoamericanos en sus servicios de salud.

La participación de los seguros sociales en un sistema nacional de enseñanza médica y de otras ciencias y técnicas de la salud, ofrece un sólido apoyo a las estructuras docentes superiores y, además permite a los estudiantes una visión de pleno realismo de la problemática médico y social, dado que en los seguros sociales los principios conceptuales y jurídicos el sostén financiero, y la organización estructural, permiten la atención de todos los problemas de salud, en la proporción en que éstos existen en la población, a diferencia de los tradicionales hospitales de enseñanza que generalmente nutren sus servicios con enfermos de la asistencia pública, seleccionados por el interés particular de sus padecimientos o por las limitaciones económicas del establecimiento.

Por su parte, los seguros sociales se benefician al incorporar la docencia médica y de las ciencias y técnicas de la salud en su sistema, al propiciar en el personal médico y otros profesionistas y técnicos el estímulo básico de la responsabilidad docente, que se traduce en elevación en la calidad de las acciones.

La organización de un sistema de unidades médicas permite el funcionamiento de planes y programas de educación médica permanente para el personal de los seguros sociales y el desarrollo de actividades académicas de toda índole. Es un terreno propicio para la planeación y programación de investigación médica, con un sentido institucional y un enfoque realista hacia los problemas de salud de la comunidad. Un complemento importante de la enseñanza y la investigación es su extensión al área sociológica, que se facilita grandemente en un sistema bien estructurado de servicios médicos, y que permite posibilidades óptimas para el trabajo interdisciplinario en el análisis de factores muy importantes de conocer en las actitudes y expectativas de los derechohabientes y del personal profesional de la institución. el diseño de procedimientos educativos dirigidos a modificar las actitudes disociativas o desfavorables y otros componentes de la conducta humana que tienden a deteriorar la interrelación entre la institución y su personal, entre ésta y la población amparada y entre los derechohabientes y la institución.

La existencia de un sistema como estructura operacional básica de los servicios médicos afecta también otras situaciones diversas de gran trascendencia en la operación de los seguros sociales. Entre ellas se pueden citar algunas de carácter económico, que reducen en forma muy importante los gastos institucionales en la adquisición de medicamentos, materiales, instrumental y equipo, mediante la estructuración de cuadros básicos que, respondiendo a las exigencias científicas y tecnológicas de valor probado, permiten la institución de una política de adquisiciones que favorece la disponibilidad oportuna, la calidad y el costo de lo adquirido, y que en el caso concreto de instrumentos y equipos permite, además, una homogeneidad que facilita en la mayor amplitud el mantenimiento preventivo, la reparación y la reposición de los mismos.

Entre otras ventajas inherentes a la estructuración de un sistema resaltan por su importancia las posibilidades de toma de decisiones adecuadas y técnicamente sustentada sobre la construcción de unidades médicas, lo mismo en el aspecto de su distribución geográfica que en las características que cada una de ellas debe reunir. La traducción práctica de estas circunstancias no es sólo de índole económica por abatimiento de los costos, sino fundamentalmente de carácter funcional, pues propicia al máximo la coherencia orgánica entre las diversas unidades del sistema, y a la vez hace posible el diseño de módulos de construcción que permita, en su oportunidad, las ampliaciones o remodelaciones requeridas en las unidades para

satisfacer incrementos en la demanda de servicios consecutivos al crecimiento natural, o de otra índole, en la población amparada.

Un hecho de singular importancia en el ámbito latinoamericano es la influencia de los seguros sociales con servicios directos que al organizarse bajo el concepto de un sistema permiten la distribución geográfica del personal de salud, singularmente de los médicos, en todos los ámbitos de un país, y que tienden a corregir los graves desequilibrios en este terreno observables en la mayor parte de nuestros países. Esta influencia es tanto más señalada cuanto mejor organizada como sistema esté la prestación médica directa de un seguro social, dado que la distribución geográfica de los recursos tendrá que ser consecuente con la distribución de la población amparada, eliminando los elementos que tradicionalmente han regido en este aspecto en los modelos de la práctica médica privada.

Desde el punto de vista de la información requerida para la planificación de la salud la contribución de los seguros sociales es también trascendente, pues al operar como un sistema favorece al máximo la captación y procesamiento de datos estadísticos, singularmente los relativos a morbilidad en las áreas de consulta externa de los servicios de medicina general, elemento de importancia básica para planificar adecuadamente niveles de atención médica y para programar las acciones para el cuidado de la salud que mayor trascendencia directa tienen en la comunidad. Una de las quejas más habituales en los planificadores de salud pública es la carencia de esta información, pues la mayoría de las ocasiones las estadísticas de morbilidad son captadas de las consultas ambulatorias de servicios de especialidad o en hospitalización, y en ambos casos su valor disminuye por referirse exclusivamente a un tipo de problemas de salud, que no es ni el más abundante ni el que refleja la demanda real de atención en la operación diaria de los servicios.

Un beneficio más, de aplicación práctica, al estructurar los recursos como un sistema, es propiciar las máximas posibilidades de aplicación de algunos instrumentos de gran importancia en la productividad. Pueden citarse, como ejemplos, la aplicabilidad de las teorías y procedimientos de desarrollo organizacional, cuya eficacia ha sido ampliamente demostrada en empresas de otra naturaleza. En forma similar la técnica de sistemas encuentra un terreno propicio para su aplicación si los servicios médicos están estructurados como un sistema contrariamente a su utilidad limitada en unidades aisladas, sin coherencia en su funcionalidad y en sus objetivos.

Cabe agregar, como otro elemento muy importante, la posibilidad dentro de un sistema de atención médica de establecer procedimientos de evaluación homogénea y comparables para todas las unidades, que permiten con mayor racionalidad planificar y programar acciones para mantener y elevar los niveles de calidad, que cuando la evaluación se aplica parcialmente a servicios o unidades aisladas.

En resumen, independientemente de los objetivos primarios de un sistema de atención médica pueden señalarse los siguientes objetivos colaterales, cada uno de ellos posible de estructurar como un subsistema particular:

- Enseñanza médica y de otras ciencias de la salud, en todos sus niveles.
- Enseñanza permanente al personal profesional y técnico.
- Investigación médica en sus aspectos clínicos y de ciencia básica, con orientación institucional y enfoque a la problemática de salud concreta de la población amparada.
- Investigación de los factores ecológicos, socioculturales y económicos que inciden en la salud de la población amparada.
- Investigación de los problemas psicosociales del personal al servicio de la institución y diseño de políticas y programas para su atención adecuada.
- Investigación de los problemas operacionales con la aplicación de las técnicas de análisis de sistemas.
- Diseño de procedimientos institucionales de evaluación de la atención médica.
- Elaboración de cuadros básicos de medicamentos, materiales y equipos y estructuración de una política de adquisiciones.
- Elaboración de una política y sistema institucional de mantenimiento preventivo, reparación y reposición de instalaciones materiales y equipos.
- Diseño de sistemas de información del área médica.
- Desarrollo de modelos de construcción para los distintos tipos.

Finalmente, la estructuración de un sistema favorece todas las funciones de carácter técnico administrativo de las unidades médicas. Permite la homogeneidad normativa y operacional de todos sus componentes, dentro de la estructura general de administración del sistema de seguridad social en su conjunto. Con ello favorece la uniformidad de criterios entre la administración básica de un seguro social y la propia de uno de sus componentes fundamentales, la prestación médica, y evita interferencias innecesarias entre los distintos tipos de prestaciones a que la ley obliga a una institución, con predominancia de alguna en detrimento de otra.

Este aspecto es de importancia fundamental dentro del marco conceptual de la salud y la seguridad social, habida cuenta de que todas las prestaciones que los seguros sociales otorgan concurren a la preservación de la salud y a la sustentación de una protección básica en la vida del hombre. La importancia y trascendencia de las prestaciones económicas es evidente en ambos casos, pero pierde valor sin la concurrencia, en un grado suficiente, de la preservación y mantenimiento de la salud integral, obtenida mediante la prestación médica, de donde resulta que toda desproporción entre ambas prestaciones opera en detrimento de la potencialidad de cada una de ellas, como factor sustantivo de salud y seguridad social.

3.3 Bases para el Diseño de un Sistema de Prestaciones de Salud.

La organización de servicios para las prestaciones de salud de un seguro social debe sustentarse en el aprovechamiento de los recursos disponibles, lo cual requiere la creación de estructuras y órganos que permitan el cumplimiento de los objetivos.

En términos generales los recursos básicos para todo sistema de prestaciones de salud son de carácter humano científico, tecnológico, legislativo, financiero, y fundamentalmente el personal de salud. La doctrina social, como antecedente y base del marco legislativo, los alcances actuales de las ciencias médicas y los adelantos tecnológicos y los soportes financieros son elementos básicos de una planificación, y sustentan la estructura que permitirá la obtención de logros en materia de salud. Estos elementos reunidos adquieren una potencialización sinérgica, que no tienen aisladamente la doctrina ni la ley, la ciencia ni la técnica, ni el recurso económico, pero conjugados entre sí permiten la organización, la creación de una estructura en que el elemento primordial, el de más alto valor en la conquista de logros, es el recurso humano, el personal de salud y singularmente el médico, quien será dentro del espíritu de las doctrinas y los mandatos de la ley, con los alcances de la ciencia y el empleo de la tecnología, el factor de elevación en los niveles de salud de la población derechohabiente.

La teoría y la técnica para la planificación de servicios médicos presenta variaciones naturales en el pensamiento de diversos autores y organismos. Sin embargo, todos concurren a ciertos postulados básicos que se deben satisfacer, entre los cuales destaca como elemento fundamental la racionalidad en la ubicación cualitativa y cuantitativa de los recursos en función de los problemas de salud de la población.

Entre los procedimientos empleados para esta finalidad, y cuyo valor práctico es sustentado por la experiencia alcanzada en varios países, se en-

cuentra la regionalización de los servicios médicos, que se funda en un proceso logístico secuencial de interrelación entre los siguientes factores:

1. Investigación, análisis y jerarquización de los problemas de salud existentes en una población dada.
2. Determinación de los niveles de atención médica, concebidos en función de la complejidad diagnóstico-terapéutica de los procedimientos para su atención mediante un enfoque de medicina integral, y
3. Diseño y ubicación del tipo y número de unidades de servicio, en relación con los niveles de atención médica establecidos y considerando los problemas colaterales de vialidad, transportación y otros de naturaleza similar que favorecen la accesibilidad de los pacientes a las unidades.

3.3.1 Problemas de salud.

Las dificultades reales para definir conceptualmente los problemas de salud empiezan en lo abstracto del concepto de salud y sus atributos. Generalmente no se definen los términos que la componen, ni mucho menos se indica en que forma pueden ser cuantificados o calificados. En estas condiciones el problema real es muy arduo, que ha desafiado los intentos de medición en sus componentes, por lo cual los intentos para conceptualizar los problemas de la salud tienen como obstáculo la carencia de referencia apropiado.

En la práctica el enfoque al conocimiento, cuantificación y jerarquización de los problemas de la salud, elemento indispensable para la planeación de los recursos para preservarla, restaurarla y promoverla, se basa en criterios estadísticos y se sustenta en la compilación de datos sobre enfermedades, de los cuales se deduce la cuantía y el tipo de los problemas de salud que afectan a la comunidad.

Un viejo aforisma de la medicina, de aceptación universal, postula que existen enfermos y no enfermedades. El valor de este precepto pareció deteriorarse durante algunas décadas, por el fuerte impulso de la investigación médica y de las aplicaciones tecnológicas. Sin embargo, en los últimos años ha sido progresivamente creciente la aceptación de que numerosas situaciones que conducen a la gente a buscar el auxilio de la medicina son malestares, dolencias, síntomas y signos, subjetivos y objetivos, que difícilmente pueden ser considerados dentro de criterios rígidos de nosología, y sin embargo requieren de cuidados médicos y constituyen el gran volumen de los servicios que la sociedad contemporánea demanda.

En algunos países con elevado grado de desarrollo se acepta cada vez más la necesidad de identificar los problemas de salud de la población dentro de marcos de referencia más realistas, lo que ha puesto en evidencia la falta de correlación entre las estadísticas vitales y la frecuencia real de malestares que conducen a la población a solicitar atención médica.

Asímismo se aprecian notables discrepancias en criterios y conceptos sobre salud y enfermedad, cuando se comparan los puntos de vista de los pacientes, de los médicos y de las estadísticas.

La atención médica se otorga en dos áreas principales: hospitalización y consulta externa o ambulatoria. El valor de la información estadística es evidente en el área de hospitalización, como factor primordial de planeación para determinar las necesidades de personal, equipos e instalaciones físicas en función de la cuantía y el tipo de los problemas diagnósticos y terapéuticos por atender.

En el área de consulta externa la situación es más compleja, y la información epidemiológica constituye un elemento de valor limitado para la planeación de recursos. Diversas opiniones autorizadas enfatizan la necesidad de conciliar los datos estadísticos con otros puntos de referencia, primordialmente con una apreciación realista de la amplia variedad de dolencias que aquejan a la población general, tal y como son interpretadas por los propios pacientes, quienes son, en última instancia, los que solicitan la atención médica y generan la demanda de servicios; este último hecho es de importancia obvia en un sistema de atención médica del tipo establecido en los seguros sociales con prestación de medicina integral y servicios directos.

En un intento de agrupar y jerarquizar los problemas de salud pueden establecerse diversos puntos de referencia, destacando como más importantes los relativos a la probabilidad que tiene una dolencia o padecimiento para presentarse en el curso de la vida de una persona dada y la frecuencia de padecimientos concretos en la población general. Estos dos puntos de referencia guardan bastante relación con la naturaleza de los recursos requeridos para una atención médica adecuada, que pueden variar desde los normales o generales hasta los más altamente especializados - tecnológicamente complejos.

Sobre las bases anteriores se pueden definir tres categorías de problemas de salud.

Primera Categoría.— Incluye aquellos padecimientos con probabilidad muy baja de ocurrencia en la vida de una persona, y en donde la estadística biomédica permite predecir que solamente en grandes grupos humanos, superiores a medio millón de personas, se presentarán suficiente número de casos

para requerir instalaciones apropiadas a su atención. En este grupo se sitúan algunas anomalías congénitas, alteraciones moleculares y genéticas raras, algunos tipos de tumores malignos, ciertos trastornos endócrinos y metabólicos raros y problemas inmunológicos complejos, lo mismo que procedimientos de cirugía planeados con grandes complejidades en la tecnología altamente especializada requerida.

Segunda Categoría.— Está compuesta por aquellos problemas en que las probabilidades de presentación en una persona dada son todavía bajas, pero en que las informaciones estadísticas permiten predecir que poblaciones de 25 mil a varios cientos de miles de personas generarán una demanda definida de atención médica. Entre estos problemas se encuentran los habituales de cirugía programada, los traumatismos y accidentes comunes, los tumores de presentación frecuente y la amplia variedad de problemas de la medicina interna, que requieren para su diagnóstico y tratamiento de recursos de especialidad y tecnología apropiados.

Tercera Categoría.— Comprende aquellos problemas con una alta probabilidad de presentarse cuando menos una vez en la vida de cada persona, pero usualmente numerosas ocasiones. Aquí se sitúan las infecciones comunes de vías respiratorias, los padecimientos crónicos habituales por cardiopatías, diabetes, obesidad, los problemas gastrointestinales comunes, los accidentes menores y trastornos emocionales, y toda la amplia variedad de dolencias imprecisas. Este tipo de problemas produce suficiente demanda de atención médica en grupos permanentes continuos, capaz de ser satisfecha casi en su totalidad en consulta ambulatoria con recursos generales de diagnóstico y terapéutica y con dispositivos tecnológicos habituales.

El establecimiento y jerarquización de categorías en problemas de salud es un punto de referencia indispensable para determinar los niveles de atención médica, por lo cual se propone la adopción institucional de un criterio o concepto sobre problemas de salud y el establecimiento de grupos o categorías.

Como objetivos para lo anterior se señalan los siguientes:

- 1o. Conocer y clasificar las situaciones que llevan a la población derechohabiente a utilizar los servicios médicos de la institución.
- 2o. Permitir el establecimiento de niveles de atención médica adecuados a la demanda de servicios médicos que generan la población derechohabiente en función de los problemas de salud que la afectan.

30. Orientar los programas de prevención y manejo de enfermedades comunes y estimular mediante la educación popular la participación activa del individuo, el grupo familiar y la comunidad en la promoción y fomento de la salud.

3.3.2 Niveles de la atención médica.

No existe uniformidad de criterios para definir un concepto de niveles de la atención médica. Los puntos de referencia para establecer un marco conceptual suelen confundirse con objetivos implícitos de un sistema determinado de atención médica, y aún en estas circunstancias son notoriamente imprecisos. En lo general se han utilizado para estos fines criterios operacionales específicos, que pueden ser agrupados en tres tipos genéricos: división del trabajo médico, aplicación de tecnología e información estadística.

División de trabajo médico

Este punto de referencia ha sido elemento preponderante en el establecimiento de niveles de la atención médica en la medicina privada, con la tendencia tácita a situar en primer nivel a la medicina general y como un nivel superior a las especialidades.

Habitualmente el punto de referencia más concreto para caracterizar una especialidad es la formalidad y la duración de las etapas de adiestramiento de postgrado, la costumbre y la calificación realizada por distintas corporaciones profesionales o académicas.

En un sistema médico institucional para atender los problemas de salud de muchos millares de personas que, en algunos casos llegan a millones, la adopción de este criterio obligaría a analizar conceptos tan imprecisos como la naturaleza de una especialidad médica. La estructuración convencional de las especialidades está hecha en función de órganos o sistemas del cuerpo humano, o por grupos de edades, y generalmente se define como especialista a quien posee conocimientos, habilidades y destrezas para el manejo de técnicas diagnósticas y procedimientos terapéuticos particulares.

Dentro de este marco conceptual prácticamente no existe padecimiento conocido que no pueda catalogarse en el área de alguna especialidad, o inclusive de varias. En consecuencia, el ámbito de la medicina general se reduce tanto que de hecho desaparece, convirtiendo a los médicos generales en simples distribuidores de pacientes hacia las distintas áreas de especialidad.

Las consecuencias de este proceder son actualmente lamentadas en diversos países europeos y en Estados Unidos de Norteamérica, donde urgen-

temente se está requiriendo la reconstitución y el restablecimiento de la medicina general, con frecuencia bajo el concepto de medicina familiar.

Si el punto de referencia para definir las especialidades es el manejo de tecnología en el proceso diagnóstico y terapéutico, la mayor parte de los padecimientos comunes y frecuentes de cada órgano o sistema, o sea de cada especialidad, no requieren de grandes recursos tecnológicos. En cada especialidad médica existen desde el punto de vista tecnológico, tres niveles de necesidad: tecnología mínima, a veces calificada como equipo de rutina, al alcance de cualquier médico no especialista; tecnología intermedia que requiere cierta capacitación para su manejo, y alta tecnología que exige una preparación muy particular de quien la aplica.

En otras palabras, es el estado clínico de cada paciente el que determina la necesidad de implementación tecnológica en el diagnóstico y la terapéutica, y no el área de especialidad correspondiente ni el nombre de la entidad nosológica. De aquí que desde el punto de vista práctico resulta obvio que en cualquier especialidad existen todos los niveles de la atención médica, todos los niveles de necesidad tecnológica.

Establecer niveles de la atención médica apoyados en una estructura de medicina general y especialidades, expone virtualmente a aceptar niveles de calidad, o sea a introducir juicios de valor sobre cada acto médico. En efecto, si las especialidades son un nivel superior a la medicina general y ésto se interpreta como calidad, se establecen forzosamente niveles de calidad, no niveles de atención médica, con las consecuentes repercusiones en la expectativa de los pacientes frente a los servicios institucionales.

Definir la calidad de un acto médico es uno de los problemas más complejos y difíciles que se presentan, y de hecho no existe criterio alguno que sea aceptable. Obviamente la calidad es un componente no cuantificable, cuya naturaleza es tan variable como variable sea el problema de salud de cada persona. La calidad no está en función de estructuras por especialidades ni de la aplicación de tecnología, sino en relación directa con una justa aplicación de lo útil y necesario para cada problema de la atención médica.

Implementación Tecnológica

No obstante que en la práctica están estrechamente interrelacionados los conceptos de especialidad y de implementación tecnológica, algunas opiniones los distinguen y sitúan a la última como el punto de referencia fundamental para definir niveles de atención médica.

Así, es usual la expresión de opiniones sobre recursos generales, recursos intermedios y altos recursos, en donde el término recursos puede ser

substituído por tecnología y asociado al concepto de especialidad. Alta especialidad y altos recursos se vuelven sinónimos y fácilmente intercambiables, pero resulta difícil encontrar la misma relación entre tecnología intermedia y especialidad intermedia, y menos aun sería aceptable hablar de tecnología mínima y especialidad mínima.

Es mayor el riesgo cuando el factor tecnológico aplicable se extrapola, y muy usualmente acontece, al concepto de calidad, que implica un juicio de valor imposible de cuantificar, pero del cual se pretende deducir que la calidad de un acto médico es función de la cuantía y el tipo de tecnología empleada.

Prácticamente todo lo comentado sobre la adopción del punto de referencia medicina general y especialidades en la determinación de niveles de la atención médica es también aplicable en este caso.

Información Estadística

Hasta la fecha la epidemiología y las estadísticas vitales han sido elementos en que se ha hecho descansar gran parte del proceso lógico de planeación de servicios médicos. Muchas opiniones contemporáneas han expresado dudas sobre el valor de las tasas de morbimortalidad para el establecimiento de niveles de la atención médica, fundamentalmente por un hecho incuestionable el de que no existe correlación entre las dolencias y padecimientos que afectan la vida diaria de las personas y la expresión numérica de un hecho final, que es la muerte. En otros términos, las estadísticas de mortalidad informan de qué se muere la gente, pero no qué deterioros de la salud le aflige en la vida diaria, dado que la mayor parte de estos últimos no tienen importancia suficiente para comprometer la vida de una persona, pero son, sin embargo, los que conducen a solicitar atención médica, o sea que son la fuente que genera la demanda más amplia de servicios médicos.

La carencia, o la insuficiencia, de estadísticas sobre morbilidad en áreas de consulta externa es una de las lamentaciones más frecuentes en los planeadores de atención médica.

Generalmente las escasas estadísticas existentes están estructuradas dentro del marco conceptual de las especialidades, pues suelen ser el producto de recolección de datos en la consulta externa de servicios de especialidad. Si este factor no fuera suficiente bastaría considerar la dificultad y el costo que supondría un esfuerzo para llegar a la identificación nosológica y a la codificación, en los criterios actualmente aceptados, del gran volumen de quejas y dolencias, vagas e imprecisas, que afectan permanentemente a la población, y que generan atención médica.

El valor de la información estadística es inobjetable cuando la morbilidad hospitalaria se emplea para la planeación de áreas de hospitalización, así como los estudios sobre mortalidad son una fuente de valor considerable para establecer programas particulares de medicina preventiva y de investigación.

El valor de los estudios de morbilidad y de epidemiología deben ser cuidadosamente ponderados para la planeación de servicios de consulta externa, y en Estados Unidos de Norteamérica se expresa ya apremiante la necesidad de contar con una información indispensable de "mercadeo" "marketing", o sea de saber qué tipo de molestias llevarán a la gente a la consulta externa, no qué tipo de padecimiento, y propone se efectúan grandes investigaciones a este respecto.

De las consideraciones presentadas se deduce que la adopción de algún criterio para demostrar el marco conceptual, de niveles de la atención médica debe estar fundado en finalidades eminentemente realistas y operativas, no en criterios convencionales de la organización médica ni en la simple expresión de frecuencia de padecimientos o causas de muerte.

Una estimación racional de los problemas de salud requiere vincular criterios estadísticos, tecnológicos y de recursos humanos con la necesidad real de atención médica que los derechohabientes solicitan. Consecuentemente se propone un marco conceptual para definir niveles de la atención médica y los objetivos correspondientes.

Concepto: nivel de atención médica es un término convencional para definir y agrupar los tipos de actos médicos y los recursos humanos y materiales adecuados, en función de los problemas de salud de un conglomerado determinado, que genera una demanda de atención médica derivada de la interpretación que los pacientes dan a sus dolencias, de los factores epidemiológicos prevalecientes y del marco cultural y los componentes socioeconómicos de los pacientes.

Objetivos. Los pretendidos son de carácter médico y económico:

Médicos

1. Racionalizar la dotación de recursos humanos y materiales para establecer la demanda de atención médica generada para una categoría de los problemas de salud.
2. Ubicar los recursos mencionados en unidades apropiadas.
3. Ubicar las unidades en sitios adecuados para el fácil acceso y la

oportuna atención de los pacientes con problemas de salud comprendidos en determinada categoría.

4. Propiciar una coordinación eficaz y eficiente con otros niveles de la atención médica, para el flujo fácil de pacientes que requieran ser referidos de un nivel a otro.
5. Facilitar la evaluación del rendimiento de recursos, calidad de la atención y costo de operación, en niveles semejantes de atención médica.

Económicos

1. Suprimir o disminuir los gastos excesivos en instalaciones y operación, secundarios a la sobreposición o duplicación de servicios para un nivel determinado de atención médica.
2. Evitar el empleo de instalaciones y equipos de un nivel de atención médica en problemas de salud que pueden ser satisfechos en un nivel inferior con igual eficacia y a menor costo.

3.3.3. Regionalización

La regionalización es un procedimiento técnico administrativo para el establecimiento de niveles de atención médica, adecuados a la demanda de servicios generada por los problemas de salud de un conglomerado humano en una determinada área territorial.

Concebida en este marco conceptual la regionalización implica no solamente una delimitación de áreas geográficas sino la adopción de criterios definidos para la organización coherente de servicios de salud, la dotación racional de recursos y la adopción de objetivos de carácter médico, administrativo, económico, docente y de investigación, y una vinculación realista y adecuada al estado de salud y al contexto económico y cultural de la población amparada. Dentro del concepto expresado se aprecian los elementos básicos de la regionalización.

- 1) Autosuficiencia de las regiones, concebida como capacidad de recursos, para operar los niveles de atención médica necesarios, según la demanda cuantitativa y cualitativa de actos médicos que genere la población amparada.
- 2) Planeación y organización de los niveles de atención médica en función de los problemas de salud de la población, y racionalización en el tipo, número y ubicación de unidades médicas y en la

dotación de recursos humanos, materiales y tecnológicos de acuerdo a niveles de necesidad.

De acuerdo con las consideraciones realizadas a propósito de problemas de salud y de niveles de la atención médica, se señalan para la regionalización de los servicios médicos los siguientes objetivos:

a) Médicos.

Lograr la autosuficiencia en recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos de una región determinada para la atención integral de los problemas de salud.

Establecer la distribución necesaria y adecuada del personal médico y técnico acorde a las necesidades

Motivar al personal multidisciplinario de los servicios médicos al ejercicio de sus profesiones en todas las regiones del país.

b) Administrativos.

Establecer una racionalización técnica en la distribución, número y tipo de unidades médicas necesarias para la operación de los diferentes niveles de atención médica.

Simplificar y mejorar la administración y la evaluación de los servicios médicos correspondientes a una área geográfica determinada.

c) Económicos.

Optimizar la utilización de recursos financieros, evitando la duplicación en costos de instalación y operación.

Preservar el equilibrio financiero, facilitando el manejo y control de los presupuestos, sistemas de control interno, auditorías contables y programas de evaluación y supervisión.

d) Docentes.

Descentralizar los recursos humanos, materiales, tecnológicos y económicos requeridos para la enseñanza médica de pre y postgrado en las distintas regiones del país, propiciando su impartición en niveles comparables de calidad en las diversas regiones.

Descentralizar los recursos señalados, para la enseñanza permanente del grupo médico institucional.

Descentralizar los recursos señalados para la enseñanza en otras disciplinas de la salud.

e) Investigación

Descentralizar los recursos para la investigación médica y sociológica.

Fomentar y motivar la investigación en todas las regiones del país elaborando programas acordes a las necesidades y recursos de cada región.

Facilitar la coordinación e integración de experiencias nacionales a través de los programas de investigación regionales.

3.3.4 Módulos de regionalización

Las interrelaciones entre problemas de salud, niveles de atención médica y regionalización que han sido expuestos pueden ser aplicados mediante la estructuración de módulos de región, zona y sector.

Un problema de la mayor importancia práctica en los seguros sociales con servicios directos es la utilización de la capacidad instalada existente, que puede incluir diversas unidades cuyo diseño original no correspondió a un criterio de regionalización. El problema tiene diversos enfoques para su solución mediante la transformación de unidades por remodelación adecuada.

De mayor importancia práctica es el problema de distribución de los recursos humanos, principalmente del personal profesional, donde el médico debe encontrar una ubicación que permita satisfacer la continuidad y coherencia de acciones exigidas por una regionalización tecnificada que necesariamente establece prioridades y limitaciones en el empleo de recursos tecnológicos de alta complejidad y costo, y obliga a la concentración de determinados problemas diagnósticos y procedimientos terapéuticos en un cierto tipo y número de unidades. Este factor establece algún antagonismo con los criterios particulares e individuales de las especialidades y los especialistas, cuya tendencia natural es el deseo de disponer de los máximos recursos científicos y tecnológicos en todas las unidades o áreas donde prestan sus servicios.

Los módulos de regionalización pueden sustentarse en los siguientes criterios.

Región. Es un área geográfica que comprende a una población mayor de 1 millón de derechohabientes y con límite superior hasta de 2.5 millones.

Se otorgan los niveles de la atención médica para todas las categorías de problemas de salud, por medio de un conjunto de unidades, autosuficiente para servicios de medicina integral.

Los recursos tecnológicos están distribuidos en las diferentes unidades de acuerdo con los niveles de atención médica que se proporcionan en cada una de ellas. Los recursos tecnológicos especiales se encuentran centralizados en un centro médico o en hospitales de especialidades, y prestan servicios de apoyo a todas las unidades de la región.

Las unidades de la región participarán como un sistema en la impartición de enseñanza médica en todos los niveles, con participación individual de cada unidad en los programas específicos que les señale el plan general de educación médica implantado por la institución.

Las unidades participarán en actividades de investigación médica, social y administrativa.

Una región incluirá varias zonas, con un mínimo de 2 y un máximo de 5.

Zona. Es un área geográfica que incluye a una población de 500 mil derechohabientes. Sus límites extremos son un mínimo de 250 mil y un máximo de 750 mil.

Será autosuficiente para los niveles de la atención médica correspondientes a los problemas de salud de la segunda y tercera categoría, mediante un conjunto de unidades de consulta externa y de consulta externa y hospitalización. Para los problemas de la primera categoría se apoyará en otras unidades de la región de que forme parte.

Comprenderá recursos tecnológicos normales e intermedios, participarán en las funciones de enseñanza médica y de investigación programadas en la región correspondiente.

Una zona comprenderá varios sectores, con un mínimo de 2 y un máximo de 7.

Sector. Es el área geográfica de influencia de una unidad correspondiente a una población hasta de 100 mil derechohabientes.

La unidad médica será autosuficiente para la atención de problemas de

salud de la tercera categoría. Algunas unidades estarán dotadas de recursos para la atención de problemas de la segunda categoría, tanto a su propia población de adscripción como sirviendo de apoyo a otras unidades, con servicios de consulta externa y hospitalización o sólo de consulta externa. Como unidad médica participará en las actividades de enseñanza y de investigación correspondientes a la zona y región de que forme parte.

3.3.5 Programación de acciones

La planificación señala los objetivos, las políticas, la organización racional de los recursos disponibles para la operación de los servicios. Su cumplimiento es la programación de las acciones que deben cumplirse en el cuidado de la salud de la población amparada, que en el caso de los seguros sociales con servicios directos está generalmente enfocado hacia una prestación de medicina integral, y que en algunas legislaciones se concibe como un instrumento básico para satisfacer los preceptos del derecho a la salud.

La programación debe fincar sus propósitos generales en una apreciación realista de las necesidades y de las potencialidades de acción, para evitar desviaciones ideales hacia secciones programadas, imposibles de cumplir o hacia enfoques parciales o insuficientes de problemas básicos.

Tradicionalmente el gran volumen de las prestaciones de salud se ha dirigido hacia la reparación de daños, medicina curativa, con escasas e insuficientes proyecciones hacia la prevención en su más amplio sentido, y con aplicaciones limitadas en el terreno de la rehabilitación, y prácticamente inexistentes en la promoción de salud.

La planificación de la atención médica como de un sistema permite la agrupación de las potencialidades de los recursos científicos, tecnológicos, pecuniarios y humanos hacia enfoques de salud integral, que requieren una adecuada programación de acciones.

A guisa de ejemplo se presenta una programación establecida en una institución de seguridad social latinoamericana (*) cuyo propósito básico es obtener los más altos logros en materia de salud, con un empleo óptimo de los recursos disponibles.

La programación de acciones, debe ser particular para cada Unidad de servicios, por las características propias de sus respectivas zonas de influencia, y estar sustentada a las condiciones particulares de la población amparada, adscrita a esa Unidad y en la problemática general del área, para lo que se hace indispensable obtener, recurriendo a las fuentes apropiadas toda la in-

(*) Instituto Mexicano del Seguro Social.

formación que permita conocer la situación socioeconómica y cultural, para poder establecer el diagnóstico de salud correspondiente.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, ha desarrollado una metodología de investigación uniforme y homogénea del país, basada en la morbilidad y la mortalidad de la población que atiende cada unidad y en sus características ecológicas, con señalamiento de objetivos precisos por alcanzar, la definición de procedimientos específicos y las metas cuantificables, que permitan evaluar la operación de la atención médica.

Los propósitos generales que se tienen son el llegar a tener un conocimiento integral de la región que se estudia, de la situación de salud existente, de los recursos con los que se cuenta y de las necesidades o carencias más importantes. En base a lo anterior y previa jerarquización de prioridades, elaboración de los programas de salud tomando en consideración los recursos y las limitaciones existentes. Esto permitirá tener un punto de referencia para evaluar los programas, al comparar los resultados obtenidos en determinado tiempo con las metas estipuladas.

Es necesario señalar que uno de los propósitos básicos es estimular a todo el personal de los servicios médicos a conocer y confrontar la realidad en la problemática de salud y socio económica de su población mediante la participación activa y personal en la recolección de la información y en la jerarquización de acciones, bajo la supervisión y asesoría de personal especializado en el proceso de la planificación y propiciar con ésto, un cambio de actitudes en el personal médico, hacia el sentido de la medicina social y comunitaria, en lugar de los enfoques tradicionales hacia las acciones curativas, resultado evidente de los sistemas de enseñanza médica prevaletentes en la América Latina.

Los diferentes rubros que constituyen la recolección de la información están íntimamente ligados entre sí, pero para fines prácticos se han desglosado en los siguientes:

1.— Ubicación.

1.1 Donde se incluyen las comunicaciones existentes en el municipio al que pertenece la Unidad, señalando los problemas significativos de comunicación.

1.2 La extensión del municipio y del área de influencia de la Unidad, la dispersión o concentración de la población derechohabiente y las relaciones con otras Unidades.

2.— Situación demográfica.

- 2.1 La población total del municipio y por grupos de edad.
- 2.2 Las tasas brutas de mortalidad y de natalidad.
- 2.3 El número promedio de miembros por familia.
- 2.4 El índice de crecimiento demográfico y los movimientos migratorios.
- 2.5 El número de derechohabiente y su porcentaje en relación con la población total.

- 3.— Situación económica.
- 3.1 La población económicamente activa y los ingresos familiares según estratos y rama de producción.

- 4.— Situación socio cultural.
- 4.1 El tipo de alimentación y el número y porcentaje de población analfabeta.
- 4.2 La prevalencia de medicina tradicional, señalando si existen formas de medicina folklórica y si afecta o nó la calidad y oportunidad de los servicios médicos de la unidad.
- 4.3 El tipo de habitación y el promedio de habitantes por vivienda; la higiene que guarda y las que disponen de agua y drenaje.

- 5.— Situación de la salud.
- 5.1 Las tasas municipales de mortalidad por causa y grupos de edad.
- 5.2 Los índices de mortalidad hospitalaria y las causas que motivaron hospitalización.
- 5.3 Las causas que motivaron consulta con el médico familiar y no familiar.
- 5.4 Las causas de morbilidad y mortalidad registradas en urgencias.
- 5.5 El número de casos de enfermedades contagiosas notificables y el índice de cobertura de vacunaciones.

- 5.6 El conocimiento y coordinación con programas de salud de o para instituciones.
- 6.— Recursos para la salud.
- 6.1 Los recursos materiales, humanos y presupuestarios con que cuenta la unidad.
- 6.2 El rendimiento de estos recursos desglosado como sigue:
- Población adscrita a la unidad y al médico familiar.
 - Promedio de consultas hora-médico.
 - Total de consultas en el mes y en el año.
 - Porcentaje de consultas a médico familiar, especialista y a urgencias.
 - Total de pases a especialista.
 - Porcentaje de pases a especialista dentro y fuera de la unidad.
 - Días de incapacidad por cada 100 asegurados.
 - Número de recetas por cada 100 consultas.
 - Ingresos a hospital por cada 100 pacientes.
 - Porcentaje de ocupación hospitalaria.
 - Días-cama y promedio días-estancia.
 - Promedio mensual de partos eutócicos.
 - Promedio diario de intervenciones por sala.
 - Estudios de laboratorio y gabinete X cada 100 derechohabientes.
 - Costo día-cama y día paciente hospitalizado.
 - Número de médicos, de enfermeras, de consultorios y de camas por cada 1000 derechohabientes.

- 7.- Necesidades sentidas.
 - 7.1 Donde se incluyen las demandas y las inconformidades de los derechohabientes y los conflictos que ésta ocasiona en la unidad, así como las expectativas y las demandas de la población en relación con la atención médica.
- II.- Por último y en base a la información recabada, se integra el análisis de la problemática de salud, social, cultural y económica con las prioridades debidamente jerarquizadas. La elaboración consecuente de los programas con fines fundamentalmente una justificación, los objetivos generales, las metas evaluables a un año y el procedimiento propuesto para alcanzar dichas metas.

Con fines prácticos los programas se han dividido en tres grandes grupos:

- A) Programas de la atención médica, que se subdividirán a su vez en los siguientes subprogramas:
 - 1.- De medicina asistencial.
 - 2.- De prevención y control de enfermedades transmisibles.
 - 3.- De prevención y control de enfermedades crónicas y degenerativas.
- B) Programas de enseñanza e investigación, subdivididas en:
 - 1.- Enseñanza a médicos y enfermeras de pre, post grado y educación continua.
 - 2.- Enseñanza a enfermeras auxiliares y a personal auxiliar de los servicios médicos.
 - 3.- Investigación de tipo clínico, epidemiológico, social y operacional.
- C) Programas de promoción de la salud, donde se incluyen los siguientes:
 - 1.- De educación nutricional, higiénica y del embarazo y el parto.
 - 2.- De economía familiar.

- 3.— De planeación familiar.
- 4.— De saneamiento ambiental.
- 5.— De adiestramiento técnico-empíricos de la medicina

3.4 Información y Evaluación

Las ciencias y técnicas de la información han experimentado un gran progreso en el curso de las últimas décadas y constituyen el elemento de apoyo más importante en los procesos de planificación, programación y evaluación de las prestaciones de salud.

En los seguros sociales con servicios directos se facilita el establecimiento de un sistema de información que aporta los mejores resultados, dado que es posible establecer normas, procedimientos y procesamientos homogéneos para todas las unidades que constituyen el sistema, y satisfacer los requisitos básicos de uniformidad, sencillez y confiabilidad en la captación primaria de datos, oportunidad en el registro de la información, y procesamiento con reducción al mínimo de los errores humanos, mediante las ventajas del manejo electrónico y utilización de computadoras, cuyo costo operacional solamente se justifica en función del volumen y complejidad de los datos por computar, situación que difícilmente justifica su empleo para unidades de atención médica aisladas o para sistemas que proporcionan servicios a sectores reducidos de población.

Desde un punto de vista general el procesamiento de la información permite agrupar datos para el conocimiento y análisis de algunos componentes fundamentales en la operación de los servicios de salud, que convencionalmente pueden ser clasificados de acuerdo con el siguiente esquema*:

1. Datos de demanda:
 - de la población amparada, con sus características demográficas (edad, sexo, pirámide de edades);
 - su condición dentro del sistema (asegurado o dependiente: esposa o compañera, hijos, padre, madre, etc.);
 - su categoría ocupacional (obrero, empleado, campesino, profesionista, etc.);
 - su residencia y ubicación geográfica (urbana, suburbana, rural).

* Basado en el que se aplica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Información general de salud, que incluye los datos de estadísticas vitales sobre mortalidad, morbilidad, nupcialidad, natalidad, escolaridad, alimentación, vivienda, nivel de instrucción y características socioeconómicas.

3. Datos sobre capacidad instalada. Aquí se incluyen convencionalmente los datos de recursos materiales y de recursos humanos.

3.1 Recursos materiales:

Contienen el registro para todo el sistema, y para cada unidad en particular:

Número de consultorios:	Medicina General Especialidades
Número total de camas:	Cirugía Medicina Interna Gineco—Obstetricia Pediatria Otras.
Número de salas de operaciones:	Cirugía General Especialidades (incluyendo obstetricia). Cuartos de labor Salas de expulsión

Laboratorio Clínico
Gabinete radiológico
Anatomía Patológica
Radioisótopos
Banco de Sangre
Banco de Leches
Banco de órganos y tejidos
Servicio de alimentación
Farmacia
Botiquín
Lavandería
Casa de máquinas.

3.2 Recursos humanos:

Plantilla total de personal.

Número y porcentaje de médicos.	Medicina General Especialidades
---------------------------------	------------------------------------

Número y porcentaje de enfermeras. Especialistas
Tituladas
Auxiliares de enfermería

Número y porcentaje de Trabajadoras Sociales.

Número y porcentaje de personal de Archivo Clínico.

Número y porcentaje de personal administrativo.

Número y porcentaje de personal técnico. Laboratorio
Rayos X
Anatomopatología
Dietología
Otros

Número y porcentaje de auxiliares de intendencia.

Número y porcentaje de auxiliares de mantenimiento.

Otros

3.3 Rendimiento de servicios:

Población adscrita a la unidad.

Población atendida.

Número de consultas por hora-médico. Medicina General
Especialidades

Promedio anual de consultas por derechohabiente.

Número de consultas por 1000 derechohabientes.

Número de exámenes de laboratorio por 1000 derechohabientes.

Número de estudios radiológicos por 1000 derechohabientes.

Número de estudios anatomopatológicos por 1000 derechohabientes.

Número de consultas no otorgadas.

Medicina General
Especialidades

Promedio de consultas no otorgadas por 1000 derechohabientes.

Medicina General
Especialidades

Porcentaje de recetas prescritas del total de consultas otorgadas.

Número de internamientos por 1000 derechohabientes.

Medicina
Cirugía
Gineco-Obstetricia
Pediatria

Número de intervenciones quirúrgicas por 1000 derechohabientes.

Cirugía General
Especialidades

Kilos de ropa procesada por cama.

Número de raciones servidas por paciente.

Desayuno
Comida
Cena

Promedio de estancia.

Medicina
Cirugía
Gineco-Obstetricia
Pediatria
Otros

Porcentaje de ocupación:

General y por servicios

3.4 Costos:

Presupuesto operacional
Costos:

Día cama
Día paciente

Unitario de consulta
Análisis de Laboratorio
Estudio Radiológico
Recetas
Ración alimenticia
Kilo de ropa procesada
Medicamentos por paciente
Material de curación
Papelería

3.5 Datos de Calidad.

Calidad:

Número de consultas de primera vez, subsecuentes.

Número de consultas no otorgadas por 1000 derechohabientes.

Medicina General
Especialidades

Lista de espera para consulta de especialidades.

Promedio de consulta por padecimiento.

Comparación de morbilidad.

(Tendencial)

Concordancia de resultados de exámenes de laboratorio con diagnóstico clínico.

Concordancia de resultados de estudios radiológicos con diagnóstico clínico.

Concordancia entre los diagnósticos:

Clínicos
Transoperatorios
Anatomopatológicos

Porcentaje de infecciones hospitalarias

Porcentaje de autopsias efectuadas:

Medicina
Cirugía
Gineco-Obstetricia
Pediatria

Promedio días de estancia:

Medicina
Cirugía
Gineco-Obstetricia
Pediatria

Número promedio de días estancia preoperatoria

El registro oportuno de la información generada en la operación de los servicios permite satisfacer varios propósitos generales:

Primero.— El análisis realista del rendimiento de los recursos base fundamental para establecer indicadores institucionales sustentados en una experiencia propia. Los indicadores institucionales constituyen el punto de referencia para evaluar en forma permanente las desviaciones en el rendimiento de los recursos, y para orientar las investigaciones convenientes que permitan detectar los problemas operacionales en el sistema. Para su elaboración es necesario tener en cuenta, entre otros elementos de juicio, la metodología de los análisis de sistemas, ingeniería industrial y productividad. Cabe señalar una vez más que los indicadores producto de la experiencia directa de un sistema pueden diferir ampliamente de los existentes en otros países, fundamentalmente en función de las expectativas de la población derechohabiente, secundarias a sus patrones culturales y a la influencia externa de la propaganda contemporánea. Dentro de un mismo país el uso que la población derechohabiente hace de los servicios puede variar ampliamente entre distintas zonas o regiones, por lo cual se recomienda particular prudencia y buen juicio al establecer indicadores en un sistema, para evitar los inconvenientes de la adopción de indicadores usuales en otros países o de la generalización dentro de un mismo país.

Segundo.— La evaluación es un proceso sustentado en el análisis juicioso de la información procesada. En términos generales cubre dos gran-

des propósitos: la evaluación cuantitativa, con orientación fundamental al análisis de rendimientos y la evaluación cualitativa dirigida a conocer componentes de la atención médica generalmente expresados como "calidad", "eficiencia", y nomenclatura similares. En este último caso intervienen una serie de elementos de juicio que frecuentemente son de carácter subjetivo, y los conceptos mismos de calidad o eficiencia requieren de definiciones concretas para poder ser expresadas en términos objetivos.

Entre los procedimientos para establecer juicios de calidad, en términos generales, no para acciones concretas, se sitúan las interrelaciones entre diversos indicadores de rendimiento de recursos, que en forma indirecta permiten enfocar el nivel de calidad en determinada área, servicio, unidad o la totalidad del sistema. Por ejemplo los datos sobre prescripciones, estudios radiológicos y de laboratorio, envíos a especialistas, costo por consulta, costo por receta y otros similares proporcionan una orientación general sobre calidad, pero no particular sobre ningún caso concreto. En forma similar los promedios de estancia hospitalaria, el porcentaje de ocupación, la tasa de infecciones hospitalarias, la correlación entre diagnósticos clínicos, anatomopatológicos, resultados de estudios radiológicos y de laboratorio, y otros más permiten establecer un juicio muy general de la calidad de la atención hospitalaria.

El análisis particular de calidad en el manejo de pacientes requiere del estudio del expediente clínico, y de algunos otros procedimientos ideados con propósitos similares. En las grandes organizaciones se ha establecido como un procedimiento institucional este tipo de evaluación, y se le han citado como objetivos fundamentales la promoción de calidad y el estímulo para la autocrítica y educación permanente del médico.

El valor de estos procedimientos de evaluación requiere de serenas reflexiones para encontrarles su justo sitio en la administración de los servicios de salud. Es indudable su utilidad para los efectos de planificación de costos y racionalización de gastos. Es indiscutible la importancia que adquieren en el análisis de rendimientos de instalaciones físicas y de recursos humanos, particularmente en situaciones como las prevalecientes en la América Latina en que los recursos deben ser conducidos a una misma tendencia de productividad.

Resulta importante el valor de las evaluaciones cualitativas para la superación continua de los procedimientos operacionales en los servicios, y para sustentar una adecuada política educativa para el personal profesional.

Los esfuerzos deben ser conducidos a encontrar fórmulas de integración entre factores cuantitativos y conceptos de calidad que permitan sustentar criterios básicos de eficiencia, y alcanzar la meta que los seguros sociales proponen de dar en forma oportuna, eficaz y eficiente la prestación de salud que cada persona amparada requiera, en el nivel más elevado de calidad posible de acuerdo con las circunstancias particulares, y dentro del ambiente humanístico que cada derechohabiente merece.

4.— CONSIDERACIONES FINALES

Los conceptos generales sobre planificación nacional y sectorial expuestos en el presente documento permiten destacar, como consideraciones finales, aspectos básicos sobre la importancia de las prestaciones de salud en la planificación de la seguridad social.

Entre las organizaciones fundamentales de los estados modernos, la seguridad social tiene como objetivo propiciar la justicia social al hacer efectivos algunos derechos inalienables del hombre, mediante el establecimiento y aplicación de instrumentos operativos requeridos. Sus realizaciones más importantes para beneficiar a la población protegida, son: la protección contra contingencias y riesgos de la vida diaria, el cuidado y promoción de la salud, la garantía de los medios de subsistencia y el establecimiento de servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Es evidente que dentro de las características de desarrollo social y económico, estructura política y organización de los países de la América Latina, los seguros sociales son insubstituíbles para la solución de problemas económicos sociales y de salud de sus poblaciones; pero, también es necesario reconocer que ni la seguridad social ni los seguros sociales constituyen una solución total, o una panacea frente a los grandes desequilibrios del desarrollo social y económico en la región, que tiene aún problemas fundamentales que atacar, entre los que destacan por su mayor trascendencia en la proyección al futuro: el incremento demográfico, la desnutrición, los grandes desniveles en la distribución del ingreso, los bajos niveles educativos, el subempleo y el desempleo, la insuficiente industrialización, la carencia de tecnología propia, los reducidos servicios para la salud de las personas y las precarias condiciones de la infraestructura sanitaria, y la presencia de marcos culturales que propician la permanencia de patrones de conducta y actitudes fuertemente arraigadas en componentes tradicionales del pasado que impiden la integración socio cultural de sus habitantes.

En sus inicios la seguridad social latinoamericana adoptó los principios

doctrinarios y de organización de los seguros centroeuropeos, surgidos como modelos ante necesidades de protección a grupos humanos con características propias muy diferentes en sus estructuras sociales y en su desarrollo económico a la de los grupos latinoamericanos.

La validez de los principios de los seguros sociales es universal, e indica una respuesta a las necesidades humanas de protección en todos los estratos sociales, en todos los grupos humanos, independientemente de factores raciales, ideológicos, políticos o económicos. Sin embargo son las características del desarrollo social y económico de cada país las que permiten y regulan la extensión y el grado de protección de los seguros sociales a sus connacionales.

El momento actual puede significarse por la necesidad de revisión de todos los esquemas tradicionales y por la adopción urgente de medidas que busquen adecuar los que se propongan a las necesidades reales de los países y promover modificaciones necesarias en la mentalidad de las personas, que favorezcan actitudes de cambio frente a los factores que han propiciado y mantenido situaciones de profunda injusticia social.

Los seguros sociales cumplen un papel preciso en la América Latina, y su participación en el cuidado de la salud alcanza niveles de eficiencia comparables a los existentes en países con potencialidad y estructura socioeconómicas muy superiores y más desarrolladas. Es alentador que la población amparada haya aumentado en muchos países a una proporción significativa de la población total, pero es lamentable que importantes grupos mayoritarios continúen dependiendo para la protección de sus riesgos sociales y para la atención de sus problemas de salud, de su propia capacidad económica o de aquellos esquemas tradicionales de solidaridad humana que con diversas modalidades de aplicación, mediante la beneficencia pública o privada, ofrecen algunos recursos, generalmente muy insuficientes para la atención de los problemas medicosociales.

El signo del momento histórico presente es la urgencia por encontrar fórmulas que solucionen problemas sociales.