

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXVIII

EPOCA V

Núms. 115-116

ENERO - ABRIL

1979

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

EPOCA V

SEGURIDAD SOCIAL Núms. 115-116

AÑO XXVIII

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.

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Reuniones en
San José, Costa Rica 6 a 10 Noviembre 1978



**XXIII REUNION
COMITE PERMANENTE
INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD
SOCIAL**

**VI CONGRESO
AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA
SEGURIDAD SOCIAL**

**COMISIONES REGIONALES
AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL:**

VI JURIDICO SOCIAL

IX MEDICO SOCIAL

VII DE ORGANIZACION Y SISTEMAS ADMINISTRATIVOS

GRUPO DE TRABAJO DE ACTUARIOS Y ESTADISTICOS



I N D I C E

	Pág.
COMISION ORGANIZADORA	7
INTRODUCCION	9
VI CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	11
ORGANISMOS INTERNACIONALES E INSTITUCIONES PARTICIPANTES	19
PROGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS	21
INFORME FINAL	29
LISTA DE PARTICIPANTES	42
PONENCIAS	55
— LA INVESTIGACION BIOMEDICA Y SU IMPACTO EN LA MEDICINA SOCIAL.	
Ponente: Instituto Mexicano del Seguro Social	57
— AVANCES EN LA INVESTIGACION BIOMEDICA Y SU APLICACION EN LA MEDICINA SOCIAL.	
Ponente: Organización Iberoamericana de Seguridad Social.	69
— EL COSTO DE LA ASISTENCIA MEDICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL. PANORAMA INTERNACIONAL.	
Ponente: Oficina Internacional del Trabajo	97
— ESTUDIOS PARA RACIONALIZAR EL USO DE ALGUNOS RECURSOS PARA LA ATENCION MEDICA DE LOS SEGUROS SOCIALES.	
Ponentes: Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Instituto Mexicano del Seguro Social	153

	Pág.
— LA EXTENSION DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL. Ponente: Oficina Panamericana de la Salud	241
— LA EXTENSION DEL CAMPO DE APLICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y ESQUEMA DE ORGANIZACION PARA LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS EN LAS PRESTACIONES MEDICAS. Ponente: Caja Costarricense de Seguro Social.	289
IX REUNION DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL	391

**VI CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

PONENCIAS

**LA EXTENSION DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD
Y LA SEGURIDAD SOCIAL**

Ponente:

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
- II. ELEMENTOS CONCEPTUALES
 - A. Factores determinantes de la salud.
 - B. Salud y desarrollo social y económico.
 - C. El derecho a la salud.
 - D. Salud y servicios de salud.
 - E. La noción de cobertura de salud.
- III. LA SITUACION ACTUAL
 - A. La población actual y algunas de sus proyecciones.
 - B. Estado de salud de la población.
 - C. Los servicios de salud.
- IV. ALGUNOS ENFOQUES DE SOLUCIONES A LA PARTICIPACION EN ELLOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
 - A. Principales implicaciones de la situación descrita.
 - B. El financiamiento de los servicios de salud y la extensión de la cobertura.
 - C. Extensión de la seguridad social.
 - D. Seguro nacional de la salud.
 - E. Fortalecimiento de las relaciones intersectoriales de los servicios de salud.
 - F. Medidas de reorganización interna.
 - G. Mejoramiento de la accesibilidad de los servicios.
 - H. Control del incremento de costos en la prestación de servicios.
- V. CONSIDERACIONES FINALES

Documento preparado y presentado por:

Dr. Jorge Castellanos Robayo.

I. Introducción

La salud es una de las preocupaciones más antiguas y más universales del hombre. En todas las civilizaciones y en todas las épocas el cuidado o la atención de la salud, bajo diversas y variadas manifestaciones, ha ocupado lugar de consideración. Esto resulta fácilmente entendible, por cuanto, para el individuo, la noción de salud ha estado íntimamente ligada a los conceptos de enfermedad, curación, vida y muerte, que tanta trascendencia tienen para él y sus allegados. El rápido progreso de la ciencia y la tecnología, en general, y de la medicina y disciplinas afines en particular, logrados en la segunda mitad del siglo XIX y lo que va corrido del presente, que han hecho posible avances importantes en el control de las enfermedades y los cambios y modificaciones políticas y sociales ocurridos en el mismo lapso, han ampliado progresivamente las demandas y expectativas de los pueblos por una mejor atención de salud y han motivado con interés creciente de los gobiernos de todos los países, por los aspectos relacionados con el bienestar y la salud de las poblaciones.

Reconociendo estos hechos, debe señalarse, sin embargo, que como fenómeno mundial, durante las dos últimas décadas ha habido quizá más preocupación por la atención de salud que en cualquier periodo anterior.

Como resultado de este gran movimiento, que llevó a la XXX Asamblea Mundial de la Salud a señalar que la "meta social más importante de los estados miembros de la OMS en el sector de salud es conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo hayan alcanzado un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva",¹ se han producido en los últimos años cambios importantes en la concepción de la salud, en los conceptos de atención de salud y en los elementos políticos, filosóficos y doctrinarios que orientaron previamente la prestación de servicios de salud, los cuales constituyen elementos referenciales obligados en los esfuerzos que bajo diferentes formas se efectúan en los países para llevar la atención de salud a todas las comunidades.

En la Región de las Américas son numerosas las manifestaciones que en el orden nacional e internacional se han producido a este respecto. Si bien las declaraciones explícitas que los gobiernos hacen de su preocupación por llevar la atención de salud a toda la población tienen sus primeras manifestaciones sistemáticas en el comienzo de la década de los años 60, es durante el presente decenio cuando tales manifestaciones han adquirido una expresión más firme, y cuando en las medidas propuestas para alcanzarlas se observan características de una acción más decidida, que permiten esperar soluciones más efectivas del problema.

Los ministros de salud de los países del Continente Americano, en su Tercera Reunión Especial y Cuarta Reunión Especial,^{2, 3} ratificaron la expresión de las políticas adoptadas nacionalmente para llevar la atención de salud a toda la población, formularon líneas solidarias de acción continental, y recomendaron enfoques estratégicos para orientar el desarrollo de los servicios de salud, cuya aplicación, se aspira, permitirá fundamentalmente tres tipos de resultados:

- a) incorporar a la atención de salud a los núcleos de población actualmente marginados de ella;
- b) mejorar, ampliar y racionalizar las características de la prestación

de servicios otorgados a aquellos grupos que actualmente reciben dicho beneficio, y

- c) establecer bases sólidas de desarrollo para afrontar las mayores demandas de atención surgidas del incremento de la población y de los cambios en su estructura de edades y en su distribución geográfica urbana y rural.

El lograr estos objetivos implica cambios y desarrollos importantes de diverso orden. Al mismo tiempo que es indispensable revisar y modificar, en la medida necesaria en cada situación, las bases conceptuales, campos de acción y los elementos de orden práctico, organizacionales y operativos de los servicios, es fundamental comprometer en la aplicación de las políticas formuladas a todos los estamentos sociales e institucionales que participan en la prestación de los servicios y lograr que en el ámbito de las instituciones se produzcan los ajustes y la introducción de nuevos enfoques y estrategias que hagan posible encauzar apropiadamente el uso de recursos en un contexto nacional.

El reconocimiento por una parte de que la salud como componente del bienestar individual y comunitario es en sí misma un fin y a la vez un medio del desarrollo social y económico de los pueblos, y por otro lado la convicción de que el avance de la salud se debe fundamentalmente no a lo que ocurre cuando se presenta la enfermedad, sino al hecho de que la población no se enferme tan a menudo, es decir que la población goza de salud no porque haya medidas preventivas específicas tales como la vacunación y las inmunizaciones o formas efectivas de diagnóstico y tratamiento para muchas enfermedades, sino porque disfruta de un nivel de vida más alto, y porque vive en un medio ambiente más saludable,⁴ hacen que los problemas que confrontan los países para la ampliación de la cobertura de atención de salud a toda la población, sean incomparablemente más complejos que el simple incremento en la disponibilidad de los servicios tradicionales de salud.

La participación de todas las instituciones comprometidas en la prestación de los servicios para la introducción de nuevas formas de abordar los problemas y el desarrollo de soluciones más eficientes y de mayor impacto, es, por otra parte, preventiva. Tanto más cuanto que en última instancia, tales instituciones dependen en su mayoría de la acción del Estado y son, por consiguiente, los canales naturales de expresión de las políticas sociales de los gobiernos respectivos.

Por razones de orden histórico y político las diversas instituciones que conforman el sector salud en los países del hemisferio americano, particularmente en América Latina, surgieron y se han desarrollado con objetivos y políticas operacionales divergentes y basados en concepciones técnicas y doctrinarias, cuyas orientaciones se hace necesario revisar y adecuar para hacerlas compatibles con los requerimientos actuales de servicio y con las nuevas formulaciones de política.

La insistencia con que se ha planteado la necesidad de estos cambios es una clara indicación de las dificultades para lograr dicha transformación. Debe reconocerse, sin embargo, que los esfuerzos de racionalización en la organización de los servicios han estado en el pasado, en general, dirigidos a los aspectos estructurales, y de administración interna de sus unidades operativas. El desafío que afrontan los países, dar atención de salud adecuada a toda la población, en el contexto de los cambios conceptuales,

políticos y sociales anotados, plantea la necesidad de transformaciones más profundas y de nuevos enfoques que hagan posible ampliar el ámbito de acción de los servicios y encauzar apropiadamente el conjunto de los recursos nacionales como un todo para lograr dicho objetivo.

Con este criterio se intenta aquí, en primer término, una revisión de los principales aspectos conceptuales que sirvan de fundamento a las nuevas orientaciones de atención de la salud adoptadas por los países. Se examinaron luego algunas de las implicaciones de las decisiones de extensión de cobertura vistas desde el doble enfoque de:

- a) los cambios esperados en la población, su nivel de salud y sus requerimientos de atención; y
- b) el desarrollo histórico de los servicios, su estado actual y sus posibles tendencias de evolución.

Se exploran finalmente algunos enfoques de solución que surgen como compromisos para las acciones inmediatas de los servicios de salud, independientemente de las instituciones o a las cuales éstos pertenezcan. En este contexto, las actividades de atención de la salud de las instituciones de seguridad social con los ajustes requeridos se visualizan como uno de los componentes incorporantes del esfuerzo concentrado de los gobiernos para lograr la extensión de cobertura.

II. Elementos conceptuales

A. Factores determinantes de la salud

La salud es multifactorial, es decir, dependiente de diversos y variados factores. La pérdida de la salud, o sea, la enfermedad, obedece igualmente a muchas causas.

Una categorización de las enfermedades propuesta por McKeown,⁵ distingue entre aquellas determinadas irreversiblemente en el momento de la fertilización y ligadas a factores de transmisión genética, y aquellas otras derivadas de influencias adversas del medio ambiente, ya sea exclusivamente o por su acción sobre un terreno de predisposición genética. Desde el punto de vista de prevención, para el primer grupo, la única solución completa, dice el autor citado, sería el evitar la concepción o la eliminación durante el embarazo mediante el aborto. En contraste, las enfermedades no determinadas en la concepción, que pueden ser subclasificadas en varias formas, en principio, podrían ser prevenidas si puede ser posible identificar y modificar las influencias adversas del medio ambiente.

En su análisis, a este respecto, el autor citado llega a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de las enfermedades y, particularmente, las más comunes, no son inevitables. Ellas son el resultado de influencias del medio ambiente en un terreno genético, variado y complejo, así como muy poco conocido hasta el momento. En relación a la factibilidad de prevenir estas enfermedades comunes, el punto importante no son los aspectos genéticos propiamente dichos, sino las posibilidades de actuar sobre el componente ambiental. La distinción más significativa a este respecto está entre las

posibilidades de actuar sobre las influencias prenatales, que son relativamente intratables y las influencias postnatales, muchas de las cuales pueden ser modificadas o removidas.

2. Esta interpretación está de acuerdo con la experiencia pasada. Los progresos en la atención de la salud del siglo XVIII en adelante estuvieron fundamentalmente ligados con la acción sobre las condiciones postnatales y, en particular, con las enfermedades infecciosas, que son las más susceptibles de control. Las acciones correspondientes estuvieron, sin embargo, asociadas más con el mejoramiento de las condiciones de nutrición y de una mejor higiene, las cuales precedieron a la intervención médica efectiva mediante inmunización y tratamiento. Estos han hecho sólo una pequeña contribución a la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada con las enfermedades infecciosas.

3. Los cambios en las características de los problemas de salud, que siguieron al declinar de las enfermedades infecciosas en los países desarrollados, no han invalidado la conclusión de que la mayoría de las enfermedades físicas y mentales están asociadas con influencias que el individuo determina por su propio comportamiento o que dependen de la acción de la sociedad, todas las cuales en principio son controlables. Entre las primeras destacan los hábitos de comportamiento y el estilo de vida (el fumar, el alcohol, el ejercicio, etc.), y entre las segundas, la provisión de suficiente comida, el empleo, la educación, la protección adecuada contra riesgos derivados del medio físico, etc.

Con un enfoque similar en otro análisis reciente,⁶ las causas principales que inciden en la salud han sido agrupadas en relación con factores biológicos dependientes del medio ambiente, del estilo de vida y relacionados con la acción de los servicios de salud.

La trascendencia de estas diferenciaciones reside en la importancia que se reconoce a los tres primeros grupos de factores mencionados como determinantes primordiales del estado de salud, lo cual constituye un cambio radical en enfoques anteriores que consideraban preeminente a la acción de los servicios de salud. Esta forma de categorización permite además analizar el peso relativo de estos factores en una situación dada y, por consiguiente, facilita el diseño de medidas apropiadas de prevención y corrección.

Es obvia y bien reconocida la diferencia de situaciones a este respecto entre el mundo desarrollado y los países en desarrollo.

Mientras que en el primero, los factores de orden social, al menos aquellos inherentes a la satisfacción de necesidades básicas, en buena medida han encontrado soluciones, si no para todos, por lo menos para la mayoría de la población; aquellos otros factores derivados del comportamiento personal y de los grupos comunitarios han traído a la realidad nuevos problemas de salud de índole variada. Es decir, que las manifestaciones de la morbilidad natural, ligadas en buena parte al subdesarrollo, han sido en grados variables sustituidas por las manifestaciones de una morbilidad artificial superimpuestas por el hombre mismo y la utilización que éste hace de la mayor disponibilidad de medios que el desarrollo pone a su disposición.

En los países en vías de desarrollo de América Latina, Asia y África, la situación es por supuesto diferente y claramente más compleja. Los factores determinantes del estado de salud derivados de la organización de la sociedad y ligados a la producción de bienes y servicios y a su distribución

no han encontrado aún soluciones, excepto quizá para grupos muy reducidos de la población. Al lado de estos problemas, particularmente en las concentraciones urbanas, comienzan a aparecer, sin embargo, aquellos otros derivados del comportamiento personal y comunitario como resultado de la influencia de los medios desarrollados en las aspiraciones y tendencias de la población. Es decir, que en los países en desarrollo, aunque continúan predominando los factores adversos derivados de la organización social y de la falta de control del medio ambiente físico, empiezan a tener importancia aquellos otros propios de situaciones en países desarrollados, tales como los accidentes, la violencia, la adicción a las drogas, etc., en fin, todo un conjunto de las manifestaciones de la patología social sobrealimentada.

B. *Salud y desarrollo social y económico*

Durante mucho tiempo se sostuvo que los problemas del subdesarrollo eran básicamente los de un crecimiento económico insuficiente y que, por consiguiente, los esfuerzos de los países debían centrarse en acelerar al máximo las tasas de producción y, en general, de crecimiento de la economía.

La experiencia demostró, sin embargo, que estos enfoques resultan limitativos y sus efectos no llegan, o lo hacen muy tardíamente, a los sectores más necesitados de la población, que son, por otra parte, los que viven física, cultural y económicamente al margen de las fuerzas que impulsan el crecimiento y de las medidas que se aplican para aliviar dicha marginalidad.

Estas dos posiciones dieron origen a diferentes escuelas de pensamiento y a diversos modelos de desarrollo, cuya consideración y debate ha comprometido el interés de medios políticos, institucionales y académicos en los últimos años.

Sin dirimir aún totalmente todas las diferencias, particularmente de tipo aplicativo, de todos estos esfuerzos han quedado, sin embargo, elementos conceptuales, decisiones de política y observaciones empíricas que han conducido a conclusiones y desarrollos doctrinarios, los cuales se podría intentar resumir así:

El desarrollo debe ser un proceso armónico orientado a crear en diferentes sectores de la economía, bienes y servicios destinados a contribuir al logro del bienestar individual y social de las comunidades.

La salud, como parte del sector social de la economía y como componente fundamental del bienestar individual y colectivo, es una de las metas del desarrollo. De otra parte, un nivel óptimo de salud constituye un principio de garantía de que las comunidades podrán aportar una mayor fuerza de trabajo y a través de ésta mejorar e incrementar las actividades productivas, lo que se traducirá en más amplia disponibilidad de bienes y servicios y, por consiguiente, en mayor bienestar individual y colectivo. La salud es, entonces, a la vez que un fin, un medio del desarrollo.

En línea con estos planteamientos se acepta hoy, entonces, que los esfuerzos dirigidos a lograr el desarrollo han de ser integrados, es decir, orientados a actuar tanto en los sectores de producción, como en los sectores sociales de la economía.

Desde este punto de vista, el énfasis de las políticas de desarrollo, debe buscar además el que toda la población y, en especial, la que vive en condi-

ciones de extrema pobreza, participe y contribuya eficazmente en el proceso de desarrollo y se beneficie de él.

Se reconoce, igualmente, que existe una relación directa entre nivel de desarrollo y nivel de salud, entendiendo por éste, no sólo la ausencia de enfermedades, sino fundamentalmente el grado de bienestar físico, mental y social que disfrutan el individuo y las comunidades, como resultado del equilibrio y armonía logrados en la relación dinámica entre el hombre y el medio que lo rodea.

En consecuencia, los esfuerzos de inversión general en los sectores de producción para lograr el desarrollo deben ser armónicos con los del sector social. A su vez, las políticas correspondientes a estos programas, ya sean ellos de educación, vivienda, salud, seguridad social, etc., deben ser consistentes entre sí y complementarse para contribuir a disminuir las desigualdades y vacíos que inciden negativamente en el bienestar de las comunidades. Estas políticas, por consiguiente, habrán de estar inspiradas en el principio de que el progreso alcanzado por una sociedad no puede ser considerado como tal, si de él se excluye a los grupos más pobres de la población.

C. *El derecho a la salud*

La salud como necesidad básica y permanente del hombre, es, por consiguiente, un derecho esencial de todo ser humano. Corresponde al Estado hacer efectivo el ejercicio de este derecho sin discriminaciones de raza, política, religión o condición socioeconómica.

El derecho a la salud, consignado en las constituciones y leyes básicas de prácticamente todos los países, es uno de los postulados fundamentales de la organización social que difícilmente admitirían hoy ninguna discusión. Interesa, sin embargo, tratar de aclarar algunas de sus implicaciones y delimitar áreas de responsabilidades.

Entendido que la condición de salud es básicamente la resultante del equilibrio y armonía logrados en la relación dinámica entre el hombre y el medio que lo rodea, y aceptado que el "medio" es en gran medida la resultante de una acción intersectorial, aparece obvio que si se excluyen los factores genéticos de la ausencia de salud, el Estado, a través de su órgano representativo, el Gobierno, estará cumpliendo su cometido de hacer efectivo el derecho a la salud, en la medida en que sus políticas de desarrollo integren las acciones dirigidas al hombre (servicios de salud tradicionales para este caso) con aquellas orientadas al fortalecimiento de otros componentes del desarrollo social y económico, tales como: trabajo, educación, vivienda, alimentación, comunicaciones, transporte, seguridad social, etc.; todos componentes del bienestar y, por consiguiente, del nivel de salud de las comunidades.

El hombre a su vez, en razón de su comportamiento individual y social, hábitos de vida, etc., altera positiva o negativamente las características del medio físico, biológico y social que lo rodea e incide, por tanto, en el resultado final de su estado de salud.

De lo anterior se desprende que en general la obtención y el mantenimiento de condiciones de salud estarían basados en dos premisas fundamentales:⁷

- a) la responsabilidad por la salud personal corresponde primariamente

al individuo, en cuanto atañe a su comportamiento, hábitos y estilos de vida, etc.; y

- b) para que esta responsabilidad pueda ser ejercida eficazmente, la actuación individual debe estar respaldada por políticas de desarrollo social y económico diseñadas o concebidas para proveer al individuo con oportunidades de satisfacción de sus necesidades básicas, la necesaria protección ambiental, la información sobre factores que afectan la salud y el acceso apropiado a la atención de la salud (servicios de salud), cuando así se requiera.

En el contexto anterior, el cumplimiento de la función del Estado en relación con la salud, implica acciones de diverso orden que básicamente podrían agruparse en dos categorías:

Unas referentes a la actividad de diversos sectores de la economía, productivos y de servicio, los cuales se relacionan fundamentalmente con la armonización y la integralidad de las políticas de desarrollo social y económico, y otras encaminadas a crear y encauzar apropiadamente los mecanismos de acción dirigidos a prevenir o atender la pérdida de la salud. Estas últimas ejercidas a través del desarrollo y la orientación apropiada de las instituciones y organizaciones que conforman el sector salud.

D. *Salud y servicios de salud*

Vistos desde un punto de vista general, los servicios de salud están constituidos por un conjunto de mecanismos o formas de acción que la sociedad se da a sí misma para garantizar que sus miembros tengan una adecuada atención de salud. El lograr este cometido, explícita o implícitamente, conlleva una función de vigilancia de todas aquellas circunstancias o eventos que afectan la condición de salud del individuo y de los grupos comunitarios.

En el conjunto de factores determinantes de la salud del individuo y las comunidades antes revisado, exclusión hecha de aquellos de orden genético sobre los cuales prácticamente no existen posibilidades de acción definida en el momento, se individualizan con bastante nitidez los factores derivados de las influencias del medio físico y social; aquellos referentes al comportamiento individual y colectivo; y, finalmente, aquellos inherentes a la acción de los servicios de salud propiamente dichos. Dentro de este conjunto, el sistema convencional de servicios de salud es entonces sólo una de las muchas y variadas formas de actuar para mantener y mejorar la salud. La contribución que puede esperarse de estos servicios personales de salud propiamente dichos, en términos de los enfoques tradicionales de prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, requiere ser vista en perspectiva en relación con el predominio de las influencias del medio físico y del comportamiento individual y social en el estado de salud de las comunidades. Sin embargo, los enfoques de desarrollo y la disponibilidad de la inversión tradicional en servicios de salud están basados en premisas muy diferentes.⁸ Dicha inversión asume que el individuo está enfermo y se requiere restaurar su salud, cuando quizá estaría más cerca de la verdad partir del hecho de que el individuo "goza" de salud y se enferma por su acción individual o la de la sociedad y que los servicios de salud, en desarrollo de su función de vigilancia del estado de salud de las personas y comunidades que la sociedad les encomienda, tienen no sólo posibilidad,

sino obligación de contribuir a la neutralización y corrección de estos factores.

La conclusión de que las influencias predominantes en la salud han estado fuera de la esfera de acción de los servicios que conforman el denominado sector salud, tiene obvias implicaciones en la organización y campos de acción de tales servicios, sobre todo cuando se trata de extender la cobertura de atención de la salud.

La circunstancia de que los servicios de salud, dentro de los enfoques tradicionales, han desarrollado muy pocas acciones, excepción hecha de las medidas sanitarias convencionales. Para actuar sobre los otros conjuntos de factores determinantes de la salud, ha llevado a plantear numerosos interrogantes y, prácticamente, a un enjuiciamiento de estos servicios, que en situaciones extremas se han llegado aun a visualizar como una "red de captación de las víctimas y un mero mecanismo de tratamiento sintomático de los efectos".

Numerosas y diversas manifestaciones en los últimos años destacan la acción poco significativa de los servicios sobre las verdaderas causas de la pérdida de la salud, y critican la hipertrofia de algunos de sus componentes en general identificados en gran medida con la imagen poderosa de la medicina y de su rol en el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias con los avances dramáticos de la cirugía y con el desarrollo de nuevas drogas, etc., y claman por una reorientación y el regreso a formas más simples del manejo de los problemas. Existen por supuesto las manifestaciones contrarias y hay así quienes continúan abogando por el fortalecimiento fundamentalmente de los centros de excelencia, de la investigación biomédica y de la generalización de formas de prestación de los servicios, que debido a sus enfoques parciales y a su alto costo, constituyen serias barreras para la extensión de la cobertura.

Un examen objetivo de la situación permite, sin embargo, reconocer que en esta como en muchas otras áreas de controversia de la actividad humana, la verdad está más cerca de una situación de equilibrio. Por un lado, no hay duda que en el desarrollo de los servicios personales de salud ha existido en general un exceso en el uso de determinados enfoques, lo cual ha traído como consecuencia una sobreutilización de formas complejas y unilaterales de abordar los problemas de salud, lo que ha conducido a una sofisticación innecesaria de las instituciones y a su alto costo de operación. Por otra parte, es innegable que existe una gama muy amplia de situaciones y problemas de salud que para un manejo eficaz requieren el concurso de los avances de la ciencia médica y el uso de técnicas y formas de atención complejas. No resulta, por lo demás, admisible que las posibilidades de recibir el beneficio de los progresos de la ciencia y de la medicina estén solamente ligados a la capacidad económica individual o de grupo para utilizarlos. La extensión de la cobertura de atención de salud es un problema de distribución apropiada y equitativa de recursos. Apropiada, en términos del espectro de acciones a desarrollar, y equitativa, respecto a la igualdad de oportunidades que requiere ser garantizada a todos y cada uno de los miembros de la población de recibir la atención indicada para su situación o problema de salud particular. Por estas razones, los planteamientos extremos resultan inaplicables. La realidad no se da en condiciones excluyentes, y, por consiguiente, no es posible abordar los problemas con alternativas unilaterales, máxime si se tiene en cuenta que en muchos países no se ha logrado aún la incorporación de aquellas soluciones en las

cuales los avances médicos constituyen la única respuesta apropiada. Uno y otro tipo de acciones y servicios es indispensable para una adecuada atención de salud y ambos tienen, en este sentido, una misión y un cometido específico que cumplir. La solución del problema reside entonces en encontrar el balance apropiado de asignación de recursos y de ampliación del campo de acción de los servicios para lograr el desarrollo de un rango amplio de enfoques y actividades acordes con la situación particular demográfica, social y económica de cada país. Sobre esta base los esfuerzos para extender la cobertura de atención de salud, deberán estar en gran medida centrados en la corrección de las distorsiones existentes en los sistemas de servicios.

E. *La noción de cobertura de salud*

Tradicionalmente, la cobertura de servicios de salud se ha expresado como una proporción numérica entre los servicios otorgados y la población que los recibe, o como la proporción con acceso físico a ellos o aun como la disponibilidad de tales servicios o su distribución con respecto a la localización geográfica de los núcleos de población.⁸ En el contexto de las consideraciones previas, respecto a los factores determinantes de la salud y las interrelaciones de ésta con diferentes componentes del desarrollo social y económico, el concepto de cobertura sobrepasa los límites de estas expresiones numéricas y se convierte en una noción de mucha mayor complejidad.

La cobertura de servicios de salud se define hoy como “el resultado de una oferta sistematizada de los servicios para satisfacer las necesidades básicas de salud de la totalidad de la población; comprende la entrega continuada de servicios eficaces y eficientes a la vez que aceptables, con un contenido integral y con accesibilidad física, cultural y económica hacia y desde las instituciones de salud. Es el grado de utilización de tales servicios por la comunidad lo que da a la cobertura una dimensión real”.⁹

La noción de cobertura así planteada, hace referencia a la acción de los servicios con respecto a la población; pero también incorpora elementos adicionales que implican nuevos cometidos para dichos servicios. La población, de acuerdo con lo expresado previamente, sólo disfrutará de un buen estado de salud, en la medida en que, por una parte, sus necesidades básicas estén recibiendo atención efectiva y suficiente dentro de las posibilidades que ofrecen las acciones provenientes de diversos sectores para garantizar un mínimo de bienestar y, por la otra, en la medida en que la utilización eficiente de los recursos del sector salud correspondiente pueda permitirle el acceso a diferentes tipos y modalidades de servicio, según sean las necesidades de atención respectivas.

La noción de necesidades básicas es de capital importancia en la interpretación de la definición de cobertura y tiene claras y definidas implicaciones en la organización y la prestación de los servicios de salud. Necesidades básicas, se ha señalado,¹⁰ incluye dos componentes principales: en primer lugar, ciertos requerimientos mínimos para consumo del individuo y la familia, tales como alimentación, vivienda, vestuario, etc.; y, segundo, servicios esenciales de carácter comunitario, como agua potable, saneamiento básico, transporte público, educación y salud.

Necesidades básicas comprende, además, empleo, el cual es a su vez un medio y un fin. El trabajo remunerado significa ingreso y éste a su vez,

al menos teóricamente, posibilidades de lograr condiciones esenciales de bienestar, es decir, de satisfacción de necesidades básicas.

Cualquiera de los elementos mencionados requiere por supuesto una apertura y una especificación mayores para determinar los niveles a los cuales la satisfacción de estas necesidades específicas se convierte en objetivos del desarrollo. Cada sociedad, de acuerdo con sus aspiraciones sociales y su capacidad económica, habrá de determinar lo que es esencial. A manera de ejemplo, simplemente, se señala que la meta de salud para todos en el año 2000, adoptada por la XXX Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, implicaría, entre otras, "alcanzar los siguientes elementos esenciales: alimentación y vivienda adecuadas con protección de los hogares contra insectos y roedores; abastecimiento de agua, que permita buenas condiciones de higiene y potabilidad; evacuación apropiada de desechos; prestación de servicios de asistencia prenatal y posnatal; atención del recién nacido y del niño con nutrición complementaria; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas de la infancia; prevención y tratamiento de enfermedades localmente endémicas; asistencia básica contra lesiones y trastornos para personas de todas las edades; y acceso fácil a fuentes de información fidedigna y práctica sobre los problemas de salud existente y sobre los métodos adecuados para prevenirlos y resolverlos.¹¹

El concepto de necesidades básicas ha sido desarrollado como un enfoque estratégico en la lucha contra la pobreza y la injusticia social y hace por tanto relación particularmente a la situación existente en los países en desarrollo. Este concepto es sin embargo de aplicación universal, aunque la importancia relativa de sus componentes varía con el grado de desarrollo y, en consecuencia, de un país a otro. Vista en el contexto del subdesarrollo, la satisfacción de estas necesidades constituye el objetivo mínimo de la sociedad. En un contexto de mayor disponibilidad de recursos, aunque se modifica la naturaleza de tales necesidades, el concepto en sí no cambia, lo que varían son sus contenidos operativos. Estos tienen, entonces, expresiones absolutas, como en el caso de la extrema pobreza y manifestaciones relativas en las cuales entran en juego los valores y aspiraciones y expectativas de la población correspondiente.

Vista desde este enfoque, la noción de cobertura tiene una connotación mucho más amplia que la disponibilidad de servicios de salud o aun el acceso garantizado a éstos. Plantea la necesidad de desarrollar mecanismos a través de los cuales la entrega de servicios contribuya efectivamente al desarrollo.

Esta nueva forma de visualizar la cobertura de atención de salud y, por supuesto, su universalización a toda la población, implica en primer término un doble orden de metas y contenidos de servicio. Para que exista realmente cobertura, se requerirá haber logrado un nivel mínimo aceptable de bienestar y contar con un espectro amplio de servicios capaces de atender apropiadamente diversos estados o diferentes tipos de necesidades derivados de la pérdida de la salud. Por otra parte, exige la adopción de nuevas políticas orientadas a instaurar y estimular la verdadera acción intersectorial en relación con la salud, y el diseño de formas diferentes de organización de los servicios, que permitan una utilización más eficiente de los medios y recursos a disposición del propio sector salud.

Debe señalarse finalmente que la preocupación por ampliar a nuevos grupos de población la acción de los servicios de salud, no es nueva en América Latina. Una revisión superficial de los documentos de salud producidos

en la década de los años 50, o aun con anterioridad, demuestra que el problema de la carencia de los servicios de salud ha sido planteado desde entonces. La diferencia con las manifestaciones actuales estriba fundamentalmente en que en ese momento la visión de la cobertura y las soluciones propuestas se enfocaron desde un punto de vista doblemente institucional. Se trataba de una extensión de los servicios existentes *per se* y cada entidad para su grupo poblacional respectivo. En el momento actual, la ampliación de la cobertura de atención de salud se plantea dentro de un marco de referencia conceptual, filosófico y político diferente, así como con las características de un compromiso y un movimiento nacionales, en el cual habrán de participar todas las instituciones del sector salud.

Hecha esta revisión de aspectos conceptuales, que son sin duda elementos de referencia importantes en las acciones que se adelantan en la región para lograr el desarrollo necesario de los servicios de salud y alcanzar la meta de cobertura universal, conviene ahora examinar lo que puede considerarse constituye la situación actual y su incidencia en los futuros desarrollos. Este análisis se hace en términos de características de la población y de los servicios, para considerar posteriormente algunos de los principales enfoques de solución a los múltiples problemas que los países encuentran para lograr este cometido.

III. La situación actual

Dos aspectos se examinan fundamentalmente en esta sección: la situación de la población y algunas de sus proyecciones, y el estado actual de los servicios de salud y su posible evolución.

A. *La población actual y algunas de sus proyecciones*

Desde un punto de vista global y salvedad hecha de las variaciones naturales en cada uno de los países, interesa examinar tres aspectos principales con respecto a la población cuya conjunción e interacciones imprimirán características particulares a los problemas de atención de la salud en la región y que tendrán, por consiguiente, influencia decisiva en la orientación de los esfuerzos para extender la cobertura de los servicios correspondientes. Estos tres aspectos son: el volumen de población a atender; las variaciones en su distribución, tanto de localización geográfica como por edades y la expectativa de vida; y las condiciones básicas de salud de la población.

1. Proyecciones de crecimiento

De acuerdo con estudios del Centro Latinoamericano de Demografía,¹² el total de la población de América Latina y el Caribe, en 1975, fue de 316 357 887 habitantes. Para 1980, la cifra total habrá llegado a 363 616 071 personas y en 20 años más (año 2000) alcanzará los 612 507 677 habitantes.

Las características del incremento demográfico de la región son la consecuencia de un descenso acentuado de la tasa de mortalidad y del descenso igualmente menos notorio de la tasa de fecundidad.¹³ En 1950 la tasa general de mortalidad fue de 14.5 por mil; dicha tasa se redujo a 8.3 por mil

en 1975, y se espera que disminuirá a 6.2 por mil en 1990. En cuanto hace a la tasa de fecundidad general, se estima que de 174.3 por mil en 1950, descendió a 155.8 por mil en 1975, y que, de mantenerse las tendencias actuales, llegaría a 131.1 por mil alrededor de 1990.

Los datos anteriores señalan que el volumen de población a atender por los servicios de salud en las próximas dos décadas, será prácticamente el doble del actualmente existente. Si se tiene en cuenta que en el presente aproximadamente 140 millones de habitantes no tienen acceso a los servicios, y que buena parte de esta deficiencia se debe a falta de disponibilidad de éstos, las medidas para afrontar esta situación están, en principio, estrechamente ligadas a la necesidad de una expansión sustantiva de los servicios, la cual a su vez depende en buena parte de las posibilidades de inversión de los países y de su capacidad para realizar dicha inversión a un ritmo acorde con el incremento progresivo de la población.

Las posibilidades de inversión de los países estarán de acuerdo con su avance en el proceso de desarrollo económico. Según análisis del Banco Interamericano de Desarrollo,¹⁴ América Latina, tomada como un todo, registró durante la década del 60 y los 8 años transcurridos de la actual, una expansión y diversificación económica importante. La tasa acumulativa del crecimiento del P.N.B. fue del 5.8% por año, siendo los años de mayor crecimiento el período de 1968 a 1974, cuya tasa, "excepcional", fue del 7.3% por año. Se estima, además, que América Latina duplicará su producto per cápita en alrededor de 25 años.

El mismo análisis citado señala que no obstante la expansión considerable de la actividad económica, el producto per cápita de la región ha sido aproximadamente el 17% del de los países desarrollados, lo cual significa que la brecha en el nivel de vida entre los dos grupos de países se ha ampliado, y en relación con el problema que nos ocupa, que la capacidad real de los países para realizar la inversión que requeriría la expansión necesaria de servicios de salud estará obviamente restringida debido a la necesidad de atender simultáneamente inversiones en otros sectores tanto sociales como de la producción. En un estimativo recientemente realizado¹⁵ respecto al monto de la inversión mencionada para lograr el desarrollo de la capacidad instalada de servicios personales de salud que se necesitará para 1990, sobre la base de los mismos índices de disponibilidad por unidad de población hoy existentes, y habida cuenta de que se seguirán utilizando los mismos tipos de soluciones, se llega a un volumen total de recursos necesarios equivalente a 8 866.6 millones de dólares, a valores de 1977. A esta suma, que se distribuiría en 90.6 millones en unidades elementales y el resto en facilidades hospitalarias nuevas o de reemplazo (estimando un 10% de obsolescencia actual aproximadamente) sería necesario agregar la inversión indispensable para producir e incorporar al servicio alrededor de un millón de trabajadores de salud de diferentes disciplinas y categorías, que de acuerdo con los mismos estimativos deberán prepararse para el período 1971-1990. La formación de este personal implicaría una inversión adicional de aproximadamente 2 200 millones, lo cual lleva la suma total a los 11 066.6 millones de dólares. Esto únicamente con referencia a servicios personales, es decir, sin contemplar la expansión esencial en otros servicios directamente relacionados con la conservación de la salud, tales como provisión de agua, eliminación de excretas y de desechos sólidos y, en general, el control del ambiente físico, cuyos montos de inversión, como se señala más adelante, pueden alcanzar niveles similares.

La magnitud de las cifras anteriores pone de manifiesto las dificultades que de hecho afrontan los países para lograr la destinación necesaria de recursos al sector salud, que permita llevar a cabo las inversiones señaladas. Esto sin tomar en consideración costos de operación que, lógicamente, implicarían un incremento adicional en la asignación de presupuesto de funcionamiento.

2. Distribución de la población, estructura de edades y expectativa de vida

Aparte del incremento global, los cambios más significativos de la población que tendrán una influencia fundamental en el desarrollo y organización de los servicios de salud en las próximas décadas, están relacionados indudablemente con la futura distribución geográfica de dicha población y su composición por edades. De veinte países analizados a este respecto, usando datos de CELADE,¹⁶ se espera que para el año 2000, en cinco de ellos (Uruguay, Argentina, Chile, Venezuela y Colombia), la proporción de la población urbana será superior al 81%; en otros cuatro (México, Brasil, Perú y Cuba), dicha proporción oscilará entre el 70 y el 80%; en nueve países más, la localización urbana estará entre el 50 y el 69%, y sólo en dos, será inferior al 49%.

Es interesante observar además que en los dos primeros grupos mencionados, que aglutinarán el 85% del total de la población de los 20, estarán incluidos los seis países con mayor población en el continente.

Globalmente, los estimativos para América Latina señalan que de una proporción de población urbana del 57.6% en 1970, se llegará en el año 2000 a una proporción del 76.2%. Es importante anotar además a este respecto que la categorización de la población urbana se refiere aquí a aquella localizada en centros superiores a 20 000 habitantes.

Se espera, por otra parte, que el 80% de la población urbana estimada para el año 2000, se localice en ciudades de 100 000 o más habitantes y el 70% de este 80% se concentre en ciudades de 1 millón o más habitantes.

La acentuación de este fenómeno de concentración y urbanización de la población, que de hecho ya existe, tiene y tendrá aún más marcados efectos económicos y sociales de naturaleza compleja, entre los cuales se destacan las mayores necesidades de desarrollo de la infraestructura urbana, la disponibilidad de alimentos, la provisión de vivienda, las oportunidades de empleo, la educación y, por supuesto, el desarrollo apropiado de los servicios de salud.¹⁷

Desde el punto de vista de la estructura de edades, la población de América Latina en 1970 tuvo la siguiente distribución: a los grupos entre 0 y 7 años correspondió el 42.7% del total; entre 15 y 64 años, el 53.6%, y aquellos por encima de los 65 años, el 3.7%. Para el año 2000, las proporciones estimadas serán respectivamente: 37.9%, 57.7% y 4.5%. Esta distribución por edades variará también según sea la localización geográfica urbana o rural.¹⁸

Las implicaciones desde este punto de vista en la prestación de servicios de salud serán de diverso orden; conviene, no obstante, destacar dos aspectos fundamentales:

- los grupos de población entre los 15 y los 64 años, que en términos generales demandan menos servicios, se harán sentir sin embargo en la

conformación de la fuerza de trabajo y a través de ésta en la necesidad y diversificaciones de servicios para la población dependiente.

De todas las grandes regiones del mundo, América Latina tiene en el momento la mayor tasa de crecimiento de la fuerza de trabajo.¹⁹ Entre 1969 y 1975 la fuerza de trabajo ha crecido en 12.5 millones; entre 1980 y 1985 el crecimiento será de 17.5 millones; y para los próximos 25 años se espera que habrá un incremento de 100 millones de personas en la fuerza de trabajo. De acuerdo con la fuente antes citada, es dudoso que los países puedan afrontar con éxito este problema, crucial desde diversos ángulos pero particularmente crítico respecto a la creación de suficiente número y diversidad de puestos de trabajo que permitan absorber esta verdadera explosión en la fuerza de trabajo.

La falta de empleo y el subdesempleo significan para el país pérdida de actividad productiva, pero para el individuo significa carencia o pérdida de ingreso, menos alimentos, vivienda deficiente y, en general, menor disponibilidad de los elementos indispensables para satisfacer necesidades básicas. En otras palabras, significa pobreza, con todas sus consecuencias sobre el nivel y las condiciones de salud.

- Las implicaciones sobre el sector salud no dependerán, sin embargo, sólo de las limitaciones para absorber el crecimiento de la fuerza de trabajo, sino también de la forma como se está produciendo dicho crecimiento. Es decir, de la estructura del empleo. Aunque la población vinculada a la agricultura continúa siendo en América Latina considerablemente más alta que en los países desarrollados, el número de trabajadores vinculados al sector de servicios está rápidamente llegando a los niveles observados en tales países. Este crecimiento en el sector de servicios se ha producido no sólo por el incremento de la población activa, sino también por el aumento en el número de mujeres incorporadas a la fuerza de trabajo.²⁰

Las modificaciones en la estructura de empleo tienden, entonces, a hacerse hacia los servicios a expensas del sector agrícola, el cual, por otra parte, ve drenados sus efectivos en favor de la industria, en virtud de la tendencia hacia la urbanización de la población.

El crecimiento del sector servicios, la mayor incorporación de mujeres a la fuerza de trabajo y la creciente concentración urbana de la población, obviamente implicarán cambios cualitativos en la demanda de atención de salud. Los requerimientos de las comunidades urbanas y periurbanas, en realidad muy poco conocidas en la práctica, al cambiar la organización de la vida familiar, se harán sentir en necesidades de servicios de protección para los grupos dependientes: niños y ancianos. Estos servicios, fragmentados y en general poco desarrollados en los países de la Región, dependen en su mayoría de la acción filantrópica o caritativa, y si se aspira a una cobertura integral de atención de la salud, requerirán replanteamientos importantes y una coordinación estrecha con las instituciones y programas del sector salud.

Una rápida mirada a la expectativa de vida demuestra finalmente que de los veinte países analizados para el período 1985-1990, en 13 se habrán sobrepasado los 65 años de expectativa de vida al nacer, para ambos sexos. En una década más tarde (1995-2000), en 11 de estos países se habrán superado para ambos sexos los 70 años; y, en cinco más del total de los 20,

las cifras respectivas oscilarán entre los 65 y 70 años, también para ambos sexos.

Los problemas derivados de esta situación, si bien pueden aparecer como no apremiantes en el momento actual, es innegable que tendrán una importancia grande en un futuro cercano. Además de las mayores necesidades en los grupos jóvenes a expensas de cuya mayor supervivencia se produce el aumento de la expectativa de vida, las manifestaciones de los cambios progresivos de ésta, observados en la Región, de hecho comienzan ya a hacer su aparición en los establecimientos de salud. Desafortunadamente no existen datos suficientes que permitan documentar apropiadamente estos planteamientos; pero una simple observación a la utilización por edades de facilidades hospitalarias para el tratamiento de agudos podría ponerlas fácilmente en evidencia.

B. *Estado de salud de la población*

No se han desarrollado todavía indicadores positivos del nivel de salud. En general, se infiere éste a través de indicadores indirectos, expresados en índices de disponibilidad de servicios dirigidos a la atención tanto de las personas como del medio y, en términos de mortalidad y morbilidad. No existen por tanto formas apropiadas de expresar la cobertura de atención de salud, especialmente si se piensa en función del alcance que se da actualmente a esta noción.

1. Morbilidad y mortalidad

Las causas principales de morbilidad y mortalidad en los países de América Latina han estado principalmente relacionadas con las enfermedades transmisibles, la desnutrición y los problemas de control del medio ambiente.

En relación con morbilidad y teniendo en mente la meta de cobertura universal, cabe señalar que no existe en la mayoría de los países información suficiente para apreciar la verdadera magnitud de los problemas. Se conocen, y esto con desviaciones importantes de diverso origen,²¹ que varían según los países y aun las regiones dentro de éstos, datos correspondientes a enfermedades comunicables, particularmente aquellas sujetas a notificación. Se tiene igualmente información de la morbilidad según egresos hospitalarios y, parcialmente, de servicios ambulatorios en algunos países e instituciones. Se desconoce, sin embargo, en forma casi total (excepción hecha de países en los cuales se han llevado a cabo en fecha reciente estudios nacionales de morbilidad) las causas, características y magnitud de los problemas de ocurrencia diaria, que son por lo demás los que embargan una gran proporción de los recursos del sector salud en los países, en términos de horas del personal, consumo de drogas, utilización de medios diagnósticos y terapéuticos, etc. Se desconoce todavía más, la morbilidad subyacente, que no se traduce en demanda por diversas razones, la cual constituye indudablemente uno de los problemas potencialmente más serios de los programas de extensión de cobertura.

Desde el punto de vista de mortalidad general, un análisis del período 1973-1976, puso de presente que las cinco causas más frecuentes en toda la región estuvieron relacionadas con enfermedades cardíacas, neoplasmas malignos, influenza y neumonía, accidentes y enfermedades cerebro-vasculares.

Aunque en proporción diversa y con variaciones en la ordenación, estas cinco causas principales de mortalidad fueron las mismas en América del Norte y América del Sur. Para Mesoamérica, la enteritis y otras enfermedades cerebro-vasculares ocuparon el segundo lugar en el grupo. En América Latina, el 30% de la mortalidad ocurrió en niños menores de cinco años. En estos grupos de edades, las deficiencias nutricionales y las enfermedades comunicables fueron causas preponderantes de mortalidad.²²

Dentro de las limitaciones propias de estos datos, en los cuales inciden tanto las deficiencias cuantitativas y cualitativas de certificación médica, como la gran proporción de muertes asignadas a senilidad y causas mal definidas o desconocidas, y los vacíos de información respecto a una gran variedad de manifestaciones de morbilidad, debe aceptarse que las enfermedades transmisibles continuarán siendo en los próximos años un problema prioritario en los países de América Latina. Sujeto a la eficiencia de los programas respectivos, pueden esperarse progresos más o menos rápidos en aquellas que son prevenibles por vacunación. Las verdaderas posibilidades de avance en el control de estas enfermedades dependerán, no obstante, del éxito de los programas de saneamiento del medio, de la disponibilidad de alimentos, de mejores condiciones de vivienda, etc., más que de la acción directa de los servicios de salud. En el cuadro general de morbilidad por otra parte es probable que para los próximos años, al lado de las enfermedades transmisibles, se hagan presentes manifestaciones diversas derivadas de la concentración urbana de la población, tasas más altas de accidentes, enfermedades mentales, drogadicción, etc., al igual que irán adquiriendo mayor significación las enfermedades crónicas y degenerativas, algunas de las cuales constituyen ya problemas relevantes en ciertos países de la Región.

2. Situación de nutrición

En análisis realizado al comienzo del presente decenio se concluyó que la prevalencia de desnutrición avanzada (II y III grados) variaba entre el 10% y el 30% en los menores de cinco años en 18 países con el 65% de la población de la Región. Esto permitió estimar que cerca de 5 millones de niños latinoamericanos padecían en ese momento de desnutrición avanzada.²³ En la mayoría de los países de la Región, la subalimentación y las deficiencias nutricionales continúan teniendo elevada prevalencia, y no obstante el empeño con que se ha tratado de subsanar esta situación, la disponibilidad per cápita de alimentos y su consumo, en términos de calorías y gramos de proteínas al día, continúan por debajo de los requerimientos mínimos para grandes grupos de población, fundamentalmente aquella de más bajos ingresos.

Esta situación obviamente tiende a agravarse con el incremento de la población y, por consiguiente, los problemas de desnutrición continuarán siendo factor decisivo en el estado de salud de los países hasta tanto no se hayan logrado cambios importantes en la accesibilidad de toda la población a los alimentos en general y a los nutrientes en particular.

La disponibilidad de alimentos y el problema de la desnutrición energética-proteica por subalimentación crónica, sólo podrán superarse con el mejoramiento de las condiciones del desarrollo social y económico y con formas más equitativas de la distribución de ingresos personales. En otras palabras, el problema de la desnutrición, que es otra de las grandes áreas

problema de la extensión de la cobertura de atención de salud, requiere un vigoroso esfuerzo que no podrá continuar siendo responsabilidad primordial y casi exclusivamente del sector salud, como ha sido en general hasta ahora. Corresponde a éste, sin embargo, la iniciativa para orientar y llevar a la práctica las políticas de acción intersectorial correspondientes formuladas por los países. Esta participación del sector salud se habrá de dar en un doble frente: en la formulación y ejecución de programas específicos para mejorar la accesibilidad de la población a los nutrientes y en el nivel comunitario, propiamente para informar, orientar y estimular el consumo de alimentos de alto valor nutricional.

3. Control y mejoramiento del medio ambiente

El lograr un ambiente saludable, esencial para conservar la salud individual y colectiva, implica acciones en numerosos y variados frentes. En América Latina, muchos de los problemas básicos de mejoramiento del ambiente físico, en la vivienda y en los lugares de trabajo, continúan afectando a la mayoría de la población: la carencia de agua potable, la falta de medios apropiados para la eliminación de desechos líquidos y sólidos, el desarrollo limitado de la salud ocupacional, la creciente contaminación derivada de la industrialización, etc., son denominador común de una gran proporción de problemas de salud de la Región. Estos problemas tienden por lo demás a agravarse con el aumento de la población y la urbanización aceleradas. El establecimiento de medidas apropiadas para extender la cobertura de servicios de salud, desde este punto de vista, conlleva de nuevo una vigorosa acción intersectorial concertada para incorporar las acciones de mejoramiento del medio en los planes de urbanización y vivienda y en los desarrollos industriales y para el control efectivo de la contaminación del aire, de las fuentes de agua, los alimentos, etc. Esto supone un incremento importante en las acciones de inversión correspondientes. Unos pocos ejemplos pueden ilustrar esta situación. En 1971, de un total de 155 millones de población urbana, 121 millones (78%) contaba con servicios de abastecimiento de agua y 59 millones (38%) tenía servicios de alcantarillado. En el mismo año la proporción de la población rural atendida con servicios de agua era de 31 millones o sea el 24%.²⁴

A finales de 1977, 155 millones de habitantes de las áreas urbanas (78% del total de población urbana) tenía servicios de agua, 141 millones a través de conexiones domiciliarias y 14 millones con acceso fácil a las fuentes de suministro. En la misma época sólo 43 millones de habitantes rurales (34% de la población rural) contaban con este servicio, 20 millones a través de conexiones domiciliarias y 23 millones con acceso fácil. En 1977, también sólo el 43% del total de la población urbana tenía servicios de alcantarillado.²⁵

El período en referencia (seis años) es obviamente muy corto y estas cifras globales ocultan sin duda muchas facetas de la situación real. Impresiona, sin embargo, que no obstante el carácter prioritario que los gobiernos han dado a estos programas y la magnitud de las inversiones realizadas,* los resultados, en términos de expansión de los servicios, apenas si han

* Más de 6 000 millones de dólares en estos dos tipos de programas desde 1961 en adelante.

logrado mantenerse a un ritmo cercano al crecimiento de la demanda expresada en nuevos grupos de población por servir. Vista en perspectiva, de acuerdo con el crecimiento esperado de la población, la inversión respectiva, como en el caso de los servicios personales, habrá de duplicar la actualmente existente. Se estima que para 1990 las sumas requeridas por este concepto alcanzarían con respecto a servicios de agua a 9 000 millones de dólares en nuevas instalaciones urbanas y a 3 000 millones de dólares para las áreas rurales. En relación con disposición de desechos líquidos y excretas, para alcanzar en el próximo decenio un 40% de la zona urbana, usando soluciones combinadas, mitad alcantarillados y mitad letrinas y pozos sépticos, el costo estimado sería de 4 000 a 5 000 millones de dólares, más de los costos actuales; y usando alcantarillados solamente la suma estimada llegaría a 15 000 millones de dólares más. En las zonas rurales, utilizando la solución de letrinas y sobre la base de una provisión al 70% de la población, se requerirán 2 000 millones de dólares.²⁶

Las proporciones de estas cifras, alarmantes de por sí, no sólo están señalando la importancia que debería darse en el futuro inmediato al fortalecimiento de los programas de mejoramiento del ambiente básico, sino que además plantea la necesidad de encontrar nuevas fórmulas para el manejo más eficiente de estos problemas. A manera de síntesis de la situación de población y su estado de salud, cabría destacar: en aproximadamente 20 años la población total de la Región llegará a un poco más de 600 millones de habitantes. El 76% de esta población se localizará en centros urbanos. La composición por edades de esta población, como efecto secundario, agrega el requerimiento de nuevos servicios para los grupos dependientes. Estos fenómenos demográficos, por sí solos, implican la necesidad de un incremento sustancial en la capacidad instalada de servicios, dirigidos tanto al medio como a las personas, cuyos montos de inversión difícilmente los países podrán afrontar. En el cuadro general de morbilidad y mortalidad, cuyas características reales no se conocen totalmente, continuarán prevaleciendo las enfermedades transmisibles y la desnutrición, pero llegarán a lugares preeminentes otras causas derivadas en buena parte de la concentración urbana de la población. El conjunto de estos hechos esperados plantea la necesidad de encontrar muchas formas del manejo de los problemas. Analizada así, en grandes rubros, la situación esperable, conviene examinar el otro componente de la ecuación de cobertura, constituida por la situación de los servicios de salud.

C. *Los servicios de salud*

Dentro de los límites de esta presentación, no sería posible ni conducente pretender realizar un análisis en detalle de la incidencia que puedan tener características específicas de los sistemas de atención de salud de la Región en el compromiso adoptado por los países de extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población.

El propósito de estos párrafos es definitivamente más modesto. En forma sucinta se intenta un repaso de los hechos principales que enmarcan el desarrollo histórico de los servicios con especial referencia a los países de América Latina, por considerar que en ellos se encuentran elementos referenciales importantes tanto de la situación actual como de posibles tendencias de evolución que convendría acelerar para mejorar sustancialmente las posibilidades de alcanzar las metas de cobertura universal.

1. Desarrollo histórico de los servicios

Cualquier sistema de servicios para la atención de la salud es en sí mismo un componente de un sistema social más amplio, del cual refleja en mayor o menor grado, características, valores, enfoques filosóficos y doctrinarios y orientaciones políticas. El desarrollo de los sistemas de servicios de salud de la región y su conformación actual son, por consiguiente, la resultante de los cambios políticos, económicos y sociales ocurridos en los países. Esto hace que en la Región cada sistema tenga características y particularidades propias que lo diferencian e individualizan claramente. En estas circunstancias, resulta difícil hacer generalizaciones que sean siempre válidas. No obstante, en un análisis retrospectivo es posible identificar factores de ocurrencia común, que aunque con manifestaciones finales diferentes, permiten apreciar tendencias de evolución. En este caso interesa examinar la acción del Estado, como factor común y las formas preponderantes de financiación y las modalidades de organización como variables indicativas de esa tendencia. Desde este punto de vista en el desarrollo histórico de los servicios de salud de los países de América Latina, se pueden distinguir claramente tres fases o etapas cuyos límites cronológicos resultaría difícil establecer con precisión y que varían por supuesto de país a país.

1.1. Fase inicial o de organización básica

No parece necesario insistir en detalle en la génesis remota de las instituciones actuales. Sus raíces históricas están vinculadas a las tendencias del momento en la Europa de los siglos XVIII y XIX. Los hospitales públicos para la atención de pacientes atacados de padecimientos que constituyen una amenaza social, las instituciones regidas por comunidades religiosas u obras filantrópicas para el cuidado de los indigentes y desposeídos, la actividad privada y los esquemas individualizados de grupos de la población trabajadora, que constituyen manifestaciones premonitoras de los programas de la seguridad social, se encuentran todos representados en los antecedentes de los servicios de salud de los países de América Latina. Baste tan sólo señalar que, con las variaciones naturales en cada país, en los esquemas iniciales predominaron como formas de financiamiento las instituciones de caridad y beneficencia, la responsabilidad individual en el financiamiento de la atención y en algunos casos la acción de agrupaciones gremiales. La participación del Estado fue en general bastante limitada y circunscrita a áreas o tipo de servicio muy específicos. Como características fundamentales de organización en esta fase se destacan: el ejercicio liberal de la medicina y la creación, por acción caritativa de grupos religiosos y civiles, de establecimientos destinados a la atención de núcleos de población de bajos ingresos. Al lado de estos establecimientos que funcionaron, en general, aislados unos de otros, se organizan hospitales y clínicas privadas para las clases pudientes y en ocasiones para asociaciones de inmigrantes y agrupaciones ocupacionales. El Estado no participa en general en la organización de servicios curativos. Esta fase coincide con una etapa de desarrollo de los países en que su economía está basada casi exclusivamente en la actividad agrícola.

1.2 Segunda fase o intermedia

En una segunda fase del desarrollo histórico de los servicios, que no se

da simultáneamente y con la misma intensidad en todos los países, resaltan dos hechos fundamentales: por una parte, se hace presente y se fortalece luego la ingerencia del gobierno en la financiación y prestación directa de servicios y, por la otra, se instauran y desarrollan los esquemas de seguridad social también como manifestación directa de la acción reguladora del Estado.

La mayor intervención gubernamental en la organización y en la prestación directa de servicios, que surge, al igual que en otras regiones del mundo, como una necesidad de protección de la sociedad contra las agresiones a la "higiene" colectiva, conduce al florecimiento de la salud pública y a la subsecuente transformación de los antiguos departamentos y ministerios de higiene en ministerios de salud. Esta participación inicial se ve luego forzada hacia otras áreas de la atención de salud por la quiebra financiera de los sistemas filantrópicos y de beneficencia. Era imprescindible mantener funcionando los hospitales de caridad, antes financiados y administrados por tales entidades, y los organismos apropiados para este cometido son obviamente los ministerios de salud que entran en un comienzo a subsidiar las entidades de beneficencia y luego sucesivamente a financiarlas y administrarlas totalmente. La acción de estos ministerios se vio además estimulada y fortalecida por la canalización de recursos de inversión hacia el sector salud indicativa de un mayor interés de los gobiernos por estos problemas y como corolario de ésta, por la necesidad de planificar la utilización de tales recursos, lo cual condujo al desarrollo de la planificación de los servicios de salud, que se inicia en forma sistemática en la Región hacia finales de los años cincuenta y comienzos de la década de los sesenta.

Interesa destacar que la acción de los ministerios, como fue escalonada, no se tradujo en un esfuerzo de desarrollo integral de los servicios. Existen dos razones fundamentales para esto: primero, que la quiebra financiera del sistema hospitalario de caridad, de hecho concentrado en servicios curativos, fue gradual; y segundo, que lo que dio origen al fortalecimiento de los ministerios fue fundamentalmente la necesidad de desarrollar acciones preventivas. Esto se hizo a través de la creación de centros de salud aislados de los hospitales, lo que condujo a su vez a la llamada desintegración preventivo-asistencial, que luego habría de generar un movimiento hacia la integración.

Estos cambios en los servicios de salud se producen al unísono con la evolución general de los países, en los cuales aparecen las primeras manifestaciones de industrialización, las cuales a su vez estimulan la acción estatal para regular los esquemas iniciales de atención empresarial o gremial de los trabajadores. Siguen así los esquemas de atención de salud de la seguridad social orientados a la protección contra el riesgo de enfermedad y por consiguiente hacia la atención curativa. La motivación básica de estos programas fue, en un comienzo, proteger la fuerza de trabajo y dar respuesta a las presiones de orden político y social surgidos de naciéntes movimientos de origen sindical. Tales programas encuentran los hospitales de caridad en una fase de deterioro y decadencia y se ven obligados a organizar sus propios establecimientos. Se genera en esta forma la creación de los dos grandes esquemas de atención de salud que luego caracterizarán la prestación de servicios personales en la mayoría de los países de América Latina: uno dependiente de los ministerios de salud y otro ligado al desarrollo de las instituciones de seguridad social. En estos últimos, los programas respectivos son por lo general múltiples en cada país, creándose así

otra de las características de los sistemas de servicios que es la multinacionalidad.

El período final de esta fase corresponde al auge de los enfoques de planificación y del movimiento de integración institucional, primero, y de coordinación, luego, los cuales buscan la constitución de servicios nacionales únicos de salud en un comienzo, y la conformación de sistemas nacionales de salud posteriormente. No obstante la magnitud e importancia de los esfuerzos realizados por los países en este último sentido, los hechos positivos que al respecto surgen de un análisis recientemente efectuado,²⁷ las rigideces que se crearon especialmente en los comienzos de esta fase, continúan aún gravitando aspectos fundamentales de la organización actual de los servicios. Tales rigideces no se limitaron solamente al desarrollo de múltiples esquemas de prestación de servicios, lo cual sentó las bases de una fragmentación de éstos por clases sociales, que ha tendido a hacerse más profunda a medida que las instituciones se desarrollen, sino que además se extendieron al ámbito mismo de acciones o programas específicos aun dentro de una misma institución. Esto condujo posteriormente en un buen número de situaciones a superposición de actividades, duplicación de instalaciones, y especialización exagerada del personal y de establecimientos, así como a la segregación y relegamiento de ciertos tipos de servicios, cuya ausencia o deficientes condiciones de funcionamiento han implicado serias restricciones para la prestación de una atención integral. Desde el punto de vista del financiamiento, esta fase se caracteriza, finalmente, por la desaparición casi completa de las acciones filantrópicas, las cuales son sustituidas progresivamente por un compromiso gubernamental directo e indirecto en la financiación. Disminuye, igualmente, el ejercicio privado de la medicina y adquieren cada vez mayor desarrollo los esquemas de seguros. Entre éstos, los de mayor significación son, por supuesto, los de las instituciones de seguridad social.

1.3. Tercera fase o situación actual

Esta fase, iniciada ya hace varios años en algunos países, pero en cuyo comienzo se encuentran los servicios, en la mayoría de ellos, corresponde a una nueva intervención significativa del Estado, que se inicia por supuesto con diferencias en el tiempo en los países, pero se hace manifiesta con carácter regional desde comienzos de la presente década. En esta fase a diferencia con el período final de la anterior, el problema y la preocupación fundamentales dejan de ser hasta cierto punto la integración y la coordinación institucionales, las cuales pasan a constituir un medio más que un fin. Las motivaciones centrales, que dan origen a esta fase, son la universalización de la cobertura de servicios, la cual no ha podido ser alcanzada por ninguno de los esquemas anteriores; la definición de mecanismos y estrategias apropiados para lograrla y la puesta en práctica de las acciones correspondientes.

El comienzo de esta tercera fase, que está impulsada por una conceptualización diferente de la salud y una filosofía distinta de la prestación de servicios, las cuales aparecen reflejadas en las formulaciones de política, tanto gubernamentales²⁸ como institucionales,^{29, 30} y en las nuevas orientaciones y tendencias programáticas propuestas en la mayoría de los países, encuentra, sin embargo, una situación de base resultado de la evolución anterior, que desde el punto de vista de organización general y financiamiento, podría ser sintetizada en la siguiente forma:³⁰

De los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud, 16 han desarrollado sistemas de servicios de salud administrados y financiados por organismos gubernamentales y sistemas de servicios dependientes de institutos de seguridad social que gozan de cierta autonomía. En 13 de ellos, estos institutos están financiados por contribuciones personales de obreros y de empleados, de los empleadores, y de fondos fiscales. En tres países, esta última fuente de financiamiento ha aumentado en forma significativa al aumentar la proporción de recursos procedentes de impuestos generales o específicos para completar las contribuciones salariales de los beneficiarios, y a través de este medio se ha logrado la extensión del derecho a la atención de salud a la mayoría de la población.

En siete países del Caribe, el sistema institucional de servicios públicos de salud es el dominante, aunque ya en algunos de ellos la participación organizada por medio de cooperativas está impulsando el desarrollo de un sistema único de seguro universal de salud.

En dos países, a la par de las actividades de salud que realizan los ministerios del ramo, existen numerosas instituciones que prestan en alguna forma servicios de salud dentro de sistemas de seguridad social y que están organizadas y administradas por una gran variedad de agrupaciones, incluyendo algunas con fines lucrativos.

En otros países, los seguros de salud para determinados grupos están evolucionando hacia la universalización del sistema.

Finalmente, sólo en un país existe un régimen único de atención de salud del cual se beneficia la totalidad de la población.

En todos los países, finalmente, además de los señalados, se encuentra un componente de servicios privados, tanto en instalaciones (sanatorios, hospitales, clínicas, etc.) como en la práctica médica individual o de grupo, con grados variables de importancia, pero con respecto a la cual se señala una tendencia hacia la disminución.

Esta agrupación, por supuesto muy esquemática, pone de presente que la orientación general de organización parecería seguir en cierta forma los patrones prevalentes de distribución del ingreso. Esta que fuera una característica de la etapa inicial, no parece haberse modificado sustancialmente. En buen número de casos, los ministerios de salud que recibieron, al declinar los esquemas de caridad de origen religioso, los servicios que protegían a los grupos económicamente más débiles de la población, continúan administrando primordialmente el sistema de salud para los indigentes. La seguridad social y otros esquemas similares, a su vez, continúan dando servicios a segmentos seleccionados de la población activa. No obstante las declaraciones de política y los esfuerzos indudables que estas instituciones han realizado para incorporar nuevos grupos de población a sus esquemas, las propias leyes y reglamentaciones que rigen su funcionamiento limitan dichas posibilidades. Los núcleos de altos ingresos finalmente mantienen, aunque restringida, su capacidad de "compra" directa de los servicios. Al lado de estas situaciones, en otro grupo de países menos numerosos, se han logrado cambios importantes de la situación original. Estos cambios independientes de las formas de organización de los servicios, ya que persiste la multiinstitucionalidad, están estrechamente ligadas a modificaciones sustantivas en las políticas de funcionamiento.^{31, 32}

2. Tendencias de evolución

La revisión anterior es obviamente una sobresimplificación de procesos

económicos, políticos, sociales y técnicos de naturaleza compleja. Salvedad hecha de sus limitaciones reconocidas, permite, sin embargo, apreciar cómo se ha manifestado en la Región la tendencia, que es por lo demás mundial, hacia una mayor ingerencia del Estado en la organización y prestación de los servicios de salud. En forma igualmente sumaria, las manifestaciones de esta tendencia podrían sintetizarse así: En un comienzo, se pasó de la primera a la segunda etapa de evolución de los servicios, se produce una intervención mayor que inicia una participación gubernamental directa en el financiamiento y administración de los servicios. Esta participación parecería estar virando, pasó de la segunda a la tercera etapa, hacia formas indirectas de compromiso gubernamental, en las cuales el fenómeno ocurrido en relación con las entidades de beneficencia parece estar repitiendo, aunque por razones de orden diferente, con respecto a las instituciones de seguridad social.

En el primer caso, la intervención del Estado se produce en razón de la necesidad, por una parte, de desarrollar los aspectos de salud pública y de mejorar la prestación de servicios para ciertos grupos y en áreas de atención deficientes o de incorporar otras que no están siendo en ninguna forma cubiertas. Así surgieron, entre otros, los servicios de salud de la seguridad social. Por otra parte, dicha intervención se produjo para mantener en funcionamiento servicios cuyos esquemas financieros habían dejado de ser operantes.

La acción del Estado para proteger prioritariamente a grupos de la población activa resulta válida en el contexto político, social y económico del momento.

En el segundo caso, el ángulo de enfoque de los problemas es diferente. La motivación central es subsanar la falta de equidad en la prestación de servicios y la necesidad de convertir en una realidad el derecho a la atención de la salud, que tienen por igual todos los ciudadanos. En este contexto, las políticas de universalización de la cobertura y, por consiguiente, las acciones para llevarlas a cabo, constituyen la aplicación y extensión a toda la población de uno de los componentes fundamentales de la seguridad social.

Resulta interesante además observar que las formas iniciales de intervención estatal tienen en ambos casos gran similitud de expresión: subsidios en el área financiera y reglamentaciones en la inversión, aunque las soluciones finales parecerían en el segundo caso estarse manifestando en forma diferente.

Los subsidios iniciales, otorgados a los hospitales y entidades de beneficencia y las reglamentaciones para regular especialmente las inversiones de capital (construcción de nuevos establecimientos, etc.) que se produjeron al comienzo de la segunda etapa en casi todos los países, evolucionaron luego hacia la administración compartida y posteriormente al manejo gubernamental directo de los establecimientos. Los subsidios para los regímenes de salud de las entidades de seguridad social se han expresado en dos formas: aportes generales de funcionamiento y, en especial, para subsanar situaciones de déficit acumulados, e igualmente aportes específicos para los "programas de solidaridad", acometidos en un buen número de países, para llevar la prestación de servicios a núcleos de población no cotizantes, especialmente de las áreas rurales. Dichos aportes llegan en ocasiones a constituir una alta proporción del costo del programa. Se han produ-

cido, asimismo, aunque no siempre se cumplen, reglamentaciones específicas en materia de construcciones nuevas, etc.

Las formas finales de solución tienden, sin embargo, en este segundo caso, a ser diferentes. En primer lugar, en materia de canalización del financiamiento estatal, parecerían estar inclinándose hacia la iniciación o establecimiento a través de sistemas nacionales de seguros de salud, o, en ocasiones, a través de las propias instituciones de seguridad social. En segundo lugar y respecto a organización, la tendencia parecería ser hacia un menor compromiso gubernamental directo en la administración de los servicios, la cual tiende a hacerse a través de organismos paraestatales.

Cabe destacar, finalmente, que estas tendencias, particularmente en relación con los aspectos de financiamiento, son casi universales.

Su presencia en la Región manifiesta claramente en las iniciativas de instauración de seguros nacionales de salud de tipo gubernamental, que son actualmente motivo de consideración en países del Caribe y en los Estados Unidos, es además evidente en esfuerzos recientes de reorganización de los servicios en otros países de Centro y Sur América.

IV. Algunos enfoques de soluciones y la participación en ellos de las instituciones de seguridad social

A. Principales implicaciones de la situación descrita

En las dos secciones anteriores se han expuesto conceptos sobre la salud, y sus factores determinantes, e interrelaciones, y se ha analizado el alcance de la noción actual de cobertura. Se han revisado igualmente aspectos demográficos y de la evolución y estado actual de los servicios de salud, procurando destacar aspectos que se considera tienen especial relevancia en relación con las metas de extensión de la cobertura de salud adoptadas por los países de la Región. En la presente sección se intenta un recuento de algunos enfoques y líneas principales de acción preconizadas en la búsqueda de soluciones nacionales para hacer viable la obtención de dichas metas.

La situación descrita pone de presente tanto la magnitud como la variedad de los esfuerzos a ser realizados por los países en los próximos años para lograr la universalización de la cobertura de salud. Las implicaciones de esta decisión son múltiples e igualmente muy amplio el espectro de acciones necesarias. Conviene precisar algunas de estas implicaciones. En primer término, la extensión de la cobertura de servicios de salud a toda la población implica en principio, una inversión de grandes proporciones. En segundo lugar, requiere una transformación sustancial de las formas, enfoques y modalidades de organización de los servicios.

Desde el punto de vista simplemente del volumen de la población a atender, los problemas de inversión son de un doble orden: de disponibilidad suficiente de servicios, apropiadamente localizados y de adecuación en relación con su contenido y orientación.

En general, los países no disponen de los recursos necesarios para llevar a cabo estas inversiones de capital. Las agencias financieras internacionales les han abierto líneas de crédito y hoy un buen número de países cuentan con préstamos blandos que en cierta forma contribuirán a aliviar la situación. Persiste, sin embargo, la incógnita de gastos de funcionamiento.

Además del monto total, la primera pregunta que surge en materia de inversiones, es dónde realizar dicha inversión. El énfasis actual en la extensión de servicios es el área rural. Innegablemente existe allí un problema, que crecerá en grado variable según los países con el incremento de la población. Los 146 millones de personas (24% del total) que continuarán en el medio rural en el año 2000, obligan a ver la situación con precaución. Los mayores problemas de cobertura, sin embargo, van a estar en los sitios de mayor concentración de la población. Esto es en las ciudades y, particularmente, en las áreas periurbanas. Este fenómeno de urbanización, cuyas características y repercusiones reales no son todavía suficientemente conocidas, afecta definitivamente las políticas de inversión en servicios de salud. La inversión actual para el desarrollo de servicios se está haciendo prioritariamente en las áreas rurales o en pequeñas poblaciones y en unidades elementales. ¿En qué medida este tipo de inversión puede muy rápidamente quedar sin utilización como resultado de la migración de la población, o lo que es más importante, como consecuencia del desarrollo general de infraestructura de los países, que dotará a esas poblaciones de mejores vías de comunicación, medios de transporte, educación, etc., factores todos que contribuirán a elevar sus aspiraciones y demandas respecto a los servicios de salud? La inversión posible en servicios de salud en el medio rural, por otra parte, en sí misma no va a contribuir sustancialmente a frenar la migración hacia las ciudades. ¿En qué medida, entonces, el papel del sector salud en el medio rural requiere ser reorientado para que constituya una contribución efectiva al mejoramiento del estilo de vida?

Cabría además preguntar si la situación planteada, tendencia marcada hacia la urbanización, no está indicando una clara necesidad de cambio o ajustes en la orientación de uso de los créditos externos, los cuales en vez de estar destinados a la construcción y equipamiento de unidades rurales, deberán convertirse en un estímulo real y un apoyo al desarrollo integral del sector salud. En la actualidad, algunos de estos créditos benefician casi con exclusividad la inversión física, con muy poca o casi ninguna posibilidad de solucionar otros problemas tales como la capacitación y el adiestramiento de personal, que en el área rural es decididamente más crítico que la disponibilidad de instalaciones.

Otra interrogante en materia de inversiones de capital, se plantea respecto a las características y el espectro de atención que éstos deben ofrecer. Teniendo en cuenta tanto el relativo abandono en que han estado algunas áreas de atención como los cambios esperados en la expectativa de vida y en la distribución por edades de la población, es indudable que además de los servicios convencionales de agudos, especialmente ambulatorios y para emergencia, en razón de la contribución urbana de la población, se requerirá dar un gran énfasis al desarrollo de facilidad para atención de pacientes mentales e incorporar y desarrollar el conjunto de servicios orientados a la atención de los grupos infantiles y de los ancianos, usualmente considerados como de protección social, pero cuya vinculación efectiva a los servicios de salud resulta imprescindible. Las condiciones de salud que requieren intervención médica están frecuentemente complicadas con problemas sociales coincidentes, que dentro de un enfoque de atención integral de la salud requieren ser apropiadamente solucionados. Estos servicios, en general, están poco desarrollados y en la gran mayoría de las situaciones dependen de entidades diferentes a las del sector salud.

Descontada por obvia la coordinación esencial de las inversiones de la seguridad en establecimientos, con los de otros organismos del sector, especialmente ministerios de salud, la gran pregunta en materia de inversiones de capital para ampliar la cobertura de atención de salud, fundamental por todo concepto, es sin embargo, en qué medida se requiere realmente esa inversión. El análisis de los factores determinantes de la salud, en general, y la revisión de la situación de estado de salud de la población de la región, previamente realizados, estarían indicando claramente que las soluciones requeridas, sólo parcialmente dependerán de los servicios de salud tradicionales. En estas condiciones el aumento realmente necesario de capacidad instalada de estos servicios requiere ser considerado a la luz de enfoques diferentes y más apropiados para el manejo de los problemas.

De acuerdo con lo planteado previamente, un segundo orden de implicaciones de las decisiones de extensión de cobertura está relacionado con cambios en las formas de organización, modalidades de prestación de los servicios. Esto supone una reorganización general de los sistemas de salud, que incluye una mejor definición de responsabilidades de las instituciones que lo conforman.

Resulta obvio que antes de asignar al sector salud los recursos adicionales que pueda requerir, es imprescindible lograr el mejor ordenamiento posible de los actualmente existentes.

Al señalar la necesidad de reorganizar y reordenar los sistemas de salud, no se pretende de ninguna manera por considerarlo poco productivo, reabrir aquí en los mismos términos anteriores, el debate sobre la conveniencia de la conformación de un solo sistema para la prestación de los servicios de salud y menos aún insistir en la creación de servicios nacionales únicos de atención de salud. Estas han sido manifestaciones de la orientación política o del pensamiento técnico, o de tendencias dentro del proceso histórico de evolución de los servicios, que en su momento han cumplido el cometido importante de centrar la atención sobre determinados problemas y que han ayudado, por consiguiente, en mayor o menor grado, según se han dado las circunstancias en los países, a avanzar hacia la consolidación funcional del sector salud correspondiente. Es indudable que del año sesenta o sesenta y uno a esta parte, cuando se inició en América Latina el movimiento de integración y coordinación de los servicios, se han producido o logrado, a merced de dicho movimiento, cambios trascendentales en la atención de salud de los países. Es innegable por otra parte que muchos de los problemas estructurales y de organización en ese momento señalado, continúan vigentes y en algunos casos pueden, quizá, haberse agravado.

No es mucho, entonces, lo que se adelantaría con plantear de nuevo una situación que por lo demás se encuentra ampliamente documentada.³³ Ante la magnitud de los problemas y particularmente de los compromisos de hoy, no son por otra parte los enfoques o intentos primordialmente estructuralistas, los que pueden ofrecer las mejores posibilidades de solución. La reorganización necesaria en los sistemas de salud que aquí se plantea, para lograr la extensión de cobertura está más en relación con la formulación por el Estado y la aplicación efectiva por las instituciones de una política uniforme de atención de salud para toda la población; la reorganización del financiamiento de los servicios; la mejor definición de las relaciones y compromisos intersectoriales de dichos servicios; el reajuste

indispensable en sus enfoques operativos para mejorar la accesibilidad, y la revisión a fondo de las tecnologías actualmente en uso.

Existiendo prácticamente un consenso en la Región sobre la necesidad de acometer estas reorganizaciones,³⁴ es indudable que en todas estas áreas persisten grandes interrogantes para las cuales se requiere encontrar respuestas apropiadas. Resulta, por lo tanto, pertinente examinar con mayor detenimiento alguna de estas áreas, a la luz de las orientaciones que están siendo adoptadas por los países,³⁵ y explorar su relación con los regímenes de salud de las instituciones de seguridad social.

B. *El financiamiento de los servicios de salud y la extensión de cobertura*

No puede haber cobertura universal de atención de salud mientras existan barreras económicas derivadas de las formas de financiamiento y de los sistemas de pago o contribuciones a cargo del usuario, que impidan o limiten el acceso a los servicios a miembros o grupos determinados de la población.

El problema central existente a este respecto en América Latina, como se ha señalado previamente, es que los servicios están organizados en cierta forma siguiendo la estratificación económica de la población. Más que la existencia en sí de múltiples instituciones que proveen servicios, es esta fragmentación o segmentación de la atención, basada en la capacidad económica individual para acceder a ella, la que ha ocasionado las mayores dificultades. A menos que se produzcan decisiones apropiadas de política para subsanar esta situación, los esfuerzos de extensión de la cobertura de servicios no podrán nunca llegar a ser una realidad.

Excluida la adquisición individual del servicio por pago directo, sólo existen dos modalidades básicas de financiamiento de sistemas de salud de responsabilidad colectiva; el prepagado o seguro, voluntario u obligatorio, y el servicio público financiado mediante ventas generales.

“En la situación de ingreso de la mayoría de los habitantes de América Latina y el Caribe, una mayor responsabilidad personal en el financiamiento de los servicios de salud no tiene aplicación”.³⁶ La tendencia hacia una mayor ingerencia del Estado en la financiación de los servicios que se observa mundialmente y las manifestaciones de la acción estatal en los servicios de salud de América Latina antes reseñadas, cuya intervención decisiva se produce en situaciones de crisis financieras, refuerzan esta aseveración. Los seguros privados basados también en la capacidad individual y con obvias limitaciones de cobertura, no ofrecen tampoco posibilidades. En estas condiciones, las opciones son solamente dos: el servicio público o el seguro de salud obligatorio, del cual con las características que tienen en varios países del mundo y especialmente en América Latina, la seguridad social es una modalidad. Cada país, en el contexto de su situación político-administrativa y social se verá precisado a optar por la modalidad que encuentre más aconsejable o que se ajuste mejor a sus necesidades, e igualmente habrá de encontrar el momento político oportuno para tal decisión. No obstante, teniendo en cuenta que existe en el continente una tendencia hacia favorecer las formas de seguros y que de todas maneras la universalización del acceso económico es una condición indispensable de la extensión de cobertura, conviene elaborar un poco más a este respecto.

El financiamiento de atención de salud como un servicio público equivale a nacionalizar la prestación de servicios, es decir, a la creación de un

servicio nacional único de salud. Existen amplias experiencias de intentos a este respecto en el continente, habiendo sido sólo una de ellas exitosa. Esta nacionalización implica cambios políticos y sociales de mucho mayor profundidad que difícilmente podrían intentar o ser favorecidos por los países. Las opciones se reducen entonces a formas alternativas del régimen de seguros. Consideraremos dos fundamentalmente:

C. *Extensión de la seguridad social*

En los términos en los cuales se entiende hoy la atención de la salud, las pensiones por retiro en el caso de vejez e invalidez; los subsidios o asignaciones familiares, las ayudas monetarias especiales; los seguros por accidentes de trabajo; y la atención médica o la protección para los riesgos de maternidad y enfermedad, que constituyen los componentes principales del concepto y práctica de la seguridad social en el continente, son todos obviamente una contribución a la conservación del estado de salud de la población. Desde este punto de vista, el desarrollo en general de la seguridad social, constituye un aporte fundamental a la extensión de la cobertura de atención de salud. Interesa aquí, sin embargo, analizar específicamente la prestación de servicios de salud bajo la seguridad social y las posibilidades reales que la extensión de dichos esquemas ofrece para la universalización de la cobertura de salud antes del año 2000.

Es en general aceptado que existe una relación directa entre el avance del desarrollo económico y el incremento de la población amparada por la seguridad social. El aumento de la población activa, la creación de nuevas fuentes de empleo, la elevación de las tasas de ingreso, etc., tienen definitivamente una clara influencia en las posibilidades de afiliación a los esquemas tradicionales de seguridad social. Una exploración tentativa a este respecto, realizada utilizando información recopilada para la preparación del tema de las Discusiones Técnicas del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en 1977, que relaciona el desarrollo expresado en producto bruto interno (P.B.I.) por habitante y la proporción de la población potencialmente afiliable a la seguridad social a diferentes niveles de desarrollo, confirma esta aseveración.³⁷

Este mismo análisis puso además de manifiesto que siguiendo una línea de correlación teórica, las posibilidades de acceso para toda la población, es decir, la cobertura universal, en base a estas dos variables, sólo se alcanzaría cuando el producto bruto interno per cápita llegue al nivel de los EUA \$3.350. Esto obviamente ubica estas posibilidades en el terreno de lo inalcanzable, al menos en un futuro cercano.

Estos hallazgos confirman además lo observado durante los últimos años, en los cuales aunque han ocurrido incrementos notables en el producto bruto interno per cápita en prácticamente todos los países del continente,³⁸ persisten grupos grandes de población activa sin afiliar.³⁹

Es suficientemente conocido, por otra parte, que no existe una relación directa entre desarrollo económico y distribución del ingreso, a la cual está ligada la posibilidad individual de afiliación a la seguridad social. Por el contrario, como lo ha señalado Montek,⁴⁰ el desarrollo económico en sus etapas iniciales —como puede ser el caso de la mayoría de los países del continente— lleva a desigualdades importantes en la distribución del ingreso, las cuales tienden a corregirse posteriormente. Explorando esta relación, el estudio mencionado⁴¹ buscó relacionar la distribución del ingreso, en

términos del coeficiente de Gini * y la proporción de población cubierta por la seguridad social. Esta exploración mostró que cuanto más desigual es la distribución del ingreso (más elevado el coeficiente de Gini), menos es la proporción de población con posibilidades de acceso a los regímenes de salud de la seguridad social.

Si los resultados de este análisis, realizado únicamente para nueve países, son válidos para la Región, teóricamente aun cuando los países adoptaran una distribución extremadamente igualitaria del ingreso, la proporción de población cubierta por los regímenes de salud de la seguridad social en base a las variables analizadas, sólo llegaría a alrededor del 80 por ciento.

De las dos exploraciones anteriores surge claramente como conclusión que existe sólo un potencial limitado de expansión de los esquemas de salud de la seguridad social, al menos en su forma tradicional de financiamiento. Esta conclusión está por lo demás de acuerdo con la experiencia general y con lo que se ha llamado "la crisis de la seguridad social" en América Latina,⁴² entendiéndose por ésta la incapacidad, dentro de las reglamentaciones actuales, de ampliar en forma significativa la incorporación de nuevos núcleos de población.

Evidentemente, las formas tradicionales de financiamiento de la seguridad social y, por consiguiente, las leyes y demás instrumentos legales que crearon estas instituciones y regulan su financiamiento y formas de operación, constituyen la restricción fundamental. El concepto de cobertura en las instituciones de seguridad social tiene una base más jurídica que social. Las leyes de seguridad social reconocen además la condición de beneficiario a algunos de los familiares inmediatos del asegurado, en grado variable según los países. Este reconocimiento discrimina, sin embargo, entre los beneficios otorgados al afiliado directo y al beneficiario.⁴³ El tratamiento jurídico y la situación financiera que la legislación de la seguridad social establece, están sujetos a definiciones e interpretaciones posteriores y a una serie de trámites administrativos, difíciles de aplicar en ciertas comunidades, especialmente en los grupos de población rural. En éstos existe además el problema de las recaudaciones y las dificultades para aplicar los sistemas de prestaciones actualmente en uso, todo lo cual hace casi impracticable la extensión del sistema, el cual por lo demás resulta excesivamente costoso.⁴⁴

Hay prácticamente un consenso sobre los planteamientos anteriores aun en los propios terrenos de la seguridad social,⁴⁵ cuyos mecanismos de financiamiento constituyen en realidad un impuesto de tipo regresivo, mediante el cual los costos del servicio organizado especialmente para las poblaciones urbanas son transferidos, al menos en parte, a las poblaciones rurales a través de la elevación de precios que la industria efectúa para cubrir el costo de sus contribuciones directas e indirectas al sistema.⁴⁶

Por las razones anteriores, muchos de los argumentos que dieron justificación a la iniciación de los esquemas de atención de salud bajo regímenes de seguridad social para grupos selectivos de la población, como es el caso de América Latina, han ido quedando invalidados a medida que se impone

* "El Coeficiente de Gini es un indicador que mide la separación entre la distribución existente y la distribución igualitaria ideal. Por ésta se entiende aquella en la cual cada grupo participa del ingreso total en la misma proporción; por ejemplo: cada 10% de la población recibe el 10% del ingreso del país."²⁷

la necesidad de una mayor equidad social, de la cual la extensión de la cobertura de los servicios de salud constituye un elemento fundamental.

Por estas razones igualmente, la tendencia en los países europeos de cuyos modelos surgieron los esquemas iniciales de la seguridad social en América Latina, es la de abandonar la concepción tradicional de financiamiento basada en valuaciones actuariales y beneficios relacionados con las contribuciones previas, y la evolución hacia una unificación, en primer lugar de subsistemas existentes, y hacia una concepción de seguro nacional de salud con aportes significativos del Estado, con cargo al sistema general de impuestos.

En América Latina existen igualmente al respecto ejemplos significativos a los que previamente se ha hecho referencia.

D. *Seguro nacional de la salud*

La organización del financiamiento, por medio de seguros nacionales de salud, podría interpretarse como una forma intermedia entre la nacionalización completa de los servicios y los esquemas de salud de la seguridad social, en la forma en que éstos existen en América Latina. En un sistema de esta naturaleza, por una parte, el gobierno no necesariamente está involucrado en forma directa en la prestación de servicios, como es el caso en la nacionalización y, por otra, se obvian las restricciones propias de los enfoques de la seguridad social tradicional. En el seguro nacional de salud, el gobierno simplemente crea los mecanismos apropiados para financiar la prestación de los servicios a toda la población. Los detalles financieros en sí mismos, es decir, las fuentes y las formas de canalización del financiamiento, pueden variar extraordinariamente. En algunos casos los países financian este seguro nacional de salud tomando los fondos correspondientes del sistema general de impuestos; en otros casos, la solución se establece a través de la creación de impuestos específicos. En uno u otro caso, los fondos pueden ser administrados por una o diversas instituciones.

En la mayoría de los países de Europa y de otras regiones del mundo, el seguro nacional de salud ha sido la forma de solucionar los problemas de inaccesibilidad financiera a los servicios, y de atención discriminatoria inherentes a otras prioridades de organización del financiamiento. En el mismo sentido se inclinan las propuestas de reorganización de la prestación de servicios de salud actualmente para estudio del Congreso de los Estados Unidos. En algunos países de América Latina, como se anotó previamente, comienza asimismo a abrirse paso este enfoque. La generalización a toda la población de los esquemas de atención de salud de la seguridad social que ha ocurrido en otros, son igualmente manifestaciones de esta misma tendencia.

Un argumento frecuentemente utilizado para combatir la introducción de un seguro nacional de salud es el impacto potencial que éste tiene en el aumento de la demanda de servicios y, por consiguiente, en los costos de los mismos.

El establecimiento de un sistema de seguro nacional de salud es sin embargo un proceso complejo, que no está, por lo tanto, exento de riesgos. A este respecto, se encuentran en la estructura numerosos y variados argumentos, entre los cuales se destacan el impacto potencial en el aumento de la demanda de servicios, el incremento de costos, sus efectos inflacio-

narios y las dificultades políticas y administrativas para manejarlo, etc. Este último es quizá el argumento de mayor significación.

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

Resultaría demasiado extenso examinar, así sea someramente, los múltiples argumentos que se dan a favor o en contra del establecimiento de seguros nacionales de salud. Valga tan sólo señalar que ante la necesidad impostergable de encontrar fórmulas de reorganización del financiamiento, que hagan posible una cobertura universal de la atención de salud, sin discriminación económica, ésta es una opción que amerita juicios a consideración.

En el contexto económico y social de los países de América Latina, las formas posibles de aplicar este enfoque tendrían en principio que ser mixtas. No es posible esperar que el financiamiento provenga solamente de fondos gubernamentales. Tampoco sería viable, al menos en un período razonable, lograr que el financiamiento tripartito clásico de la seguridad social por sí solo permita la extensión. Estas instituciones constituyen, como algunos países lo han demostrado, sin embargo, núcleos importantes para aplicar las medidas apropiadas, y encauzar la generalización del seguro de salud.

E. Fortalecimiento de las relaciones intersectoriales de los servicios de salud

Al comienzo de esta presentación y en la situación reseñada en la segunda sección, se ha señalado con insistencia la importancia de la acción intersectorial para la solución de problemas básicos que al presente afectan las condiciones de salud de las comunidades. Las soluciones necesarias para las situaciones de nutrición, de suministro de agua y de saneamiento básico, que tan decidida influencia tienen en la estructura de la morbilidad prevalente en la Región, y los déficit educativos, los problemas de vivienda, el desempleo y, en una palabra, la pobreza, que constituyen denominador común de las malas condiciones de salud de muchas de las comunidades latinoamericanas, sólo podrán ser corregidas mediante una acción sinérgica intersectorial, en la cual las necesidades sociales de la población reciban tratamiento apropiado y no estén subordinadas a los enfoques de desarrollo centrado exclusivamente en el crecimiento económico.

En estas circunstancias, el componente de atención de necesidades básicas presente en el concepto de cobertura, la orientación, y el manejo apropiado de las relaciones intersectoriales de la salud requieren una mayor vinculación de los niveles decisorios y técnicos del sector salud, cualquiera que sea la institución a que éstos pertenezcan, con los niveles y organis-

mos que tienen a su cargo la planificación de los sectores económicos y sociales.

En un segundo plano de análisis, el diseño de soluciones para afrontar con algún éxito los problemas derivados de la futura concentración urbana de la población y la efectividad de medidas para subsanar la fragmentación existente en la gestación de políticas en las instituciones del sector salud, así como la corrección de las limitaciones que afrontan las propias entidades de seguridad social, derivadas de la diversidad y diferencias importantes en conceptos y formas institucionales, al igual que en recursos financieros y en el tipo y profundidad de las prestaciones, están igualmente ligadas a las posibilidades de adoptar una política social definida y de largo alcance.

Si bien existe hoy un pleno reconocimiento de la influencia decisiva del desarrollo económico y social integrado sobre los niveles de salud de la población, poco es sin embargo lo que se ha logrado avanzar en el establecimiento de métodos y formas de planificación integrada que respondan o den vigencia real a este reconocimiento. Menos aún ha sido el avance en el diseño de formas de evaluar y conocer los costos y beneficios económicos de los programas de salud o en el desarrollo de índices o indicadores para medir la contribución de la salud al desarrollo social y económico, lo cual permitiría estimular esa planificación integrada, y desarrollar una argumentación y justificación mejor sustentadas en favor de la asignación de recursos al sector salud.

La extensión de la cobertura de atención de salud, por otra parte, es fundamentalmente un objetivo social, cuya obtención a la luz de los factores determinantes de salud, tiene implicaciones mucho más amplias que el desarrollo intrínseco de los servicios de salud.

En estas condiciones, resulta claro que para el logro de las metas de cobertura universal de salud, adoptadas por los países, se requiere desarrollar acciones prioritarias y efectivas para lograr la incorporación de los planes de salud a los planes de desarrollo económico y social.

En el contexto de una política de extensión de la cobertura de servicios de salud, el que los planes y programas del sector salud hagan parte de los planes generales de desarrollo social y económico no puede seguir significando, como ha sido lo usual, que tales planes formen parte de la formulación general de aspiraciones, o que se les incluya como capítulos individualizados de la misma documentación.

La verdadera incorporación de los planes de salud a los planes de desarrollo implica dar apropiado reconocimiento a las consecuencias socio-económicas que conlleva la adopción y aceptación del postulado básico. Este reconocimiento deberá traducirse no sólo en una formulación consistente de políticas aplicativas, sino fundamentalmente en una planeación y programación intersectoriales acordes con el mismo.

Salvo los esfuerzos más o menos aislados que han tenido en general características de proyectos piloto, ésta es una área en la cual muy poco se ha trabajado, quizá por la complejidad que entraña, y en la que se requieren esfuerzos prioritarios, inclusive para desarrollar instrumentos metodológicos apropiados. Corresponde al sector salud y, por ende, a todas las instituciones que lo conforman, tomar la iniciativa en este sentido, lo cual permitirá avanzar realmente hacia la planeación del desarrollo de la salud y no meramente continuar acometiendo la programación tradicional de servicios para atender algunos aspectos de la ausencia de salud, que es

lo que básicamente se ha venido realizando. Dentro de este enfoque, los programas de servicios de salud, ya sean ellos de organismos pertenecientes a los ministerios de salud y entidades afines, o dependientes de la seguridad social, así como estas mismas instituciones, deberán convertirse en instrumentos reales de aplicación de las políticas de desarrollo del sector social correspondientes. Para que uno y otro grupo de instituciones puedan contribuir a impulsar los cambios necesarios, resulta "esencial" una reorientación de sus esquemas aplicativos y un viraje de sus formas de trabajo hacia el fortalecimiento de la planificación y la administración sociales. Sólo en esta forma podrán llegar a materializarse las verdaderas relaciones intersectoriales de la salud.

F. *Medidas de reorganización interna*

En el conjunto de cambios y transformaciones necesarias en la organización de los servicios de salud para adecuarlos al cometido de cobertura universal, al lado de la reestructuración del financiamiento y de la vinculación intersectorial, se destacan aspectos fundamentales de la organización interna de los diferentes esquemas de prestaciones, los cuales tienen decisiva influencia en el logro de la meta propuesta. En este sentido, y sin que sean las únicas y por considerarlas de especial importancia, se hace aquí referencia al mejoramiento de la accesibilidad y al control de costos de las prestaciones.

G. *Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios*

La extensión de la cobertura de servicios de salud implica lograr, para todos y cada uno de los miembros de una comunidad o país, la posibilidad de demandar y recibir atención oportuna y de complejidad apropiada, según sean las características de la necesidad correspondientes. En otras palabras, la extensión de la cobertura significa lograr acceso inicial a las prestaciones y garantiza continuidad de la atención a través del sistema de servicios cuando así se requiera.

Este es quizá el mayor problema que, desde el punto de vista operativo, afrontan los servicios de salud particularmente en los países en desarrollo. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, celebrada en Alma Ata, Rusia, en septiembre del presente año, estimó que "más de la mitad de la población mundial, no recibe una asistencia sanitaria adecuada".⁴⁷ En la Región de las Américas, se estima que aproximadamente 140 millones de personas están en esta situación.⁴⁸

La aplicación del principio fundamental de accesibilidad, en el contexto de los factores determinantes de la salud antes reseñados, es obviamente más compleja que la disponibilidad en sí de los servicios. La solución de los problemas que desde este punto de vista existen en los países del continente, requiere por lo tanto acciones coordinadas en varias dimensiones, las cuales siguiendo el esquema de análisis de la accesibilidad en servicios de salud, propuesto por Aday Anderson,⁴⁹ estarían fundamentalmente relacionadas con:

- a) la redefinición de las políticas institucionales de las entidades del sector salud para hacerlas consistentes con el propósito nacional de extensión de la cobertura; y la adopción de decisiones complementarias en relación con la formación de recursos humanos y la

producción y utilización en un ámbito nacional de insumos críticos para los servicios de salud;

- b) la organización de los sistemas de servicios para garantizar tanto el acceso inicial y la continuidad en la atención, como la consideración apropiada de las características de riesgos a que está sometida la población.
- c) la localización, tipo y organización de unidades operativas; y
- d) la aceptación y satisfacción de las comunidades con los servicios otorgados, los cuales determinan a su vez la utilización que subsecuentemente ésta pueda hacer de los servicios.

Sin pretender entrar en un examen detallado sobre todos estos aspectos que indudablemente requieren consideración cuidadosa cuando se trata de ampliar la cobertura de atención de salud, interesa revisar brevemente dos de los enfoques de organización y actuación de los servicios que reciben actualmente especial atención en los países y que resultan esenciales para lograr universalidad y equidad requeridas en la prestación de los servicios de salud.

1. Accesibilidad y niveles de atención

Las bases conceptuales de la organización de servicios, según niveles de atención, han sido discutidas en un foro similar a éste en otra oportunidad.⁴⁸ Permítasenos, sin embargo, recordar en forma sucinta, algunos aspectos de su aplicación práctica.

En cualquier sistema institucional de atención de salud, deben estar disponibles para el individuo y la comunidad diversos y variados tipos o modalidades de atención, cuyas acciones cubren un rango muy amplio de intensidad y de complejidad.

Dentro de las circunstancias que para la extensión de la cobertura de atención establecen, por una parte, la escasez absoluta o relativa de recursos que hacen imperativo lograr una máxima eficiencia en su utilización y, por la otra, el incremento progresivo de costos de la prestación de los servicios, ninguna comunidad, grupo social y, en última instancia, ningún país pueden, como no sea a través de una organización apropiada, responder a la demanda de atención de salud de sus comunidades y, menos aún, otorgar a cada uno de sus miembros iguales oportunidades de satisfacción de sus necesidades.

Sobre esta base, la agrupación bajo ciertos criterios de los diversos tipos requeridos de atención para satisfacer esa demanda, ha dado lugar a la conformación de los "niveles de atención", los cuales, en términos generales, corresponden a una forma estratificada de organizar las acciones y recursos de los servicios de salud para satisfacer necesidades determinadas de la población, abocar en forma integrada la solución de problemas individuales y colectivos, y lograr máxima eficiencia en el uso de los recursos utilizados para la prestación del servicio.

La utilización de formas de organización por niveles, además de estos objetivos de eficiencia del sistema de servicios, debe tener el propósito fundamental de lograr el establecimiento de un equilibrio en la cantidad, variedad y calidad de la atención que se pone a disposición de la población, mediante un proceso organizacional orientado a combinar facilidades.

personal y tecnología, de manera que éstos puedan ser distribuidos y compartidos con equidad por todos y cada uno los miembros de la sociedad correspondiente.

La aplicación del concepto de niveles de atención constituye entonces un enfoque funcional para la organización de los servicios de salud, que permite relacionar necesidades de atención y recursos disponibles para atender dicha necesidad. El reconocimiento y diferenciación apropiados de estos dos componentes, además de ser esencial para obtener verdadera utilidad del enfoque de programación de servicios correspondientes, señala claramente que las distintas circunstancias dentro de las cuales se produce la prestación de servicios de país a país e inclusive de una región a otra dentro de un mismo país, implican que el diseño en contenidos de servicio y recursos utilizados para prestar tales servicios, en los niveles de atención no puede ser uniforme sino que tiene que tomar en consideración las variaciones anteriores.

La aplicación del concepto o enfoque de niveles de atención para organizar los servicios como tales, no es nuevo en el sector salud.

Existen, sin embargo, dos diferencias fundamentales entre los usos anteriores y la orientación de la aplicación actual del concepto.

Primero: originalmente la determinación de los niveles de atención obedeció a un enfoque estructuralista y éstos por lo tanto estuvieron más asociados con las características del personal, de las unidades operativas y de la modalidad administrativa de la prestación de servicios. En la actualidad la aplicación del concepto tiene una orientación más funcional, y la noción de niveles se identifica más con la conformación de un programa global de servicios en el cual se requiere que existan varios subprogramas o "planos tecnológicos" (niveles) de resolución de los problemas de salud. La conformación o diseño de estos subprogramas (niveles), cuyo contenido tecnológico varía en función de la naturaleza de las necesidades y recursos de cada situación en particular, debe tomar en consideración las características de mayor o menor frecuencia de los problemas de salud, y de complejidad de las soluciones correspondientes.

Segundo: A diferencia de enfoques previos, cuya orientación tendía a estimular y favorecer el desarrollo de unidades operativas en las cuales se ubican los elementos más complejos de la prestación de servicios, en el momento actual, en base a la doble necesidad de lograr un mayor impacto en grupos más amplios de la población, y de compatibilizar la disponibilidad de recursos con el derecho que tiene cada miembro de la comunidad, de recibir atención oportuna, continua y suficiente, es de mayor trascendencia el desarrollo y la organización apropiada de los niveles básicos, particularmente, del primer nivel de atención.

Dentro de este enfoque, el primer nivel de atención, que requiere ser diseñado con el propósito de satisfacer las necesidades de atención más frecuentes y por consiguiente de la mayoría de la población, recibe para cumplir su cometido el apoyo o soporte de los otros niveles que componen el sistema. Se invierte así la visión tradicional de la pirámide de servicios, buscando establecer en primer término un plano amplio de respuesta a los problemas de salud de toda la población. Secundariamente y mediante un proceso selectivo y de ordenación de la demanda, se establece la continuación del servicio para problemas individuales de naturaleza más compleja, procurando en esta forma la universalidad de las posibilidades de atención

en amplitud y en profundidad, y una mayor racionalización en la utilización de recursos.

Las dificultades principales que desde el punto de vista de conformación de niveles de atención existen en los servicios de la mayoría de los países están relacionadas con, primero, el uso indiscriminado e innecesario de soluciones de alto costo y, segundo, diferencias importantes, de una a otra institución, en el tipo de recursos utilizados para abordar los mismos problemas. Esto incide en la concentración de recursos en determinados grupos de la población, y en la creación en las comunidades de expectativas y patrones de "consumo" y actitudes, respecto a los servicios, innecesarios, y alejados de la realidad nacional. Otra limitación importante es la interpretación parcial de las áreas de necesidad de atención, y como consecuencia, la concentración en determinados tipos de servicios con detrimento de otros, y la ausencia casi completa de enfoques y acciones intersectoriales en el primer nivel de atención.

En función del propósito central de ampliación de cobertura, las acciones de reorganización correspondientes deberán orientarse entonces hacia la conceptualización o redefinición de las respectivas escalas de niveles, adoptando normas o estándares de servicios realistas, y hacia la incorporación efectiva de un espectro más amplio de servicios, y de enfoques y actividades intersectoriales en el primer nivel de atención.

En los esquemas de organización actualmente prevalentes, los agentes de servicios (personal) en el primer nivel de atención varían en función de la disponibilidad respectiva de recursos institucionales y también en razón de la mayor o menor concentración de la población, lo cual secundariamente significa casi siempre una mayor o menor concentración del personal de salud.

En las instituciones de seguridad social y en ciertas áreas de las grandes ciudades atendidas por servicios de los Ministerios de Salud u otras entidades, los agentes de servicios en el primer nivel son usualmente médicos generales, con diversas modalidades de su ejercicio profesional. Se dan la práctica individual o de grupo con participación o no de personal paramédico y auxiliar, esquemas de medicina familiar, dependiendo, especialmente, de influencias sociales y profesionales que han condicionado la instauración de los enfoques iniciales de organización, se encuentra aun la atención por especialistas, siendo las especialidades más comunes, obstetricia, pediatría, medicina de adultos, geriatría, etc.

En las ciudades, igualmente, buena parte de los servicios del primer nivel para ciertos grupos de población, se otorgan en las consultas externas y las salas de urgencias de los hospitales. Esto fundamentalmente por carencia de acceso a servicios en el seno de la comunidad, ya sea porque se carece efectivamente de ellos o porque existen limitaciones o barreras que impiden su utilización.

En las áreas rurales, finalmente, estos servicios sólo se logran mediante la utilización de personal auxiliar.

Cualquiera de estos esquemas resultaría en principio válido a condición de que por una parte responda a las necesidades reales y sea compatible con la disponibilidad de recursos, vistos en un contexto nacional, no de grupos o para segmentos de la población; y, por la otra, que los servicios otorgados sean realmente integrales, es decir no fragmentados por especialidades, grupos de edades, ocupaciones, etc. En la práctica, sin embargo, estas dos condiciones no se cumplen, y existe por tanto una necesidad

ineludible de diseñar nuevas formas para la prestación de los servicios, racionalizando la utilización del recurso médico, e incorporando nuevos agentes de servicio, ya sea mediante el incremento en el uso de personal auxiliar o utilizando a miembros de las propias comunidades apropiadamente orientados o adiestrados.

2. Accesibilidad, atención primaria y participación de la comunidad

El reconocimiento de los factores determinantes del estado de salud de las comunidades, señala que buena parte de los problemas que condicionan la ausencia o limitaciones de ésta escapan al control y posibilidades de acción de los enfoques tradicionales de los servicios de salud. La solución de esos problemas, se ha destacado previamente, requiere modificaciones significativas del medio ambiente y el estilo de vida de las poblaciones, los cuales dependen de la actividad conjunta de todos los sectores que contribuyen al desarrollo.

La racionalización de estas relaciones ha llevado a la necesidad de concebir y desarrollar una estrategia y un enfoque nuevos para el ejercicio de las actividades del sector salud, a ser aplicados fundamentalmente en el nivel primario de atención.

A esta nueva estrategia, adoptada por los gobiernos de los países de la Región, en la IV Reunión Especial de los Ministros de Salud,⁴⁹ y confirmada a nivel mundial en reciente conferencia intergubernamental celebrada en Alma Ata, Rusia,⁵⁰ se le denomina Atención Primaria de la Salud.

La puesta en práctica de este enfoque, orientado a desarrollar acciones múltiples para producir efectos significativos en la salud, y bienestar de los individuos, sus familias y comunidades, se basa fundamentalmente en:

- La reorganización de las acciones del sector salud, particularmente en el primer nivel de atención, para satisfacer los requerimientos prioritarios de atención de salud, y promover simultáneamente la satisfacción de necesidades básicas de la población y el desarrollo, mediante acciones intersectoriales coordinadas.
- La aceptación y adecuación de acciones que tradicionalmente ha realizado la comunidad para atender a sus necesidades de salud (sistema tradicional comunitario).
- La puesta en práctica de mecanismos de articulación que permitan la interrelación entre el sistema institucional de servicios y el tradicional comunitario para favorecer el acceso de la población a todos los niveles de atención del sistema institucional.

En otras palabras “atención primaria” es una estrategia en la extensión de la cobertura de los servicios de salud para atender las necesidades básicas de salud, no sólo de enfermedad, tanto del individuo como de la comunidad, que comprende acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de las comunidades y por consiguiente su nivel de salud.

La puesta en práctica del enfoque de Atención Primaria de la Salud exige la participación de las comunidades en las diferentes etapas del proceso de la prestación de los servicios. El lograr establecer interacciones con las comunidades y obtener su colaboración ha sido invocado desde largo tiempo atrás como uno de los mecanismos de mayor importancia en el desarrollo de los servicios de salud en especial en las áreas rurales. A través

de este mecanismo se ha obtenido la creación de muchos centros y puestos de salud, de acueductos rurales, obras de saneamiento, etc. Se reconoce hoy, sin embargo, que este tipo de participación es limitativo del verdadero potencial que ofrece la participación para la transformación y el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades, y por consiguiente de su estado de salud.

Dentro del enfoque de Atención Primaria de la Salud se entiende a la participación comunitaria como un "proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo".⁵¹

En este contexto, los objetivos de la participación comunitaria en la aplicación de la estrategia de Atención Primaria deben estar orientados a crear condiciones de información y aprendizaje que permitan a los individuos conocer mejor su realidad y desarrollar la motivación necesaria para resolver conjuntamente sus problemas comunes. Esto supone una tarea continua por parte del personal de salud para lograr la creación de un diálogo permanente con la población, mediante el cual la participación comunitaria debe asegurarse tanto en la identificación de necesidades como en el diseño de soluciones para satisfacerlas. Sólo así se logrará que el contenido y acciones del nivel primario de atención respondan a los requerimientos reales de atención de las comunidades y contribuyan efectivamente a la extensión de la cobertura de servicios de salud.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud y la participación comunitaria planteadas, constituyen elementos fundamentales en el mejoramiento de la accesibilidad de la población a los servicios de salud. Su aplicación exige, sin embargo, la adopción de políticas nacionales e institucionales bien definidas y la incorporación en los esquemas organizacionales de estas últimas, de la flexibilidad indispensable para que dichos enfoques puedan adaptarse a las diversas situaciones locales. Desde este punto de vista, se requiere profundizar en el conocimiento de las características y condiciones de vida de las comunidades urbanas y periurbanas, ya que es allí donde primordialmente estarán concentrados los mayores problemas de atención de salud en los próximos años.

Debe finalmente destacarse que la Atención Primaria no puede ser considerada como una solución de inferior calidad en la prestación de los servicios de salud, ni es un esquema de segundo orden para la ampliación de la cobertura de los mismos. La Atención Primaria de la Salud es básicamente un replanteamiento de las formas de actuar de estos servicios, para promover el bienestar y por consiguiente la salud de las comunidades. En consecuencia, es un movimiento que requiere ser incorporado en la acción de todas las instituciones, entre ellas las de seguridad social, que prestan servicios de salud.

H. *Control del incremento de costos en la prestación de servicios*

Durante las últimas décadas se ha hecho manifiesta universalmente una insistente preocupación por la elevación progresiva de los costos de los servicios de salud. Los países del mundo desarrollado saben hoy claramente que los gastos de salud aumentan más rápidamente que las rentas nacionales o el PNB. En cierta forma esta característica de universalidad ha hecho

interpretar este fenómeno como un factor de civilización, y de progreso de los servicios de salud. No obstante, aunque estudios comparativos llevados a cabo en varios países sugieren que el incremento de costos puede ser un problema inherente a todos los sistemas de salud avanzados, debido a imperativos comunes sociales, políticos, científicos y tecnológicos que acompañan al progreso biomédico, la observación de variaciones importantes en lo que los países están gastando en servicios de salud, indica que el incremento de costos de la atención de salud no puede ser tratado como un fenómeno simple y homogéneo.⁵²

En los países de América Latina, resulta en general difícil obtener información suficiente que permita en una esfera nacional apreciar las variaciones y los incrementos del costo de los servicios de salud. Estas dificultades son mayores en los países con múltiples instituciones, y en los servicios a cargo de los Ministerios de Salud. En las instituciones de seguridad social aunque existe mejor información, el carácter y la forma agregada en que ésta se presenta usualmente, no permiten tampoco análisis en detalle y menos aún estudios comparativos del fenómeno, cuya presencia e implicaciones de todas maneras se reconocen y se denuncian.

Los gastos totales de cualquiera de los esquemas de prestación de servicios existentes, ya sean dependientes de los Ministerios o de la Seguridad Social son la resultante fundamentalmente del costo unitario de los recursos consumidos en la producción de servicios (salarios, por ejemplo), del grado de utilización de servicios (consulta y egresos por 1 000 habitantes, por ejemplo) y de las combinaciones tecnológicas que se usan en la prestación de servicios. Las decisiones adoptadas, implícita o explícitamente con respecto a estos elementos, al incidir sobre los costos, guardan una íntima relación con la proporción de población que en última instancia el esquema correspondiente de servicios puede beneficiar.⁵³

Esta última circunstancia hace que las medidas necesarias para mantener el costo de los servicios dentro de márgenes razonables, sean de imperiosa necesidad en el conjunto de esfuerzos tendientes a lograr la extensión de la cobertura de servicios. Dos aspectos fundamentales estrechamente relacionados requieren ser destacados a este respecto: la racionalización en la selección y uso de tecnología, y el mejoramiento de la calidad de la atención.

1. Selección y uso de tecnología apropiada y mejoramiento de la calidad de la atención

El análisis y categorización de los factores determinantes de la salud, el reconocimiento de la importancia de las acciones intersectoriales y los planteamientos respecto al contenido de los niveles de atención a que se ha hecho referencia previamente, permiten identificar dos grandes conjuntos de acciones o formas de abordar el cumplimiento de la misión de los servicios de salud, ambos necesarios, y cada uno de los cuales utiliza componentes o elementos tecnológicos diferentes.*

De una parte están las acciones tradicionales asignadas a los servicios

* Se utiliza aquí el concepto de tecnología en su sentido más amplio, entendiendo por ésta las "diversas formas de actuar sobre la realidad y modificarla mediante la aplicación del conocimiento científico o empírico con un propósito y objetivos determinados".

de salud, relacionadas con la prevención y el tratamiento de enfermedades y con la rehabilitación. Este conjunto de acciones está ligado a la aplicación del conocimiento de la medicina y sus ciencias afines, y constituye el componente de soluciones de tecnología médica de los servicios de salud. De otra parte, están las acciones que los servicios deben llevar a cabo en relación con el control y mejoramiento del ambiente físico y social, y con el comportamiento individual y colectivo, para estimular y lograr condiciones de desarrollo y formas o estilos de vida que favorezcan el estado de salud y bienestar de la población. Estas acciones, en las cuales intervienen o se requiere el concurso de diversas y variadas disciplinas, constituyen el componente de soluciones de tecnología de salud propiamente dicha de los servicios. Su orientación fundamental es la de promoción de la salud, entendida ésta en un sentido mucho más amplio que el de la simple educación sanitaria convencional.

La promoción de la salud, y por consiguiente la tecnología de la salud, están relacionadas básicamente con la participación de los servicios de salud en el desarrollo del sector social, con la definición de relaciones y responsabilidades intersectoriales en relación con la salud, con la información y orientación de la población respecto a la salud; y con la modificación de actitudes y hábitos individuales y colectivos, nocivos para la salud, etc.

La diferenciación e individualización en los servicios de este componente de tecnología de salud, es fundamental para entender el cometido que éstos están llamados a cumplir en el verdadero mantenimiento de las condiciones de salud de la población y su desarrollo crucial para lograr la verdadera participación del sector salud en el bienestar y por ende en el desarrollo social y económico de los países.

Sin pretender abundar sobre este tema, cabe tan sólo insistir en que salvo las acciones tradicionales de control y mejoramiento del ambiente físico, muy poco avance se ha logrado en el desarrollo de la tecnología de salud propiamente dicha, aunque debe reconocerse que bajo diversas formas e interpretaciones se plantea cada vez con mayor insistencia la necesidad de lograr dichos desarrollos. Desde el punto de vista de la tecnología utilizada actualmente, las mayores incidencias, en el costo de la prestación de los servicios de salud, vienen del campo de la tecnología médica. Es, por consiguiente, en esta área en donde se requiere concentrar esfuerzos importantes de racionalización.

Las exigencias en cuanto a la selección y uso de tecnología apropiada, en esta área, aunque con una base común, influyen en el incremento de los costos de atención, tienen motivaciones y expresiones diferentes en el mundo desarrollado y en los países en vías de desarrollo. Mientras que en el primero el clamor general está ligado a la excesiva especialización y sofisticación, que han conducido a la fragmentación y despersonalización de los servicios, en los segundos el problema fundamental es la utilización innecesaria de recursos tecnológicos en determinados tipos de servicios y la concentración de tales recursos en la atención de grupos minoritarios de la población con desmedro y en detrimento de la mayoría.

En general, se entienden por tecnologías apropiadas aquellas que combinan cualidades de eficiencia, eficacia y viabilidad en la situación particular en que se aplican. Sobre esta base la selección de una tecnología médica apropiada, debe partir del hecho reconocido de que la mayoría de los problemas de salud pueden ser afrontados técnica y efectivamente en diversas formas, las cuales varían en términos de costos. Se requiere por tanto la

identificación de aquellos métodos, técnicas, instalaciones, equipos, materiales, drogas, personal, etc., que siendo efectivos son a la vez compatibles con la disponibilidad de recursos y con un costo razonable de los servicios.

Entre las diversas formas de incidir sobre estos problemas, tiene especial importancia la aplicación efectiva del concepto de niveles de atención en la programación de servicios. Estos, como se señaló oportunamente, son conjuntos de soluciones tecnológicas diseñadas en base a la consideración de necesidades reales de atención.

El establecimiento de las medidas apropiadas para racionalizar la selección y uso de una tecnología médica apropiada e incidir a través de este enfoque en el mantenimiento de los costos de servicios dentro de límites razonables, es, sin embargo, un problema complejo que requiere abordar diferentes enfoques de solución. En forma simplista, se piensa frecuentemente que se puede incidir en los costos de servicio mediante medidas exclusivas o primordialmente administrativas. A este respecto, cabe señalar, que de acuerdo con algunos estimativos recientes, se considera que aproximadamente del 75 al 80% de los gastos de salud son determinados por decisiones del personal técnico y particularmente el personal médico. Esta área de decisiones es, entonces, fundamental, y hacia ella deberían dirigirse prioritariamente los esfuerzos. Si el objetivo aceptado es lograr la extensión de la cobertura de servicios para toda la población, es indispensable poner en práctica los mecanismos necesarios para informar oportuna y adecuadamente a los interesados las implicaciones en términos de costo, de las decisiones profesionales en la prestación de los servicios, y lograr a través de estos mecanismos básicamente educativos y de orientación, una mayor racionalidad en el uso de elementos tecnológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos.

Este abordaje de las soluciones, aunque importante, no puede circunscribirse sólo a las acciones relacionadas con los profesionales de salud. Estos, como el público en general, están sujetos a fuertes presiones, resultantes de campañas publicitarias auspiciadas por productores de equipos médicos, drogas, etc., que contribuyen a crear en las comunidades expectativas parcial o erróneamente informadas, las cuales a su vez se convierten en elementos de presión que condicionan inversiones de alto costo a menudo innecesarias, y formas de desempeño en los servicios, ineficientes y de baja calidad. A este respecto, se requieren entonces medidas adicionales, tanto para informar apropiadamente al público como para reglamentar la publicidad, particularmente en relación con aquellos desarrollos tecnológicos, cuya utilidad no ha sido suficientemente probada.

Por su estrecha relación con la selección y uso de tecnología apropiada en los servicios de salud y su incidencia sobre los costos y por tanto en la extensión de la cobertura, cabe aquí, finalmente, hacer una breve referencia a la necesidad del mejoramiento de la calidad de los servicios. En este sentido, dos aspectos fundamentales ameritan especial atención:

- a) confusión frecuente entre calidad y complejidad. Se tiende a considerar que la calidad de un servicio es dependiente de su complejidad, que implica una combinación tecnológica de más alto costo, lo cual no es cierto. Esta confusión ha conducido al desarrollo de instalaciones, adquisición de equipos, uso de personal profesional especializado, etc., con estándares más altos de lo requerido. Tales elementos, sin embargo, tienen relación sólo con una variable de la calidad, referente a la estructura de los servicios, cuando son quizá

más importantes en el resultado final de adecuación del contenido de éstos y el grado de satisfacción de individuos y comunidades.

- b) Incorporación acrítica de técnicas y procedimientos, es decir, la sobrestimación que se hace frecuentemente de la efectividad de muchos procedimientos y técnicas, que pasan a ser de "rutina", sin que la mayoría de ellas hubieran sido adecuadamente evaluadas.

Resumiendo esta parte, cabe entonces señalar que entre las medidas de control de costos, indispensables en el proceso de ajuste y racionalización de los servicios para lograr la ampliación de cobertura a toda la población, reviste particular importancia la selección y uso de tecnología apropiada. Esta debe ser vista en una doble dimensión: en su incidencia sobre los costos y en la calidad de la atención (tecnología médica básicamente) y por su importancia en la verdadera promoción de la salud (tecnología de salud propiamente dicha).

V. Consideraciones finales

En las páginas anteriores se han revisado, en primer lugar, aspectos conceptuales en relación con factores determinantes de la salud, las relaciones de ésta con el desarrollo social y económico y el cometido de los servicios de salud.

En una segunda parte, se ha hecho referencia a la situación de población y algunas de sus proyecciones para las últimas dos décadas y a la influencia que éstas tendrán en la conformación de las demandas de servicios de salud. Se han examinado igualmente, en forma esquemática, elementos de desarrollo histórico general de los servicios en los países de América Latina y a la luz de esos elementos se han tratado de interpretar posibles tendencias de evolución particularmente en relación con aspectos de organización general y de financiamiento.

En la tercera sección dedicada a discutir en grandes rubros algunos de los principales enfoques de soluciones observados en la región, se han examinado en primer término implicaciones de los programas de ampliación de servicios en materia de inversiones de capital, y se ha hecho referencia luego a necesidades de reorganización en el financiamiento. A este respecto, se han examinado algunas de las posibles alternativas u opciones, basadas en las tendencias de evolución observadas. Estas opciones están relacionadas con: financiación gubernamental directa o servicio público; extensión de los esquemas financieros de la seguridad social; y establecimiento de seguros nacionales de salud. Se ha discutido igualmente en esta sección, la importancia de desarrollar y fortalecer las relaciones intersectoriales de los servicios de salud, planteando la necesidad de avanzar hacia una participación más activa en el planeamiento y administración sociales, como una forma de promover la salud de los individuos y las comunidades.

Finalmente, se ha hecho referencia a la importancia de medidas de reorganización interna de los servicios; y en este sentido, se han planteado como campos prioritarios de acción, el mejoramiento de la accesibilidad a los servicios y el control de costos de operación, discutiendo, en relación con el primero, la importancia de los enfoques de niveles de atención, la atención primaria y la participación comunitaria; y respecto al segundo,

la selección y uso de tecnología apropiada y el mejoramiento de la calidad de los servicios.

El marco general de referencia para el planteamiento y discusión de estos aspectos está dado por las políticas de universalización de la cobertura de servicios formuladas por los países, y por la meta fijada en el año 2000 para alcanzar dicho objetivo.

Al tratar los diferentes tópicos, se ha procurado mantener la discusión y el análisis correspondiente en el terreno de los principios y conceptos generales, sin entrar en la consideración de detalles de su aplicación específica, los cuales tendrán variaciones según sea el contexto político, social y económico en el cual se desarrollen. En este sentido, obviamente, no existen fórmulas únicas, o siquiera generalizables en todos sus aspectos.

Cada país habrá de decidir sobre las formas de aplicación de estos principios, consistentes con su realidad, y sobre las opciones políticas y administrativas que más le convengan.

Cabe, sin embargo, destacar que los cambios conceptuales en relación con la salud ocurridos durante las últimas décadas, hacen que ésta no pueda continuar siendo vista como producto de la influencia de una sola variable: los servicios de salud, sino como la resultante de la acción conjunta de los sistemas económicos y sociales de los países. La aceptación de esta nueva forma de ver los problemas de salud tiene profundas implicaciones, que afectarán sin duda las concepciones y patrones convencionales de trabajo, y habrán de llevar a un análisis crítico de las actividades del sector salud "no en función de su perfección técnica, sino en razón de su utilidad social".

En este contexto, finalmente, corresponde a las instituciones que conforman el sector salud, en los países, una participación importante en la reorganización de sus enfoques y programas de trabajo. Esta reorganización, en el ámbito de los países de América Latina, involucra tanto a las entidades dependientes de los Ministerios de Salud, como a los esquemas de atención de salud de las instituciones de seguridad social. Por esta razón, al discutir los diferentes puntos planteados no se hacen diferenciaciones, aunque en ocasiones se llama la atención respecto a aspectos muy específicos de uno y otro tipo de entidades. Las metas adoptadas son un propósito nacional que compromete la acción concertada de todas sus instituciones. Están, por otra parte, los principios. El desafío reside en el hallazgo de modalidades viables para su aplicación.

BIBLIOGRAFIA ANOTADA

1. MAHLER, HALFDAN. Plan de salud para todos. *Crónica de la OMS*, 31:548-556 (1977).
2. Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial 118. Washington, D.C., 1973.
3. Organización Panamericana de la Salud. *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Informe Final. Documento Oficial 155. Washington, D.C., 1978.
4. McKEOWN, THOMAS. *The role of medicine*. London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

5. *Op. cit.*, N° 4.
6. LALONDE, MARC. *A New perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Information Canadá, 1975.
7. SOMERS, ANNE R., and HERMAN M. SOMERS. A proposed framework for health and health care policies. *Inquiry*, 14:115-170 (1977).
8. *Op. cit.*, N° 4.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad*. Documento de referencia presentado a la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington, D.C., 1978. Documento REMSA 4/4, Rev. 1).
10. *Employment, growth and basic needs: a one-world problem*. Report of the Director-General of the International Labour Office to the Tripartite World Conference on Employment, Income Distribution and Social Progress and the International Division of Labour. Geneva, International Labour Office, 1976.
11. MAHLER, HALFDAN. La salud para todos en el año 2000. *Crónica de la OMS*, 29:497-502 (1975).
12. Centro Latinoamericano de Demografía. *Boletín demográfico*, 9, N° 18 (1976).
13. Organización Panamericana de la Salud. *Aspectos sobresalientes de la salud pública en los países de la América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., 1977. Documento mimeografiado.
14. Inter-American Development Bank. *Economic and social progress in Latin America. 1977 Report*. Washington, D.C., 1978.
15. *Op. cit.*, N° 13.
16. *Op. cit.*, N° 12.
17. *Op. cit.*, N° 14.
18. *Op. cit.*, N° 12.
19. *Op. cit.*, N° 14.
20. *Op. cit.*, N° 14.
21. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas 1973-1976*. Publicación Científica 344. Washington, D.C., 1978.
22. *Op. cit.*, N° 21.
23. *Op. cit.*, N° 2.
24. *Op. cit.*, N° 2.
25. *Op. cit.*, N° 21.
26. *Op. cit.*, N° 13.
27. Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública*. Documento presentado en las Discusiones Técnicas celebradas durante la XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., 1977 (Documento CD25/DT/1, mimeografiado).
28. Organización Panamericana de la Salud. *Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad*. Resumen de la situación en la Región de las Américas. Documento Oficial 156. Washington, D.C., 1978.
29. Cuarto Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. *Seguridad Social*, 89, Tomo I (1974).

30. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Informe del Director de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas/Oficina Sanitaria Panamericana*. Alma Ata, URSS, WHO/UNICEF, 1978 (Documento ICPHC/ALA/78.5).
31. Organización Panamericana de la Salud. Información proporcionada por los países para el documento presentado en las Discusiones Técnicas celebradas durante la XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Washington, D.C., 1977.
32. *Op. cit.*, N° 31.
33. Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública*, Anexo 1. Documento presentado en las Discusiones Técnicas celebradas durante la XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Washington, D.C., 1977 (Documento DC25/DT/1, Anexo 1, mimeografiado).
34. *Op. cit.*, N° 44.
35. *Op. cit.*, N° 30.
36. Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública*, Anexo 2. Documento presentado en las Discusiones Técnicas celebradas durante la XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Washington, D.C., 1977 (Documento CD25/DT/1, Anexo 2, mimeografiado).
37. *Op. cit.*, N° 36.
38. *Op. cit.*, N° 14.
39. ARROBA, GONZALO. El problema de la salud y la seguridad social. *Estudios de la Seguridad Social*, 13:11-26, 1975.
40. AHLUWALLA, MONTEK S. Inequality, poverty and development. *J. of Development Economics*, 3 (1976).
41. *Op. cit.*, N° 36.
42. *Op. cit.*, N° 39.
43. *Op. cit.*, N° 36.
44. ABEL-SMITH, BRIAN. *Value for money*. London, Heineman, 1976.
45. *Op. cit.*, N° 39.
46. *Op. cit.*, N° 44.
47. ADAY, LU ANN, and RONALD ANDERSEN. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, Fall 1974: 203-220.
48. CASTELLANOS, JORGE y JORGE DE LOS RÍOS. Planeación de las unidades requeridas para los niveles de atención médica. *Seguridad Social*, 103-104:129-166
49. *Op. cit.*, N° 3.
50. *Op. cit.*, N° 30.
51. *Extensión de la cobertura con servicios de salud, atención primaria y participación de la comunidad*. Primer Grupo de Estudio. Cocoyoc, México, Organización Panamericana de la Salud, 1977.
52. World Health Organization. *Comments on causes and possible cost containment measures*. Contribution to the Meeting of Experts on the Rising Cost of Medical Care under Social Security (Geneva, 17-20 May 1977). Geneva, International Labour Office, 1977 (Document RCMC/1977/D5).
53. *Op. cit.*, N° 36.
54. *Op. cit.*, N° 7.

OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BACKETT, E.M. La cuestión de la política de salud: los cambios más importantes en nuestra actitud frente a los problemas de salud (En: *Educación para la salud*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1978. Publicación Científica 360, pp. 15-25).
2. BRAVO, ALFREDO LEONARDO. Esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar urbano, suburbano y rural. *Seguridad Social*, 89(1): 119-146 (1974).
3. DEJARDIN, JÉRÔME. La organización de los servicios médicos en la seguridad social. *Seguridad Social*, Año XVII, Epoca III, 56 (1969).
4. Limitación del creciente costo de la asistencia médica en la seguridad social. *Crónica de la OMS*, 31:454-459 (1977).
5. McKEOWN, THOMAS. *Medicine in modern society*. London, George Allen & Unwin, 1965.
6. MALLET, A. *Seguridad social para los trabajadores agrícolas de América Latina; nuevas ideas y experiencias*. Organización Internacional del Trabajo, 1978.
7. MICHEL, CLEMENT. Análisis de la evolución de los costos de salud. *Estudios de la Seguridad Social*, 1:75-84 (1972).
8. MICHEL, CLEMENT. Las causas generales del incremento de los gastos del seguro de enfermedad en materia de prestaciones médicas. *Seguridad Social*, 85-86: 5-20 (1974).
9. NOVELO, GASTÓN y otros. Esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar urbano, suburbano y rural. *Seguridad Social*, 89(1): 147-214 (1974).