


## **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.



**Atención Primaria  
de la Salud y  
Seguridad  
Social en América**

**Dr. Guillermo Fajardo Ortiz**

**Dr. Antonio Ruezga Barba**



*Serie Estudios 7*

**CONFERENCIA  
INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL  
CISS**

SECRETARIA GENERAL



**CONFERENCIA  
INTERAMERICANA DE  
SEGURIDAD SOCIAL**

**Lic. Genaro Borrego Estrada**  
Presidente

**Lic. Roberto Ríos Ferrer**  
Secretario General

**Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia**  
Director del CIESS

**Coordinación Técnica de la  
Secretaría General**

Lic. María del Carmen Alvarez  
Lic. Pedro Cervantes Campos  
Act. Ana Luz Delgado Izazola  
Lic. Antonio Espitia Ledesma  
Ing. Francisco Martínez Narváez  
Lic. Mario A. Rodríguez Malpica E.  
Dr. Antonio Ruezga Barba

**Comisión Editorial**  
Lic. Sergio Candelas Villalba  
Coordinador  
Lic. Gabriel del Rio Remus

Este libro fue publicado por la  
Secretaría General de la Conferencia  
Interamericana de Seguridad Social.

Su contenido es responsabilidad  
exclusiva de los autores y no refleja  
necesariamente la posición de la  
CISS.

Está permitida la reproducción total o  
parcial de su contenido sólo con  
mencionar la fuente.

© Derechos reservados conforme a la ley  
ISBN 968-7346-13-2

***ATENCION PRIMARIA DE  
LA SALUD Y SEGURIDAD  
SOCIAL EN AMERICA***

## **DR. GUILLERMO FAJARDO ORTIZ**

Mexicano. Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México. Master in Hospital Administration por la Universidad de Minnesota y Maestro en Ciencias Administrativas por el Instituto Politécnico Nacional.

Ha prestado sus servicios como directivo, asesor y profesor en el área médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Sanidad Naval; además ha colaborado en los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Salubridad y Asistencia y Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. En el terreno internacional ha participado en actividades de la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud en Bolivia, Chile, Argentina, Venezuela, Costa Rica, Cuba y Suiza.

En el terreno docente es profesor C, tiempo completo de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, además ha sido profesor de la Escuela Médico Militar, Escuela Médico Naval, Escuela de Medicina La Salle y Escuela Superior de Medicina.

Autor de seis libros y artículos en libros y revistas de México, España, Gran Bretaña, Alemania, Bélgica, Italia, Estados Unidos, Venezuela, Argentina, Japón y Costa Rica.

Es miembro titular de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía. Fue presidente de la Federación Internacional de Hospitales (Londres) y de la Federación Latinoamericana de Hospitales (Buenos Aires).

Ha recibido reconocimientos nacionales e internacionales.

## **DR. ANTONIO RUEZGA BARBA**

Mexicano. Licenciado y doctor en Derecho, especializado en Finanzas Públicas y con maestría en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Con una antigüedad de más de 27 años en el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha ocupado diferentes cargos en las áreas de personal y organización y métodos.

En 1985, en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, es nombrado Jefe de la División de Administración del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y en 1988, Coordinador General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. La Conferencia le publicó en 1993 el libro "Enfoque Sistémico de la Administración de la Seguridad Social Latinoamericana".

Miembro del Programa de Investigación de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán de la Universidad Nacional Autónoma de México, desde 1976. En 1992, la Universidad Nacional Autónoma de México, editó su libro: "Solidaridad Social y Democracia Transparente". También es autor de "El Gobierno y las Funciones Estatales", y de varios artículos sobre ciencia política y seguridad social, publicados en revistas especializadas.

**ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD  
Y  
SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA**

DR.GUILLERMO FAJARDO ORTIZ

DR.ANTONIO RUEZGA BARBA

- Autoría, investigación y recopilación

*Serie Estudios 7*

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Secretaría General

### **Nota Aclaratoria**

En esta obra se conjugan esfuerzos de varios autores de América Latina, cuyos estudios se vinculan con los escritos de Antonio Ruezga Barba, licenciado y doctor en derecho y sociólogo y Guillermo Fajardo Ortiz, médico cirujano, dedicado a la administración de servicios de salud, lo que es explicable, ya que la Atención Primaria de la Salud y la Seguridad Social son campos con múltiples facetas.

Ruezga y Fajardo han escrito parte de esta obra, pero también han compilado los documentos presentados en la Tercera Consulta Técnica Regional referentes a Atención Primaria de la Salud y Seguridad Social, que expresan experiencias y enfoques de diversa índole en cuanto a promoción y protección de la salud en los países de América, en especial mediante los organismos de seguridad social.

### **APOYO TECNICO**

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social agradece a la Sras. Clementina Rendón de Ezeta y Lucía Médrano Pérez el apoyo técnico dado a esta publicación.

## I N D I C E

	Pág.
PRESENTACION	i
INTRODUCCION	1
I. SALUD PARA TODOS. TODOS PARA LA SALUD Guillermo Fajardo Ortiz y Antonio Ruezga Barba	5
- La Atención Primaria de Salud. Bases	7
- La Atención Primaria de Salud y las Necesidades Básicas	9
- La Atención Primaria de Salud y la Prestación de Servicios de Salud	10
- La Atención Primaria de Salud y la Participación de la Comunidad	13
- Los Sistemas Locales de Salud y la Atención Primaria de Salud	17
- Problemas para la Aceptación de la Atención Primaria de Salud	20
- Evaluación de la Atención Primaria de Salud	22
- Consideraciones Finales	24
II. ATENCION PRIMARIA Y ESTRATEGIAS DE SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA	27
- Políticas y Metas Regionales de Salud: Conceptos Básicos y Componentes de la Atención Primaria de Salud. Jorge Castellanos Robayo	30
- La Conferencia Interamericana de Seguridad Social y sus Acciones en la Evaluación y Tendencias de las Prestaciones de Salud. Gastón Novelo	36



- Informe Final de la Primera Consulta Técnica Regional sobre Estrategias para el Desarrollo de los Programas de Salud de la Seguridad Social	40
- Coordinación entre las Entidades del Sector Público que prestan servicios de Atención de Salud. Jorge Castellanos Robayo	54
- Actividades Interamericanas en Programas de Salud de la Seguridad Social	61
- Informe Final de la Segunda Consulta Técnica Regional sobre Estrategias para el Desarrollo de los Programas de Salud de la Seguridad Social	66
III. TERCERA CONSULTA TECNICA REGIONAL SOBRE ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL	97
- Presentación	99
- Experiencias Nacionales	102
- Participación de los Organismos Internacionales	170
- Temas de Discusión	188
- Informe Final	212
IV. LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD Y SU DESCONCENTRACION MEDIANTE ESTRATEGIAS Jesús González Posada	221

# **PRESENTACION**



Por instrucciones del Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, licenciado Genaro Borrego Estrada, la Secretaría General, consecuente con los estatutos que rigen al organismo y con el Sistema de Información de la Seguridad Social Americana, continúa su programa editorial, cuyo propósito responde a las demandas de las instituciones de seguridad social, que integran la Conferencia, por conocer los avances que se registran en las diferentes áreas que comprende su trabajo cotidiano y dejar así constancia de los mismos en documentos útiles.

El estudio que hoy publica la Secretaría General de la CISS, contiene un enfoque muy interesante sobre la atención primaria a la salud, una de las áreas de mayor importancia y actualidad de la seguridad social en todo el mundo, elaborado por los doctores Guillermo Fajardo Ortiz y Antonio Ruezga Barba, quienes vinculan sus amplios conocimientos de medicina y sociología para lograr una renovada visión de los programas desarrollados en América Latina en favor de la salud.

Los autores recurren a fuentes autorizadas y citan textos de destacados especialistas en la materia, cuyas ideas contribuyen a instrumentar el marco conceptual y a definir los objetivos fundamentales del tema expuesto en la presente publicación.

Los principios que rigen la atención primaria de la salud, las estrategias instrumentadas para su consecución y las experiencias obtenidas en las instituciones latinoamericanas de seguridad social, aunados a la cooperación prestada por diferentes organismos internacionales para el mejoramiento de la calidad de vida, conforman el material básico de este trabajo.

LIC. ROBERTO RIOS FERRER  
Secretario General de la Conferencia  
Interamericana de Seguridad Social



## **INTRODUCCION**



La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social publicó, en 1986, el libro "Atención Primaria y Estrategias de Salud en la Seguridad Social en América Latina". En su Introducción se decía que desde varios años antes la Oficina Internacional del Trabajo había manifestado su interés por la difusión y promoción de las estrategias de atención primaria de salud. En el campo de la seguridad social, que es la directa competencia de la OIT, se afirmaba: la aplicación de tales estrategias en los países en vías de desarrollo debe permitir extender la protección de la salud mediante los servicios de esta disciplina, en particular en los sectores rurales, a un costo compatible con las muchas veces estrecha situación financiera de las instituciones.

La OIT ha efectuado diversas investigaciones y ensayos para estudiar las posibilidades de aplicación de las estrategias de atención primaria. En la región americana ha convocado, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, reuniones con el fin de examinar la factibilidad de la aplicación de la atención primaria de salud por parte de las instituciones de seguridad social, así como para intercambiar informaciones y conocer y difundir experiencias en esta materia en diferentes países de América.

Una primera Consulta Técnica Regional se efectuó en México en 1982, una segunda, en Medellín, Colombia, en 1985. En ambas participaron destacados expertos nacionales en materia de salud así como representantes de varias organizaciones internacionales.

La tercera se celebró en la ciudad de México del 11 al 15 de diciembre de 1989 en las instalaciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Los temas de discusión fueron seleccionados por los participantes quienes presentaron sugerencias para tal efecto, las cuales fueron consideradas por un grupo de trabajo formado por representantes de Bolivia, Honduras y Guatemala, encargado de ordenar y agrupar tales sugerencias, lo cual se efectuó alrededor de cuatro áreas o temas:

- Nuevas formas de organización y de atención en las prestaciones de salud de la seguridad social
- Financiamiento de las prestaciones de salud de la seguridad social



- Desarrollo sectorial de la salud, y
- Estrategias para el desarrollo de recursos humanos

Las Consultas han sido parte de un proceso que se enmarca en una línea consistente de trabajo de las instituciones de seguridad social americanas y los organismos internacionales que colaboran con estos esfuerzos nacionales. Han sido reuniones para compartir conocimientos, enseñanzas y experiencias exitosas y algunas no tan exitosas, de las cuales también se derivan conocimientos y enseñanzas.

**CAPITULO I**

**SALUD PARA TODOS.  
TODOS PARA LA SALUD**

**Guillermo Fajardo Ortiz y Antonio Ruezga Barba**



## ***LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD. BASES***

La atención primaria de salud (APS) es fundamentalmente asistencia sanitaria basada en métodos y técnicas prácticos, científicamente adecuados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar y mantener en las distintas fases de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función básica y el foco de atención, como del desarrollo social y económico general de la comunidad. Es el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la asistencia lo más cerca posible de los lugares donde la población vive y trabaja, y constituye el principal elemento de un proceso continuo de atención.

En esa perspectiva, las estrategias nacionales de APS, cumplen los criterios de universalidad, equidad y continuidad en la satisfacción de las necesidades. El logro de la meta del año 2000 exige mejorar el bienestar y reducir las desigualdades sociales, ya que es preciso dar a todos los sectores de la población igualdad de acceso a los servicios de salud, concediendo prioridad a los grupos urbanos y rurales más expuestos.

La estrategia de APS tiene un aspecto intersectorial, ya que la satisfacción de las necesidades y el logro de un mejor grado de salud para la comunidad se basan en factores interdependientes que, en general, escapan al control del sector salud. Estos factores (ingreso económico, vivienda, educación cultura, etc.) se suelen definir como elementos condicionantes del estado de salud del individuo y de la sociedad en general. La mayoría de ellos son de la incumbencia de otros sectores del desarrollo, con los cuales el sector de salud ha de estar vinculado y coordinado para su propio progreso, como medio y como fin, que es conseguir el bienestar general de la población. El sector de salud debe desarrollar su capacidad de identificación de los requisitos y condiciones de la acción en otros sectores. De ese modo pueden establecerse vínculos intersectoriales con vistas a la acción continua.

La estrategia de APS no puede ajustarse a un "modelo universal", sino que depende de las características del desarrollo de cada comunidad nacional o local, así como de las condiciones socioculturales, económicas e históricas de las comunidades.

La meta de salud para todos en el año 2000 es un objetivo social y está directamente relacionada con el concepto de APS. Implica no sólo la prestación de servicios, sino también el establecimiento de principios y políticas con vistas al logro de un grado de salud aceptable y sufragable por las comunidades atendidas. Se relaciona, por un parte, con el acceso a servicios de salud y su utilización y, por otra, con la acción preventiva y las medidas de promoción y corrección en tiempo oportuno, y con la educación y participación consciente de una comunidad informada.

***LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y LAS NECESIDADES BASICAS***

Las necesidades básicas de los seres humanos se refieren, pero no en forma total a: alimentación, educación, trabajo, vivienda y salud; dichas necesidades se cohesionan en un concepto dinámico que se identifica en cierto grado con el desarrollo económico y las aspiraciones crecientes de los hombres.

La satisfacción de las necesidades básicas tienen una vinculación directa y clara con los objetivos del sector de salud; por otro lado significa que el desarrollo social se considera, por los menos, igual que el desarrollo económico. Presupone una amalgama en la planificación para que, desde el ángulo de la salud, se haga énfasis en las relaciones básicas entre la economía y lo social. Implica una mayor eficacia de la actividad del sector de salud, si tal actividad, ha de tener trascendencia en los otros sectores. En cada caso las prioridades apropiadas para satisfacer las necesidades básicas y el camino crítico para llegar a ellas varía de acuerdo a los recursos disponibles, los deseos de la comunidad, la voluntad política y la capacidad institucional y organizacional.

La APS permite satisfacer las necesidades básicas, como principal objetivo del desarrollo, facilitando combatir las condicionantes del subdesarrollo, por otra parte la APS manifiesta claramente el otorgamiento directo de bienes y servicios a la población en vía de desarrollo; así la aceptación de cambios estructurales para que puedan redistribuirse los beneficios del desarrollo se considera también como condición básica en la estrategia de APS.

### ***LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD***

La Atención Primaria de Salud significa un compromiso; la prestación global de los servicios de salud a toda la población en condiciones de igualdad de acceso y de acuerdo a sus necesidades. La APS es respuesta motora, declarativa y resolutoria de los servicios de salud. Los sistemas de prestación que cuentan con medios de referencia y contrareferencia de usuarios y con niveles de atención en que hay una concentración adecuada de los recursos, se desarrollan mejor facilitando la ampliación (cobertura) y permitiendo la satisfacción y solución de todas las necesidades de la comunidad.

Para alcanzar sus objetivos, el sector salud debe reestructurar y mejorar el otorgamiento de servicios. Sin embargo, más importante que una racionalización de la estructura orgánica, para lograr los servicios, es comprometerse con la redefinición de la misión de tal manera que se identifiquen las metas. Esta actividad no sólo se refiere a racionalización administrativa, implica voluntad para negociar y decidir políticamente.

Dificultades en cuanto consenso en los objetivos institucionales de los ministerios y secretarías de salud, organismos de seguridad social, servicios ambientales, servicios educativos y universitarios y otros servicios de tipo público y privado impiden los esfuerzos intrasectoriales. La solución sólo puede basarse en la buena voluntad. Es básico determinar objetivos fundamentales y coherentes, valorando los objetivos parciales para lograr propósitos comunes.

Hay que reconocer las motivaciones que enfocan recursos de salud a problemas de salud de menor importancia y al empleo de tecnología elevada de costo de poco impacto. Su aplicación implica un costo de liderazgo considerable en estas situaciones, ¿qué tipo de reorganización se desea y puede efectuarse?. Depende de las capacidades de los dirigentes y del interés político.

Un estudio especial debe hacerse en cuanto al origen y fuentes de financiamiento y los recursos referentes a quiénes pagan, qué y cuánto, ya que determinan el desarrollo o no del sistema de captación de medios y recursos. En el otro lado, la decisión de quién recibe, qué y cuánto, complementa el aspecto redistribuidor del sistema productor de servicios de salud tanto de consumo individual como colectivo; sin

embargo, la transferencia de recursos por medio de flujos regresivos en la organización puede modificar positivamente la atención.

Tales posibilidades y situaciones no están alejadas de la realidad como podría parecer a quienes están ajenos a la complejidad ideológica, administrativa y política del sector salud. Los problemas son el resultado de una evolución social hacia retos estratégicos diferentes a los habituales.

La reorganización no significativa sólo y simplemente diseñar estructuras orgánicas, es redistribuir en forma significativa el poder hacia quienes se espera sean los beneficiarios de las estrategias, de tal manera que posean mayor influencia en decisiones en cuanto a objetivos, políticas y estrategias.

Es importante enfatizar la necesidad de que los administradores revisen y valoren el papel y la importancia que tiene el poder como medio de negociación, cuando existen conflictos, preparándose adecuadamente para reconocerlos y enfrentarlos.

Otro renglón determinante para aplicar la estrategia de APS es la creación de relaciones intersectoriales, para ello hay que fortalecer los vínculos sectoriales entre las políticas y los planes de salud y socioeconómicos (haciendo énfasis en la participación del sector salud en los planes de desarrollo), y el establecimiento de diversos mecanismos que favorezcan dicha coordinación y relación. Debe destacarse que dicho fortalecimiento de relaciones intersectoriales está íntimamente ligado al análisis y comprensión de los vínculos recíprocos entre sectores y sus interacciones, además de destacar la aplicación de mecanismos para la participación de la comunidad y de sus recursos en los planes de salud y desarrollo. Para ello es necesario la implantación de métodos y normas, la preparación de planificadores sociales y personal de desarrollo de la comunidad y el establecimiento de un sistema de información para intercambio y evaluación de experiencias, conocimientos y resultados.

La estrategia de la APS necesita del estudio, análisis, valoración y control del financiamiento del sector institucional; con lo que se pretende que el sector alcance los objetivos predeterminados y la asignación de fondos presente la relación debida con los objetivos prioritarios; acciones que significan establecer sistemas de información en cuanto al origen, fuentes, significado, destino y utilización del financiamiento.

Por otra parte, se debe reconocer la cantidad y composición del gasto, costos,



producción y productividad de las prestaciones, así como la utilización y distribución de los servicios por grupos socioeconómicos que resulten beneficiados.

Analizados y valorados los puntos claves de los sistemas existentes se deben desarrollar nuevos enfoques y estrategias de financiamiento, que permitan su reorientación y control adecuado.

En la busca de caminos para el financiamiento de los servicios hay que identificar la participación de la seguridad social, la aplicación de nuevas tasas o subsidios específicos y la adopción de esquemas impositivos con principios más igualitarios y extensos.

A medida que se mejora la situación económica, se reorganizan las fuentes de ingresos, se hacen más eficaces los sistemas de recaudación de impuestos y es más fácil contar y conseguir recursos para atender las necesidades básicas; pero en cualquier caso se hace necesario disponer de nuevas fuentes de financiamiento para el sector salud. Se ha dicho que un mecanismo ampliado de contribución a la seguridad social es fuente importante de fondos "extra" para los servicios de salud.

## **LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD**

Para que la atención primaria de la salud pueda realizarse es fundamental que cuente con la participación de la comunidad, siendo necesario concientizar a la misma. Las costumbres, las tradiciones, los patrones culturales y la experiencia de cada comunidad son factores esenciales para asegurar esa participación. Dicha participación, que implica organización de la misma, no sólo sirve para que la comunidad colabore, sino también para que valore la importancia de los servicios que se le otorgan y para que se genere y mantenga el estímulo necesario para que se produzca en la colectividad un sentimiento de confianza en la capacidad de sus miembros para contribuir a mejorar las condiciones de su situación, favoreciendo su desarrollo. Lo anterior significa que ciertos elementos de la comunidad pueden ser de gran utilidad si se capacitan y se desarrollan como auxiliares, pues de esta manera, muchas veces están en condiciones de dar mejores servicios que el personal profesional. Dichos recursos humanos pueden ser reclutados en mayor número de lo que pueden ser los trabajadores de la salud profesionales, por ejemplo las parteras empíricas. El personal auxiliar tiene a su cargo actividades sencillas, puede: orientar e informar acerca de algunas medidas higiénicas, prestar primeros auxilios y ocuparse de simples, pero efectivas, medidas de medicina preventiva. Es muy importante destacar que son elementos que la comunidad acepta con mayor facilidad, eliminando o disminuyendo el problema de rechazo a los programas de salud con participación estrictamente profesional.

La total participación de la comunidad es componente indispensable de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud; dicha participación no puede ser de carácter temporal, ya que se trata de un proceso continuo de educación a través del cual el conocimiento, el trabajo, las aportaciones culturales y los recursos de las poblaciones son orientados debidamente hacia el logro del bienestar. La participación presenta modalidades que están acordes con las situaciones particulares y que puede variar desde la autoatención, hasta participaciones políticas locales o nacionales.

Una norma ha sido la necesidad de apoyar y promover la participación de la comunidad como componente básico de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. En la práctica dicha norma, por lo general, se ha caracterizado por la intervención de los miembros de la comunidad en aspectos básicos de la ejecución de algunas acciones, en especial colaboradores y voluntarios de salud o a través de recursos diversos para construir obras públicas de infraestructuras.

En algunos casos se han creado mecanismos para la participación de organismos representativos de comunidades importantes en la formulación, ejecución y evaluación de normas y programas. En otras situaciones los ministerios de salud han establecido planes, oficinas e instalaciones responsables para la promoción, coordinación y normatización de la participación en los programas de salud.

En general, hay algún tipo de recurso humano voluntario de la comunidad, en especial en el medio rural, ya sea para colaborar en programas específicos como en el de combate a insectos o el de control de enfermedades diarreicas, así como en el de capacitación de parteras tradicionales o empíricas. En otros organismos hay agentes comunitarios preparados, capacitados y supervisados en forma regular por los servicios de salud, que llevan a cabo actividades más amplias de fomento y atención básica de la salud. Asimismo en algunas partes hay movilizaciones masivas de parte de la población en especial en actividades de inmunización, en que han participado los grupos a nivel comunitario (patronos, clubes, feligreses, grupos comunales, etc.) en la programación y práctica a nivel local.

En todas partes se acepta y busca la participación de los organismos no gubernamentales (ONG) al desarrollo de la APS. En ocasiones el papel de la ONG es básicamente de apoyo a las actividades de educación para la salud y promoción de la salud, mientras que en otras ocasiones son proveedores de servicios primarios a la población no cubierta por los servicios gubernamentales. A veces hay convenios entre las autoridades de los gobiernos y los ONG.

Los principales obstáculos para la participación de la comunidad en la estrategia de la APS son:

- La inflexibilidad administrativa y la persistencia de administraciones centralizadas de los servicios de salud que dificultan la operación de los mismos, para responder oportunamente a las demandas del proceso participativo.
- La movilidad marcada de los representantes y voluntarios de la comunidad que impide alcanzar un desarrollo estable y una utilización adecuada de los recursos comunitarios.
- Las actitudes, comportamientos, preparación y conocimientos inadecuados del personal "oficial" de salud para promover, supervisar y aceptar participaciones de la comunidad en los programas.

- Los fracasos motivados por la poca capacidad de los servicios de salud, para responder en forma oportuna y pertinente a las necesidades de la comunidad.
- El poco conocimiento sanitario, el bajo nivel educativo y la apatía que dificultan intereses y capacidad para participar en la programación y evaluación de las actividades.
- Las deficiencias en el establecimiento de vínculos entre las comunidades y el servicio de salud, sea por inaccesibilidad geográfica, insuficientes medios de comunicación, barreras lingüísticas y problemas culturales, etc.
- La práctica de un enfoque paternalista tanto a nivel operativo como entre las autoridades de alto nivel, no distinguiéndose de la participación, motivación, manipulación y politización.
- La insuficiencia de recursos materiales para promover en forma efectiva la participación de la comunidad.
- Los conflictos armados internos en algunos países.

Parte de los problemas señalados tienen como denominador común la mala motivación y capacitación continuas del personal auxiliar y de la comunidad. La motivación y la capacitación permanentes son requisitos indispensables para el éxito de los servicios de atención primaria de la salud, que, como ya se mencionó, requieren de recursos humanos de la comunidad adiestrados más para acción práctica inmediata, que para la comprensión en profundidad de los procesos que los originan y justifican. Para evitar estos problemas debe de haber visitas frecuentes a los servicios, dedicándose la mayor parte del tiempo a la motivación y el resto a otros aspectos de revisión de procedimientos y de técnicas de medición de resultados. La experiencia demuestra que con frecuencia la motivación se orienta erróneamente, fomentando actividades para las que el auxiliar o la comunidad no han recibido capacitación, y descuidando en cambio, la realización de las acciones que se les han enseñado y que probablemente no se practican. De este modo las pérdidas, tanto en dinero como en tiempo e interés personal, son considerables. Como contraste con este problema surge otro: una vez que el personal ha sido capacitado quiere dejar su comunidad en busca de otras aspiraciones.

Los problemas aquí presentados hacen ver que si se adopta una actitud ingenua y

superficial resultan las desilusiones. En la atención primaria de salud es indispensable que prestatarios y usuarios asuman estrategias y tácticas de acuerdo a las necesidades y demandas particulares.

A corto y mediano plazo se han planteado medidas concretas para superar los problemas. En algunos casos se ha reforzado el uso de los medios de comunicación masiva para difundir y dar a conocer aspectos básicos de salud y promover en los individuos la toma de conciencia en cuanto a la responsabilidad para proteger su salud y la de sus familiares. También se han reforzado los programas de educación para la salud y de capacitación de líderes, a nivel de la comunidad. En otros casos se ha propuesto mejorar los conocimientos y aptitudes del personal de salud en cuanto a la promoción de la participación de la comunidad.

**LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

Dentro de la estrategia de atención primaria tiene importancia especial el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS), destacando que para que exista un SILOS es necesario, por lo menos, contar con una decisión política formal para definir y poner en marcha estos sistemas y establecer los criterios que permiten reconocer los espacios político-administrativos, geográficos y demográficos que constituyan la base operativa de los SILOS.

El desarrollo de los SILOS es la respuesta estratégica del sector salud para poder satisfacer las necesidades de apresurar la APS y alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 con equidad, calidad y eficiencia, mediante la participación social.

Los sistemas locales de salud son un componente básico de la estrategia de cambio del sector salud, son unidades político-administrativas básicas, donde se coordinan un conjunto de recursos de diferentes sectores, con la responsabilidad de continuar el desarrollo de la salud de la población en una región determinada.

El desarrollo de los SILOS es una táctica operativa para aplicar la estrategia de atención primaria de salud, optimizar la distribución de los recursos, contribuir a la descentralización, participación social e integridad de las actividades, potenciar las actividades intersectoriales e interinstitucionales y favorecer la participación activa de las comunidades en las acciones de salud. El sistema de salud se hace más efectivo, eficiente y equitativo y disminuye el desperdicio y la duplicación de actividades a todos los niveles.

La reestructuración debe basarse teniendo presente que las políticas de salud no pueden establecerse al margen del contexto político-social y que serán tanto más viables, cuanto más contribuyan a responder a problemas más generales de los hombres. De ahí la importancia de generar actividades compatibles con la mejora de las condiciones de saneamientos, protección del ambiente y de los recursos naturales, y la planificación de acciones con responsabilidad compartida entre la población y los organismos de salud.

Los SILOS además significan una modificación de los enfoques habituales, enfatizan la promoción de la salud, la estructuración de comunidades saludables, el control del

ambiente, y la integración de los programas teniendo como objetivos principales a los núcleos familiares y a las comunidades.

Los SILOS tienen un fundamento político-administrativo territorial y poblacional, así como responsabilidades organizativas, financieras y de prestación de servicios bien delimitados. En condiciones apropiadas de funcionamiento, los SILOS deben tener capacidad de resolución sobre el uso de sus recursos humanos, materiales y financieros.

Los SILOS abarcan al personal y a las instalaciones de todos los organismos (inclusive los no gubernamentales) cuyas actividades inciden en las condiciones de salud de la población en su área de influencia y comprenden los servicios a las personas y al ambiente. La solidez de un SILOS no significa necesariamente que se debe contar con un nuevo sistema, sino que se puede organizar a partir de las entidades político-administrativas estatales existentes, sean estas municipios, distritos o jurisdicciones, las que pueden existir en forma separada o reagruparse funcionalmente.

La dimensión geográfico-poblacional de los SILOS se debe definir según las características históricas, sociales, políticas y culturales propias de cada caso. En ciertos casos, áreas político-administrativas de gran tamaño (grandes ciudades) se han fragmentado en áreas más pequeñas. En otros casos áreas de pequeño tamaño y/o poca población, se han agrupado funcionalmente en SILOS para lograr una mayor eficiencia en su administración.

El desarrollo integral de los servicios de salud a nivel local requiere del trabajo coordinado con otros sectores, tales como los políticos, ideológicos, económicos, laborales, culturales, religiosos, de educación, vivienda, urbanismo y legales. Los SILOS están responsabilizados de identificar y de buscar la solución a los problemas de salud de la población que vive en su área de cobertura.

La reorganización de los sistemas de salud con énfasis en la formación de sistemas locales de salud los sensibiliza frente a las necesidades reales de salud y desarrollo de la comunidad.

La formación de los SILOS se identifica también con la estrategia de transformación del sector salud basada en la descentralización. Es una respuesta del sector salud a la crisis económica de la década de los ochenta y una proposición para enfrentar

el impacto negativo en el estado de salud de la población de las políticas de tipo económico.

Los objetivos se orientan a coordinar todos los servicios de salud (públicos y privados) para mejorar la distribución de los mismos y a la necesidad de transformar el Estado ante los procesos de democratización.

Cada país ha conceptuado los SILOS de acuerdo con su realidad y complejidad política, administrativa o cultural, pero en general se conserva el enfoque de descentralización, participación social e integridad de las actividades.



***PROBLEMAS PARA LA ACEPTACION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD***

La aceptación de la práctica de la APS entre los diferentes niveles estructurales, y organismos que conforman el sector salud, no se ha logrado del todo. Entre los problemas más frecuentes se encuentran los siguientes:

- La orientación predominantemente curativa de los servicios de salud.
- La insuficiencia de los recursos físicos y financieros dedicados a acciones de fomento y protección de la salud.
- La oposición del personal y de organismos de salud.
- La inclinación a una interpretación limitada de la APS como un plan único o un conjunto de programas verticales que se realizan en forma desigual y desarticulada.
- La diversidad de organismos que intervienen en el sector salud, lo que dificulta la coordinación intrasectorial y la definición conceptual y operativa uniforme de la estrategia de APS.
- La insuficiencia de la participación comunitaria como componente de la estrategia de APS.

En otros términos, los problemas que se confrontan para la aceptación de la APS se refieren al escaso valor que las comunidades le dan; la preferencia de dichas comunidades por los servicios curativos en lugar de los de promoción, preventivos y de rehabilitación; la poca aceptación que dan los profesionales de la salud a los servicios en cuestión, así como la burocratización de los mismos, y la mala motivación y capacitación continua de la comunidad. Esto significa, una vez más, que la APS se presenta en forma paralela al grado de desarrollo socioeconómico.

En relación a la poca aceptación que tienen los profesionales de salud por la atención primaria, es importante indicar que educen que es de poca calidad, y se inclinan más a aspectos curativos que de otro tipo.

En otros términos, las estrategias para los servicios de salud basadas en la comunidad, tienen problemas en su implementación, en parte porque los trabajadores de la salud no los han comprendido por razones culturales. Fácilmente puede advertirse dicha oposición profesional en la falta de seguimiento de pacientes que deberían ser controlados en estos servicios, por ejemplo en casos de diabetes, hipertensión arterial, familia numerosa, etc., lo que ocasiona el traslado innecesario o el envío de pacientes a otros organismos de salud de mayor complejidad.

## ***EVALUACION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD***

La cuantificación de la cobertura con APS, es conceptual y metodológicamente difícil, y por lo general las instituciones se refieren a la misma en términos cualitativos, señalando que mejoró la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, pero sin manifestarlo cuantitativa y periódicamente.

Así, en los informes de evaluación de la estrategia APS se hace referencia a datos sobre cobertura de la población con servicios de salud. En forma más específica se expresan: datos de población con servicios de agua potable con conexiones en la vivienda o de fácil acceso, cobertura de inmunizaciones, atención de la comunidad por personal adiestrado, atención a lactantes, etc.. Por otra parte, los indicadores de cobertura de servicios no suelen ser comparables entre instituciones, ya que provienen de diferentes métodos de estimación.

Una de las formas prácticas de conocer el valor que se le da a la APS es, por ejemplo, evaluar el grado de asistencia de los integrantes de la comunidad a los servicios de salud, su colaboración en el control de los roedores, y su participación en programas de planificación familiar.

El control de la atención primaria de salud debe realizarse teniendo en cuenta que la misma persigue la felicidad y el bienestar humano, o sea, que pretende mejorar la calidad de la vida, lo que es difícil de realizar por los diversos valores morales y materiales involucrados y la realidad. Sin embargo, es necesario llevarla a la práctica.

Se recuerda que el control de la APS requiere de normas que permitan medir los cambios conseguidos, basándose en conocimientos básicos y en las prácticas fundamentales de salud existentes en cada comunidad; ello implica un diagnóstico de salud, lo que no siempre es fácil en la atención primaria de salud, pues la formulación de normas deben basarse en una información adecuada y fidedigna y con frecuencia sólo puede recurrirse a datos demográficos y estadísticas vitales. Las normas deben establecerse de acuerdo a los deseos y expectativas de la comunidad.

En forma explícita se puede decir que el control de la atención primaria de salud debe tener en cuenta: 1) que los servicios se otorguen donde sean necesarios, teniendo presentes aspectos geográficos, financieros, culturales y funcionales - normas de

accesibilidad, es decir, que se den a zonas o grupos marginados; 2) que se presten en forma total, no fragmentando sus componentes, sin separar la medicina preventiva de la medicina curativa - norma de integración, lo que significa servicios de salud integrales, y 3) que deben darse con una participación de la colectividad - norma de participación; todo lo anterior dentro de un marco de igualdad social.

Es indispensable subrayar que uno de los componentes básicos de control de los servicios en el aspecto de capacitación del personal es el proceso de enseñanza-aprendizaje, de ahí que debe existir una norma al respecto.

Desde otro ángulo, en el control se pueden contemplar normas relativas a estructura, desempeño y resultados. La estructura se ocupa de estudiar los recursos en relación a los problemas de salud en cuanto a número, características y propósitos; o sea, que tiene presente lo pertinente de los recursos, la capacitación de la comunidad y los recursos materiales existentes. El desempeño se ocupa de la determinación de acciones significativas en favor de la salud de los hombres, teniendo en cuenta su naturaleza y sucesión, y relacionándose así con el abastecimiento de agua, el contenido de los programas de salud materno-infantil y las acciones contra algunas enfermedades infecciosas como inmunizaciones. El resultado se ocupa de los productos finales, como mejoría o no en la alimentación, disminución o aumento de la mortalidad, incremento o disminución de la fauna nociva, etc.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La estrategia de APS ha sido adoptada por todos los países para fortalecer el sistema de salud, orientándose este proceso hacia el reforzamiento del nivel local del sistema de servicios con la introducción de esquemas de programación y de mecanismos de coordinación intra e intersectorial. Una expresión frecuente es la aplicación de esquemas administrativos basados en la descentralización y desconcentración de los servicios de salud. Hay experiencias en cuanto a la formulación de modelos de atención basados en la coordinación y utilización más racional de recursos institucionales a nivel local y regional. Por otra parte los países de América Latina y el Caribe tienen experiencias importantes en la formación y capacitación de recursos humanos para realizar funciones en la APS, así como para introducir el concepto de APS en la preparación y formación de personal profesional de la salud.

En algunas partes hay criterios operativos, sociales y geográficos para determinar los grupos poblacionales menos atendidos y con mayor riesgo, a fin de que dispongan de los recursos necesarios en forma selectiva para mejorar la equidad en el otorgamiento de servicios.

Los programas más estrechamente vinculados a los componentes de APS, como la sobrevivencia infantil, el aprovisionamiento de agua, el saneamiento básico, la educación para la salud, el control de enfermedades inmunoprevenibles, el control de enfermedades transmitidas por vectores y la provisión de medicamentos básicos, han sido prioritarios en la asignación de recursos.

En algunos países se ha modificado o revisado la legislación sanitaria para formalizar o institucionalizar nuevos medios de coordinación, intra e intersectorial, se han reformulado los perfiles ocupacionales del personal de salud y se han determinado normas técnico-administrativas referentes a la descentralización de la gestión y reforzamiento de los SILOS.

La mejoría de la coordinación entre instituciones del sector es una meta común. Sin embargo, con pocas excepciones, es en general un proceso incipiente, particularmente la coordinación entre los servicios de los organismos de seguridad social y los ministerios de salud. En algunos países hay avances importantes como la formulación de un marco legal para la coordinación/integración de servicios hasta la elaboración de normas técnicas y administrativas comunes entre los organismos y la iniciación de

modelos integrados de servicios multi-institucionales de tipo piloto. Los factores que obstaculizan la coordinación intrasectorial son la resistencia e inercia de las burocracias institucionales, las diferencias normativas y conductuales entre los organismos, las discrepancias administrativo-financieras, la carencia de normas jurídicas adecuadas y la multiplicidad de instituciones participantes.

La organización de referencia y contrareferencia de pacientes, en la mayoría de los casos, no funcionan en forma apropiada y efectiva, en parte debido a que no hay una capacidad de respuesta adecuada en los distintos niveles de referencia. Hay algunas experiencias para establecer mecanismos para la referencia de pacientes con problemas específicos (alto riesgo de personas de tercera edad, sida, servicios auxiliares de diagnósticos, emergencias). En la casi totalidad de los países de América Latina y el Caribe los esquemas de descentralización y desarrollo de Sistemas Locales de Salud (SILOS) tienen en cuenta este aspecto como un renglón básico en sus planes y programas.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Belsey, M.: De la prehistoria a la APS. *Salud Mundial*. Enero- Febrero, 1988. p. 24 Ginebra, Suiza.
- Fajardo Ortiz, G.: *Atención Médica*. Prensa Médica Mexicana.1983. México, D.F.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud: *Informe sobre la vigilancia de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000*. Programa provisional. Octubre 1988. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas Locales de Salud*. 1989. Washington, D.C.
- Vaca, V.H.; Kreider, S.D.; Kreider, S.K.: Financiación de la atención primaria de salud centrada a la comunidad y relacionada con las iglesias. *Contact*. Noviembre, 1987. Ginebra, Suiza.

**CAPITULO II**

**ATENCION PRIMARIA Y  
ESTRATEGIAS DE SALUD  
DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL EN  
AMERICA LATINA**





Como antecedentes de la Tercera Consulta Técnica Regional sobre Estrategias para el Desarrollo de los Programas de Salud de la Seguridad Social se encuentran, por una parte, la Primera y Segunda Consulta organizadas por la Organización Internacional del Trabajo, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, que se llevaron a cabo en las ciudades de México y Medellín en los años 1982 y 1985 respectivamente. Por otra parte también se deben considerar como antecedentes las actividades regionales que ha realizado la Conferencia Interamericana de Seguridad Social en materia de capacitación, a través del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, que ofreció cursos relativos a los nuevos enfoques de la atención primaria y las actividades relacionadas con la realización de estudios, investigaciones y debates en eventos de la Conferencia que versaron sobre las estrategias de atención primaria. Se deben también señalar como antecedentes, los eventos nacionales que con la asistencia técnica de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Panamericana de la Salud, se llevaron a cabo en los últimos años de los ochentas en Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Bolivia y República Dominicana. Finalmente se debe incluir entre los antecedentes los cursos y actividades que emprendió la Organización Panamericana de la Salud a fin de definir e instrumentar la estrategia de atención primaria de la salud en el ámbito de la seguridad social.

En la introducción del libro: Atención Primaria y Estrategias de Salud en la Seguridad Social en América Latina, publicado por la Organización Internacional del Trabajo, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, se afirma que después de las dos primeras consultas técnicas regionales sobre estrategias para el desarrollo de los programas de salud de la seguridad social se emitieron los llamados "informes finales", que dieron cuenta de las deliberaciones en el curso de las reuniones e incorporaron los antecedentes proporcionados por los participantes, lo que enriqueció la información contenida en los documentos de trabajo.

A continuación se presenta un resumen de este valioso material, que como se dice en la introducción, resultó de gran interés para los estudiosos de los problemas y soluciones para promoción y la protección de la salud en los países de América, sobre todo mediante las instituciones de seguridad social.

## ***POLITICAS Y METAS REGIONALES DE SALUD: CONCEPTOS BASICOS Y COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD***

Jorge Castellanos Robayo

Las características de organización de los servicios para la atención de salud responden a influencias:

- . Políticas
- . Sociales
- . Económicas
- . Tecnológicas

Cada servicio tiene particularidades propias que lo diferencian e individualizan claramente.

Hay en los gobiernos un interés creciente por lograr una extensión de la atención de salud a toda la población, hasta lograr su universalización a través de integrar las acciones de salud en la planificación económica y social general del Estado.

Un obstáculo importante a tomar en cuenta es el incremento de los costos de atención de la salud, lo que obliga a los países a obviar duplicaciones de establecimientos y servicios y optimizar la utilización de sus recursos.

## **POLITICAS, METAS Y ESTRATEGIAS REGIONALES EN MATERIA DE SALUD**

**Definiciones políticas en el sector público.**

**Los objetivos regionales son fundamentalmente los siguientes:**

- . Hacer accesible la atención de salud a la totalidad de la población, mediante la reestructuración y expansión de los servicios de salud para mejorar su "equidad, eficacia y eficiencia".

- . Promover la articulación intersectorial.
- . Promover y mejorar la cooperación integral.
- . Definir políticas en la seguridad social.
- . Integrar los programas de seguridad social en la planificación económica general del Estado.
- . Ampliar el campo legal de aplicación de las personas protegidas.
- . Reorganizar administrativamente las instituciones.

La XI Conferencia Interamericana de Seguridad Social recomendó:

Establecer normas jurídicas que hagan factibles, en breve plazo, la protección de todos los trabajadores asalariados y de los independientes dando prioridad a los que carezcan de capacidad contributiva.

**La meta de salud para todos implica:**

- . Alcanzar un nivel mínimo aceptable de prestación de servicios básicos.
- . Garantizar el acceso y utilización de servicios especializados a todos y cada uno de los miembros de la población.

**LA ESTRATEGIA PRINCIPAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

**- Conceptos básicos**

- . El desarrollo de los sistemas de servicios nacionales de salud, reorientados a conseguir la cobertura de los grupos de población rurales y urbanos no atendidos o subatendidos.

- . El desarrollo de la articulación intersectorial y la organización y participación de la comunidad en el bienestar.
- . El desarrollo de la investigación, particularmente de tipo evaluativa y de la tecnología.
- . El mejoramiento de la disponibilidad y producción de insumos críticos.
- . La reorientación en la formación y utilización de recursos humanos.
- . La definición de estrategias nacionales de financiamiento y cooperación entre los países.

#### **- Aspectos operativos de atención primaria de salud**

Los esquemas generales de organización deben estar dotados de la necesaria y suficiente flexibilidad para aceptar e incorporar modificaciones acordes con los requerimientos específicos de cada localidad o grupo poblacional.

#### **- Aspectos operativos importantes:**

- . Participación de la comunidad.
- . Atención primaria y necesidades.
- . Grupos prioritarios de población y análisis de vulnerabilidad.
- . Trabajo de equipo.

### **LA REORGANIZACION Y EL FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

#### **- Aspectos de organización general**

Indispensable reexaminar y modificar las bases conceptuales, campos de acción y elementos de orden práctico, organizacionales y operativos de los servicios.

**- Organización y prestación de los servicios según niveles de atención:**

. Aspectos básicos

a. La expresión "niveles de atención" indica una forma escalonada o estratificada de organización y prestación de los servicios de salud, para establecer un equilibrio en la cantidad y calidad de la atención disponible a la población.

b. El concepto de niveles de atención está basado en:

. Un análisis epidemiológico.

. La necesidad de atención y la respuesta posible para satisfacer tal necesidad.

. La relación natural entre la complejidad de una determinada situación de salud y el mayor o menor grado de sofisticación tecnológica de los métodos y recursos necesarios para atenderla.

. La seguridad de que los problemas más frecuentes son de naturaleza sencilla y requieren respuestas menos complejas.

c. Con base en lo anterior, los niveles de atención:

. Se determinan mediante el análisis epidemiológico.

. Indican la tecnología necesaria para atenderlos.

. Corresponden a combinaciones funcionales de servicios.

d. Con las anteriores características los niveles de atención:

. Varían en contenido según sean las circunstancias.

. No son sinónimos de los establecimientos de salud, aunque sí condicionan las características de esos establecimientos.

- **La operacionalización de los niveles de atención y programación local**
  - a. Requiere:
    - . En primer término, definiciones globales en cuanto a la organización general del sistema de servicios y a los diferentes tipos de prestaciones a ser dispensados, e igualmente, en cuanto a los recursos a ser utilizados.
    - . En segundo lugar, un ejercicio muy claramente definido de programación local, mediante el cual, dentro de las definiciones globales preestablecidas, se inducen los ajustes y adaptaciones indispensables para responder apropiadamente a las necesidades de los diferentes grupos de población.
  - b. En el proceso de aplicación del enfoque de niveles a las necesidades de los diferentes grupos de población, exige:
    - . Determinación global de la escala de niveles.
    - . Definición de los agentes de servicios.
    - . Selección de los lugares.
    - . Programación local.
    - . Determinación de insumos.
    - . Diseño de organización administrativa.
- **Selección y uso de tecnología apropiada**
  - . La investigación evaluativa constituye un instrumento de gran ayuda y ofrece grandes posibilidades para la racionalización en el uso de la tecnología apropiada.

## **LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA Y LOS PROGRAMAS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

La meta de salud para todos en el año 2000 requiere de la acción de todos los organismos e instituciones del aparato estatal, paraestatal, y aún de la propia actividad privada.

En el caso de las instituciones de seguridad social de América, su participación en este proceso es importante por:

- . La naturaleza en sí de los programas generales de seguridad social.
- . La amplitud de las acciones de atención de salud que cumplen directamente estas Instituciones.

Un examen de los campos de acción de la seguridad social en la estrategia de la atención primaria, podría abordarse con referencia a estas áreas fundamentales:

- . Marco político
- . Bases legales
- . Financiamiento
- . Formas de organización y entrega de las prestaciones

### **COMENTARIO FINAL**

Se ha procurado hacer una recopilación de aspectos de política general e institucional de salud, que constituyen un marco de referencia para el desarrollo de las instituciones de salud en los próximos años.



## **LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL Y SUS ACCIONES EN LA EVOLUCION Y TENDENCIAS DE LAS PRESTACIONES DE SALUD**

Gastón Novelo

### **VINCULACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL CON LA POLITICA DE SALUD EN AMERICA LATINA**

Es evidente que la seguridad social en su evolución ha sido en forma creciente cada vez más relevante como parte de la política de desarrollo en la mayoría de los países de América Latina. Su participación es manifiesta al contribuir a los programas relacionados con la salud en su amplio concepto.

El otorgamiento de servicios de atención médica constituye un capítulo de singular importancia en la seguridad social de América Latina. Sus programas hacen impacto en proporción significativa de la población total de 16 países.

### **ACCIONES REALIZADAS POR EL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO PARA CONTRIBUIR AL ESTUDIO DE LA PROBLEMÁTICA EN LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA**

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social se ha preocupado siempre por tratar temas relacionados con las prestaciones médicas. Se han constituido grupos de trabajo específicos dedicados al estudio de la problemática médico social derivada de la responsabilidad de las instituciones de seguridad social.

- **Primer Congreso Americano de Medicina de Seguridad Social. México, 1969.**

En este Congreso se organizó una Sección Médico Científica con temas

relacionados a la cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría e investigaciones biomédicas, los cuales permitieron poner en evidencia la calidad alcanzada por los servicios de atención médica en la seguridad social.

- **Mesa Redonda Mundial. La Contribución de los Regímenes de Seguridad Social a los programas de salud pública. Oaxtepec, 1969.**

Como conclusión resultó la Declaración de Oaxtepec que en algunos de sus principales enunciados, reconoce:

- . Que es de importancia primordial para el cuidado de la salud el establecimiento de sistemas eficaces de colaboración a nivel nacional e internacional.
  - . Que es indispensable la participación de los organismos de seguridad social.
- **Segundo Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Bogotá, 1970.**

Dentro del tema general de "Seguridad Social y Educación Médica", se tocó el punto de la participación social sanitaria de la población en la Planeación y Desarrollo de los Programas de Salud.

- **Tercer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Panamá, 1972.**

Temario:

- . Medicina preventiva, programas de protección, promoción y fomento de la salud.
  - . Evolución de las normas internacionales de la OIT y los sistemas para la protección de la salud por la seguridad social.
  - . La calidad y costo de las prestaciones médicas como factores de coordinación.
- **Cuarto Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Asunción, 1974.**

Mesa Redonda: Efectos Económicos y de Salud en la Seguridad Social de los Programas de Medicina Preventiva.

- **Quinto Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Caracas, 1976.**

Seminario sobre la planeación de las instalaciones requeridas para los niveles de atención médica.

- **Sexto Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. San José, C. Rica, 1978.**

Temario:

La extensión del Campo de Aplicación de la Seguridad Social y Esquemas de Organización para la utilización de los recursos en las Prestaciones Médicas.

- **Comisión Americana Médico Social. Jornadas Interamericanas de Medicina y Seguridad social. Santo Domingo, 1980.**

Temarios:

. Medicina Familiar.

. Normas de Diseño de Ingeniería en Unidades Médicas.

. Organización y estructura de los servicios médicos.

**Séptimo Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. México, 1981.**

Tema Central: Racionalización del costo de los Servicios Médicos en la Seguridad Social.

## **CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL**

El CIESS ha contribuido a la formación y actualización de los recursos humanos y a la difusión de experiencias y realizaciones de las instituciones de seguridad social en América Latina.

## **LAS PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y SU IMPACTO EN LA SALUD**

Es evidente que el crecimiento de las instituciones de seguridad social y el desarrollo y evolución de las prestaciones médicas a su cargo, han consolidado su influencia en la política económico social de la mayoría de los países de América Latina. La dinámica social impone que la seguridad social, debe dejarse de avanzar por inercia: no es aceptable que persista atada a principios y esquemas establecidos en el pasado; tiene el compromiso impostergable de fomentar el desarrollo de nuevas doctrinas; fijar objetivos en razón directa de los problemas y recursos; establecer fórmulas que convaliden y vitalicen los postulados de protección social frente a los riesgos; y promover en forma realista, la superación de los niveles de salud y bienestar de la población en general.

## ***INFORME FINAL DE LA PRIMERA CONSULTA TÉCNICA REGIONAL SOBRE ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL***

### **Marco de Referencia**

La Consulta Técnica Regional, organizada por la Oficina Internacional del Trabajo en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, se celebró en la ciudad de México del 31 de agosto al 3 de septiembre de 1982, en las instalaciones del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y del Comité Permanente. Actuó como coordinador el señor Giovanni Tamburi, Jefe del Departamento de Seguridad Social de la OIT.

Participaron ocho expertos invitados, procedentes de Argentina, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Panamá, Perú y Venezuela, así como representantes de los siguientes organismos internacionales: Organización de Estados Americanos (OEA), Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). Igualmente participaron dos consultores técnicos de la OIT.

La OIT organizó esta Consulta Técnica en el marco de sus programas de investigaciones y estudios iniciados en el bienio 1982-1983 y entre sus principales características se destaca el haber servido como lanzamiento de una actividad cuyo objetivo es el fomento de la aplicación de la estrategia de la atención primaria en el ámbito de la seguridad social de la región americana. A su vez esta actividad se inscribe en el marco más amplio del Plan a Mediano Plazo de la OIT, donde se ha previsto para el futuro el aprovechamiento de las experiencias americanas para realizar actividades similares en otras regiones.

Asimismo la Consulta Técnica encuadra perfectamente en lo dispuesto recientemente por el Consejo Directivo de la OPS sobre el tema de la coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública, ya que las estrategias para

el desarrollo de los programas de salud en la seguridad social configuran el cuerpo de políticas que orientarán los planes de acción de los gobiernos de la región para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

En la sesión inaugural de la Consulta Técnica, el señor Director de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. Héctor Acuña, delineó lo actuado por los gobiernos en el marco de su organización y se refirió al problema de las estrategias de Atención Primaria de Salud en el contexto general de la salud y de la seguridad social.

El señor Tamburi en el mismo acto manifestó su agradecimiento, en nombre del señor Director General de la OIT, tanto a los técnicos presentes como a los organismos internacionales que colaboraron en la organización del evento, en especial al Presidente del CPISS que gentilmente puso a disposición las instalaciones y brindó el apoyo administrativo necesario. Explicó además los motivos que habían conducido a la OIT a tomar la iniciativa de sensibilizar a los responsables de los sistemas de seguridad social respecto a las nuevas estrategias en materia de salud.

El señor licenciado Arsenio Farell Cubillas expresó a los participantes su cordial bienvenida en nombre del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. En su intervención subrayó entre otros conceptos, que las nuevas metas de salud requieren de una concepción integrada del desarrollo nacional, ya que se ha demostrado que el crecimiento económico no conduce necesariamente por sí solo hacia un mejor nivel de vida y de salud. El papel de la seguridad social es, en este aspecto, fundamental.

La Consulta Técnica desarrolló el siguiente temario:

1. Evolución, tendencias y perspectivas de los sistemas de salud de la seguridad social en América Latina.
2. Políticas y metas regionales de salud. Conceptos básicos y componentes de la Atención Primaria.
3. Aplicación e incorporación de la estrategia de la Atención Primaria de Salud en la Seguridad Social:
  - Experiencias y perspectivas nacionales.

4. Identificación de líneas de acción en el ámbito nacional y en los organismos internacionales, para estimular la incorporación de la estrategia de Atención Primaria en la Seguridad Social.

Se sometieron a la Consulta tres documentos de trabajo preparados respectivamente por la OIT, la OPS y el CPISS. Igualmente, en el curso de la misma, algunos de los participantes presentaron contribuciones escritas sobre experiencias nacionales.

### *Consideraciones introductorias*

El señor Giovanni Tamburi, presentó su informe con base en el documento de trabajo sobre "Evolución, tendencias y perspectivas de los sistemas de salud en la seguridad social en América Latina", preparado por la OIT.

Aclaró que el documento no tiene carácter definitivo, siendo un bosquejo de conceptos y de informaciones destinadas a estimular la discusión y a ser ulteriormente completado y revisado de acuerdo con los resultados de esta Consulta.

Después de analizar los orígenes del seguro social de enfermedad y de su paso al concepto de seguridad social hizo amplias referencias a los motivos que impulsaron a la mayoría de los países de la región a adoptar la modalidad del servicio propio.

Citó en especial a las características de las prestaciones de salud en la seguridad social, que a diferencia de las de tipo asistencial provienen de un derecho "positivo" plasmado en una norma legal que lo otorga, lo que hace que se establezca un tipo de relación entre el beneficiario y la institución prestadora, diferente a la relación de "asistido". Analizó también la evolución de los sistemas de financiamiento y las consecuencias psicológicas y prácticas de haber adoptado un modelo de administración de carácter tripartito (empleador-trabajador-Estado).

Dijo que entre los capítulos más importantes del documento se encuentra el que trata sobre la "Coherencia entre los principales sistemas de salud" ya que estimaba que sería quizás oportuno abandonar la discusión en torno a los términos, muchas veces abstractos, de "coordinación" e "integración" de los servicios de salud porque la experiencia había demostrado cómo ellos no permitían cubrir las tendencias específicas que se han venido manifestando. Explicó que para ello consideró útil un nuevo análisis de la evolución de los sistemas nacionales agrupándolos como sigue:

aquellos que por tener una pluralidad de organismos de seguridad social crearon una superestructura de coordinación y control y los que crearon sistemas más amplios de salud en que se ha incluido la seguridad social, junto con otras instituciones de carácter público.

Finalmente señaló que la política de seguridad social- en la que el sector salud es componente fundamental- puede contribuir a la satisfacción de las necesidades de protección dentro de dos perspectivas ineludibles: mediante la gradual universalización de los regímenes, ampliando el campo de aplicación conforme lo permitan los recursos disponibles y buscando mayor eficiencia y economía en el suministro de las prestaciones de salud. Para ello remarcó la necesidad de apartarse de esquemas rígidos -jurídicos y operativos- y la necesidad de adaptar las estrategias y medio de acción a las posibilidades de las economías nacionales y a la situación de desarrollo relativo, todavía prevaleciente en vastas regiones.

A continuación el doctor Gastón Novelo, Secretario General del CPISS, se refirió al documento preparado para esta oportunidad sobre "La Conferencia Interamericana de Seguridad Social y sus acciones en la evolución y tendencias de las prestaciones de salud". Realizó una completa reseña histórica sobre el tratamiento de temas relacionados con la salud en el marco de los seminarios, reuniones técnicas y congresos, entre los que enumeró los congresos de medicina de la seguridad social, que constituyeron el primer foro en que los profesionales médicos pudieron discutir los problemas de la medicina social, la que no figuraba en los eventos organizados sobre otras ramas de la profesión.

Hizo también alusión a temas que han sido objeto de conclusiones y recomendaciones que aún tienen vigencia y que son compatibles con los elementos que componen la estrategia de Atención Primaria de Salud. También consideró importante destacar las actividades del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en la preparación de los recursos humanos del sector.

Finalizada la presentación de estos dos documentos de trabajo, se llevó a cabo un cambio de impresiones sobre lo expuesto. Varios participantes mencionaron que estimaban que hubiera sido importante haber podido compartir estas discusiones con representantes de los ministerios de salud pública, a lo que el Secretariado respondió señalando que esta Consulta es el principio de un programa que tiene previsto, en etapas posteriores, discutir estos temas con representantes de otros sectores



como Planificación, Hacienda, Educación y Salud, pero que se consideró que sería indispensable analizar primero, en este ámbito restringido, aspectos que han tenido origen en el sector salud antes mencionado.

También se manifestó gran interés en los problemas de financiamiento, como elemento determinante del desarrollo y eventuales cambios de enfoque de la atención de la salud. El coordinador señaló que independientemente de que el tema sería analizado en los días sucesivos, debía destacarse una tendencia a una mejor racionalización de los aportes provenientes de las rentas generales del Estado, como método de financiación de la seguridad social, para cubrir grupos marginados y de escasa capacidad contributiva. Los participantes estuvieron de acuerdo en las consideraciones sobre la búsqueda de mayor coherencia entre los diferentes subsistemas de salud y se manifestó, entre otras ideas, que se estimaba que el concepto representa un justo medio que permite promover una armonización progresiva de las funciones de salud atribuidas a las distintas organizaciones e instituciones que integran el conjunto de la política de salud.

Entre las preocupaciones se señaló, una vez más, que se mantiene la línea de extender la cobertura a toda la población, pero existen "barreras" que lo impiden -relacionadas con las posibilidades contributivas de los grupos a cubrir o con las posibilidades de la economía en general en la que no se visualizan recursos que puedan ser canalizados a estos fines-. Uno de los participantes señaló que estos argumentos fortificaban las opiniones de quienes piensan que deben buscarse nuevos enfoques para el diseño y estructuración y prestación de las acciones de salud dentro de una nueva estrategia.

### *Experiencias nacionales*

Se analizaron algunas experiencias nacionales en la seguridad social en lo que se refiere a la incorporación de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Las comunicaciones presentadas por los distintos países destacaron el marco de referencia de la organización de servicios de salud según niveles de atención en la seguridad social. Establecieron una panorámica de las políticas adoptadas por los países de América Latina en materia de extensión de la cobertura de atención de salud y de las metas que en este sentido se aspira alcanzar en el año 2000. Se analizaron las formas de prestaciones de servicios de salud que utilizan los países para hacer efectivas dichas metas en la realidad latinoamericana de los servicios de la seguridad

social y de salud y de sus enfoques posibles de solución. A continuación se recogen únicamente las principales informaciones proporcionadas resumiéndolas en forma muy esquemática.

Se dieron a conocer experiencias de ocho países (Argentina, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Perú, Panamá y Venezuela) en lo referente a la utilización de recursos humanos y al desarrollo de la infraestructura física, señalando aspectos metodológicos, problemas confrontados, intentos de soluciones a los mismos y resultados obtenidos.

Los comentarios fueron coincidentes con los planteamientos básicos sustentados en las ponencias centrales, destacándose especialmente que la seguridad social, como organización político social, participa en forma importante en la consecución de objetivos de salud, al garantizar y gestionar el ejercicio del derecho de las personas a la protección frente a contingencias adversas.

Los gobiernos, a través de una política nacional de salud, han convenido realizar acciones tendientes a alcanzar la meta de **SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000**. En esta perspectiva, se aprecia que el enfoque de la atención integral de la salud no se ha desarrollado lo suficiente para el establecimiento de la estrategia de Atención Primaria de salud, aunque muchos gobiernos han efectuado manifestaciones o tomado decisiones en este sentido.

Las instituciones de seguridad social tienen el propósito de extender la cobertura hacia otros grupos de la población, pero en algunos casos deberán replantear sus modelos actuales de la atención de la salud, para que les permitan una adecuada racionalización de sus recursos financieros, físicos y humanos para la consecución de las metas propuestas. Esto puede significar cambios y ajustes en los mecanismos financieros e implicar modificaciones importantes en la orientación de la prestación de los servicios. La atención de salud, como parte fundamental del bienestar, exige igualmente el fortalecimiento de las relaciones de estos servicios con otros elementos del mismo.

La seguridad social aún no ha llegado suficientemente a los sectores marginados (rurales y urbanos) por lo que se debe replantear su marco jurídico de forma tal, que permita la incorporación de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Un componente importante de la Atención Primaria de salud constituye la participación

de las comunidades, la cual es inherente al establecimiento de este nuevo modelo de prestación de servicios de salud. Los múltiples mecanismos y formas de participación obligan a un desarrollo propio según las características de cada país. La Atención Primaria de la Salud debe promover modificaciones en las formas de vida de las comunidades orientadas al desarrollo de su salud, pero respetando su cultura.

Se debe señalar que la Atención Primaria de Salud implica necesariamente la participación de recursos humanos interdisciplinarios y de apoyo que provienen tanto del sector salud como de otros sectores tales como los de desarrollo rural, vivienda, etc.

Finalmente, fue reconocido que el establecimiento de programas basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud requiere un financiamiento adecuado e indudablemente con una participación más activa, amplia y efectiva por parte del Estado.

Las intervenciones de los representantes de los países que participaron en la Consulta permitieron identificar la existencia de algunos elementos comunes que se hallan presentes en esas experiencias y que corresponden a componentes de este nuevo enfoque de prestación de los servicios de salud. Estos elementos constituyen factores que permitirán en el futuro, tener un punto de referencia para determinar en qué medida los países avanzan en la aplicación de este nuevo enfoque de las estrategias de la Atención Primaria de Salud.

En la mayoría de los países representados se observó que los ministerios de salud pública han adoptado medidas para incorporar elementos de la estrategia en el primer nivel de atención.

Dentro de la seguridad social en México se observa el mismo fenómeno. En Costa Rica y Panamá, donde la atención de salud es ofrecida por las instituciones de seguridad social junto con los ministerios de salud se encuentran igualmente elementos de atención primaria. En el caso del Ecuador y Perú existen planes y programas que recogen elementos de las nuevas estrategias.

A este respecto valdría la pena mencionar que en todos los países consultados las estrategias de Atención Primaria se han incluido en los planes nacionales de salud, los que, a su vez, forman parte de los planes de desarrollo económico social.

La población, hacia la cual se dirigen los programas con algún elemento de Atención Primaria, está constituida, en la mayoría de los países concurrentes, por los grupos menos privilegiados.

La participación comunitaria se halla presente dentro de las actividades que se desarrollan en Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Perú y Panamá. La participación comunitaria es ampliamente reconocida y se canaliza a través de diversos mecanismos. En cuanto a los aportes de la comunidad, se materializan a través de la dotación de materiales o aportes financieros para la instalación de infraestructura o la puesta a disposición de mano de obra por parte de los pobladores de las comunidades beneficiarias.

En las aportaciones presentadas se señaló que en México y Costa Rica, el Estado contribuye en forma importante a financiar la prestación con elementos de Atención Primaria dentro de la seguridad social, en tanto que en Cuba lo hace en forma total. En el caso de Argentina, Perú y Panamá hay una financiación mixta compartida por las instituciones de seguridad social y el Estado. En el Ecuador los recursos financieros, para este tipo de atención, provienen exclusivamente de los fondos de la seguridad social, participando el Estado en el Seguro Campesino.

Las presentaciones efectuadas han destacado que los equipos encargados de la atención médica en el primer nivel están conformados por: médicos, personal calificado, como enfermeras y auxiliares y asistentes, que en algunos casos provienen de la comunidad o grupo de población al que sirven. En Argentina, Perú y Ecuador, los equipos están formados por médicos, enfermeras y auxiliares. En Costa Rica, Cuba, México y Panamá los equipos incluyen las tres categorías de personal aunque vale la pena indicar que en el caso de Cuba los médicos tienen una calificación con especialidades básicas en programas para la población rural. En Costa Rica, Ecuador y Panamá se emplean médicos itinerantes.

Se señaló que los establecimientos están categorizados de acuerdo a los niveles de atención y dentro de ellos se incluyen los hospitales nacionales, hospitales regionales, hospitales de área y unidades de consulta externa de distinto tipo. En todos los países consultados se ha hecho referencia a la existencia de todos estos tipos de establecimientos con mayor o menor grado de desarrollo integrando un sistema de niveles de atención.

Con respecto a los cuadros básicos de medicamentos necesarios para la atención médica, éstos están siendo utilizados en los casos de Argentina, Ecuador, Costa Rica, Cuba, México, Panamá y Perú.

Se debe hacer una mención especial al caso de Cuba que, por sus características político sociales, constituye uno de los países donde se ha llegado al establecimiento de un servicio integrado de salud a través del cual se otorgan las prestaciones que cubren a la totalidad de la población.

México también constituye un caso que merece ser resaltado. A través del Programa IMSS-COPLAMAR de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria se ha instrumentado un sistema de atención médica por niveles. El programa beneficia a sectores marginados rurales con acciones de atención preventiva y curativa y de educación para la salud. Su acción se apoya en la participación de la comunidad, en la solución de sus problemas de salud y en el trabajo comunitario.

El programa a nivel nacional tiene como base una regionalización funcional de los servicios médicos y cuenta con una vasta red de unidades médicas rurales y hospitales rurales distribuidos a lo largo del país.

### ***Comentarios de los representantes de los organismos internacionales de seguridad social***

Se discutió el punto sobre la identificación de líneas de acción en el ámbito nacional y en los organismos internacionales para estimular la incorporación de la estrategia de Atención Primaria en la Seguridad Social.

Los representantes de la AISS señalaron que conceptualmente no hay separación entre los objetivos que se persiguen al aplicar una estrategia como la denominada de Atención Primaria de Salud y los objetivos básicos de la seguridad social. Más aún, esta última contribuye en forma efectiva, mediante sus acciones, al logro de objetivos fundamentales de bienestar, en especial desarrollando programas que tienden al mantenimiento del ingreso o que proporcionan una serie de servicios sociales.

Se constató que la extensión progresiva de la seguridad social da lugar a una diversificación de regímenes e instituciones y, a veces, a una pluralidad de programas

cuya coherencia no siempre está garantizada. Además la crisis económica general afecta a la seguridad social en distintos aspectos estructurales y operativos.

Se recordó también que la problemática de la salud ha estado siempre vinculada con los temas centrales que se han discutido en el ámbito de la seguridad social tanto a nivel nacional como internacional. Los programas de salud de la seguridad social incluyen ya -en algunos países- elementos de la estrategia de Atención Primaria.

Los problemas de fondo surgen con motivo de la transición del concepto de derecho del individuo a recibir asistencia médica, en el marco de un sistema bien definido de seguridad social, al concepto de derecho a la salud para todos.

El derecho a la salud es un objetivo social de alcance mucho más amplio que las garantías brindadas en los distintos países por la legislación y las instituciones de seguridad social que ofrecen una "cobertura" contra el riesgo de enfermedad, maternidad, o lesión profesional. Al ampliarse el concepto se desborda el marco tradicional del seguro social y se requiere buscar medidas de protección dentro de un enfoque y de una planificación de carácter global, es decir haciendo intervenir equipos interdisciplinarios y diferentes organismos e instituciones con vocación social.

Este proceso de ampliación de las metas sociales plantea a los que tienen la responsabilidad de planear y administrar la seguridad social la reconocida necesidad de revisar sus propios objetivos y sus estrategias de acción en el campo de la salud.

Se recalcó, sin embargo, la importancia de observar y estudiar cuidadosamente el financiamiento de los programas de salud en general y de seguridad social en particular frente a cualquier alternativa de extensión o cambios de enfoque que se quisiera plantear, con el objeto de que dicho financiamiento sea oportuno, completo y cierto.

Hubo acuerdo acerca de la importancia de que en la Consulta se haya reconocido el pluralismo institucional y la necesidad de lograr mayor coherencia entre los principales sistemas de salud.

Se mencionó que si bien es cierto que el desarrollo de los avances médicos se ha visto reflejado en las prestaciones de asistencia médica de la seguridad social, es necesario reajustar y jerarquizar tales servicios adoptándolos a las circunstancias actuales. Para ello, sería muy oportuno que se efectúen reuniones y debates con la finalidad de contribuir a mejorar la organización de las prestaciones sanitarias.

Sin poder recoger en este informe todos los conceptos vertidos por los representantes de la AISS, de la OISS, del CPISS y de la OEA, en sus distintas intervenciones, queda claro que ellos consideraron la Consulta como una reunión positiva, útil y oportuna en las actuales circunstancias. Quedó también patenta que los distintos organismos representados desarrollan amplias actividades de investigación y difusión de información con relación a la planificación social, el financiamiento, la temática de los programas de salud y la organización de los servicios médicos en la seguridad social. La capacidad de estos organismos en profundizar conceptos y revisar experiencias se puede aplicar con provecho a la promoción de estrategias de Atención Primaria en el ámbito de la seguridad social.

En otra intervención se señaló que la atención primaria de salud dirigida especialmente a los trabajadores es también una prioridad declarada por los gobiernos. Acorde con esa prioridad es fundamental modificar la situación existente en cuanto a darle a la salud ocupacional en todos sus aspectos, la amplitud necesaria. Las acciones respectivas en el primer nivel de atención, deben incrementarse conforme a modalidades adecuadas y eficientes.

Se hizo un recuento sucinto de los antecedentes de la conceptualización de la Atención Primaria planteados en dos reuniones de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud previas a la Reunión de Alma-Ata. Se destacaron así etapas de conceptualización que se han ido enriqueciendo hasta llegar a la concepción actual que plantea la Organización Panamericana de la Salud.

La conceptualización requiere cauces racionales que lleven a su aplicación y desarrollo teniendo en cuenta que se trata de una estrategia y de una decisión política de los países de la Región hechas explícitas en las reuniones de ministros de salud hasta desembocar en un Plan de Acción aprobado por ellos.

El principal medio o instrumento para la aplicación de la Atención Primaria es el recurso humano para la salud dentro de su connotación de equipo. Para ello se requiere formar ese equipo en concordancia con los conceptos, principios, características y elementos que integran la Atención Primaria.

Desde este punto de vista un consultor de la OIT explicó el marco de referencia que se ha tomado en Colombia para la formación del médico general que ha de trabajar en el futuro dentro de un nuevo esquema de la prestación de servicios de salud de acuerdo con la estrategia de la Atención Primaria y la meta global definida para el año 2000.

En Colombia, mediante la reestructuración del Instituto de los Seguros Sociales se han establecido niveles de atención y se ha iniciado el desarrollo de actividades de Atención Primaria. El Consultor a su vez instó a continuar la acción y a no dejarse dominar por las frustraciones que a veces acarrea la dura tarea de poner en marcha innovaciones sanas.

### *Conclusiones y actividades futuras*

Entre las conclusiones de lo dicho por diferentes participantes, pueden extraerse las siguientes consideraciones generales:

- La salud es un derecho inalienable de la persona humana, cuyo logro depende de una serie de factores sociales, ambientales, económicos y culturales.
- El respeto a la dignidad humana exige que los servicios de salud sean de buena calidad para todos.
- La necesidad de lograr un mejoramiento de los niveles de salud en todos los estamentos sociales exige una acción conjunta y solidaria de todos los medios e instituciones que en ese campo laboran, a nivel nacional así como de la cooperación internacional.
- La voluntad de la comunidad y su participación activa es un factor decisivo para poder lograr el éxito de los programas en favor de una salud integral, que concuerde con la idea amplia del bienestar social e individual por el cual propugna la estrategia de la Atención Primaria de Salud.
- La salud incide directamente en la calidad de la vida y ésta, a su vez es un factor determinante del desarrollo que debe ser armónico, para no ahondar más las diferencias sociales.
- Dadas sus proyecciones sociales, los servicios de salud de los organismos de la seguridad social, son un factor eminentemente positivo para alcanzar la meta de **SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000.**

La iniciativa tomada por la Oficina Internacional del Trabajo de convocar la presente Consulta Técnica se consideró como el primer paso de un proceso de actividades y de



estudios destinados a dar a conocer y a promover, en el seno de los sistemas de seguridad social, la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Los participantes acordaron seguir examinando, en sus propios países, las posibilidades de:

- a) Proporcionar a quienes tienen la responsabilidad de los programas de salud de la seguridad social los elementos de información indispensables para que conozcan y analicen la estrategia de Atención Primaria y sus implicaciones teóricas y prácticas. La OIT, la OPS y el CPISS pondrán a su disposición el material informativo necesario, incluyendo el que se elaboró para la presente Consulta.
- b) Efectuar cambios en la organización y en la provisión de los servicios de salud de conformidad con los criterios y los principios componentes de la Atención Primaria.

Se acordó también solicitar a la Organización Panamericana de la Salud continuar colaborando con los Ministerios de Salud y con las instituciones de seguridad social en el proceso nacional, con el objeto de informar más ampliamente y sensibilizar a aquellas instituciones de bienestar y de desarrollo cuyas actividades en el terreno estén vinculadas con las de salud, en el marco integral de la estrategia de Atención Primaria.

Los participantes reconocieron que es indispensable informar sobre los resultados de esta Consulta a los altos directivos de la seguridad social, es decir a nivel de decisión "política", con la finalidad de que adopten decisiones encaminadas a los cambios de estructuras y formas de actuar en materia de prestaciones de salud, conforme con los nuevos rumbos que sugiere la estrategia de la Atención Primaria.

Los participantes hicieron un llamado a los demás organismos regionales e internacionales que disponen de medios de acción para realizar tareas de divulgación y motivación. Se busca en esta forma que consideren la posibilidad de incluirlas en los programas de actividades futuras e informen de su decisión a la Oficina Internacional del Trabajo, la cual podría además desempeñar en este sentido un papel útil de coordinación. Los representantes de los organismos internacionales presentes manifestaron su mejor intención de cooperar en este sentido.

Se manifestó el deseo de poder contar con la cooperación técnica de organismos internacionales en apoyo de actividades de carácter nacional y vinculadas con la capacitación o la reorganización de servicios de atención médica conforme a los nuevos conceptos.

## **COORDINACION ENTRE LAS ENTIDADES DEL SECTOR PUBLICO QUE PRESTAN SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD**

Jorge Castellanos Robayo

En la evolución histórica de los servicios de salud de los países de América Latina reviste especial interés el movimiento de coordinación de los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social.

### **ANTECEDENTES**

**Aspectos principales en la evolución histórica de los servicios de salud de los países de América Latina:**

- . Época de los esquemas filantrópicos y de caridad.
- . Comienzo de una mayor acción gubernamental en la organización y administración y en la financiación directa de los servicios, y la instauración y desarrollo de los seguros sociales obligatorios.
- . Iniciación de un movimiento de transformación y mejoramiento de los servicios institucionales del sector público.

**Antecedentes específicos en materia de coordinación de los ministerios de salud y la seguridad social:**

- . Reuniones de los ministerios de salud.
- . Reuniones de las instituciones de la seguridad social.
- . Reuniones conjuntas de los ministerios de salud y los sistemas de seguridad social.

**El examen de los informes de todas estas reuniones, y de la abundante literatura existente sobre el tema, permitiría llegar a las siguientes grandes conclusiones:**

- . La coordinación e integración de los programas de salud de las instituciones de seguridad social, con los homólogos de los ministerios de salud, han sido discutidas y analizadas en la región con bastante intensidad, pero el problema de la duplicación de instalaciones y la naturaleza cerrada y excluyente de los grupos de población protegidos por cada conjunto de servicios han sido obstáculos insalvables.
- . Se observa en general un consenso de pareceres en cuanto a la filosofía y los beneficios a ser derivados de la integración o coordinación de servicios. Sin embargo, no se logran acuerdos en los mecanismos a ser utilizados en su implementación.
- . Los enfoques de discusión y análisis se concentran en aspectos eficientistas, más que en consideraciones políticas y financieras.
- . A pesar de que se han establecido sistemas nacionales de salud en varios países, la coordinación ministerios de salud-seguridad social, salvo pocas excepciones, es incipiente.
- . Las diferencias que históricamente han existido en ambas instituciones en poder económico y político, en ubicación administrativa dentro del sector público, en disponibilidad de recursos y en responsabilidades con respecto a la atención de la población y en capacidad de gestión, continúan siendo factores restrictivos importantes. A lo anterior se agregarían resistencias más o menos abiertas, de sectores limitados, aunque poderosos de las burocracias respectivas.

### **Progresos alcanzados y algunas tendencias de evolución**

- . Conformación general de los sistemas nacionales de atención de salud:
  - a. Países en donde la responsabilidad de la prestación de servicios corresponde exclusiva o primordialmente al ministerio de salud.

- b. Países en donde la seguridad social tiene responsabilidades por la atención de salud de la mayor parte de la población.
- c. Países donde las responsabilidades de atención a la población son mayores para los ministerios de salud.

### **Mecanismos de coordinación**

- . Cambios en la legislación.  
Se han desarrollado básicamente en los países del grupo "b", logrando una mayor participación del Estado en la financiación de la seguridad social.
- . Consejos, comisiones y grupos de representación interinstitucional, creados como organismos asesores del ministerio de salud.
- . Convenios y contratos de uso frecuente en las relaciones interinstitucionales.
- . Programas interinstitucionales:
  - . Desarrollo de infraestructura física
  - . Formación de personal
  - . Desarrollo de sistemas de apoyo
  - . Servicios de atención de salud a grupos especiales de población

### **Hechos recientes en el campo internacional**

- . 1982. La Oficina Internacional del Trabajo, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, convocó una consulta técnica regional sobre estrategias para el desarrollo de los programas de salud en la seguridad social.
- . 1983. Los ministros de trabajo de los países de la subregión andina, acordaron invitar a los ministros de salud y presidente o directores de la seguridad social a un primer encuentro para establecer mecanismos de coordinación y cooperación.

- . 1984. Los ministros de salud de Centroamérica y Panamá y los Directores de las instituciones de seguridad social analizaron el plan para la atención de las necesidades prioritarias de salud en la subregión, y decidieron que los directores de la seguridad social formen parte de la Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá.
- . 1984. Reunión conjunta de ministros de salud y directores de instituciones de seguridad social, en la cual se trató el tema de la participación de la seguridad social en el plan para la atención de necesidades prioritarias en Centroamérica y Panamá.
- . 1984. La Organización Panamericana de la Salud en su XXX Consejo Directivo, revisó la situación del proceso de coordinación y los avances registrados en 1979-1984.

## **ELEMENTOS CENTRALES EN EL PROCESO DE COORDINACION**

### **- Definiciones políticas y proceso político.**

Tres campos de decisión política constituyen otros tantos elementos centrales en el proceso de coordinación de los ministerios de salud y de la seguridad social:

- . Definiciones en cuanto a composición de los sistemas de salud.
- . Financiamiento de los servicios.
- . Cobertura que se otorga a la población.

### **- La formalización y organización de los sistemas de salud**

- . Algunos países muestran un reconocimiento de la multisectorialidad de los factores determinantes de la salud, y ubican las acciones de salud en el ámbito de la planificación nacional, buscando la interrelación real de los servicios con otros sectores.

- . En el campo de la seguridad social cabe destacar igualmente la presencia de cambios y hechos hacia la coordinación y aún la integración.
- . Las influencias que el sector privado puede tener en la conformación de los sistemas de salud, ya sea directamente o a través de sus relaciones con los organismos de seguridad social, merecerían consideración especial.

#### **- Formas de financiamiento de los servicios de salud**

Hay una necesidad impostergable de análisis de los sistemas financieros de la seguridad social y del sector salud como un todo, para definir las políticas más apropiadas de financiamiento de los servicios de salud, dando así una mayor viabilidad a la interacción de ministerios y seguridad social en el empeño nacional de cobertura universal.

#### **- La cobertura de los servicios de salud**

Existe la necesidad de adopción de una política uniforme de atención de la salud, a ser aplicada de manera consistente por las diferentes instituciones que participan en la prestación de los servicios. Dentro de esa política, el abolir las diferenciaciones de "clientelas separadas" por capacidad de contribución o mecanismos financieros, además de establecer condiciones más equitativas para la atención de la salud, es un requisito fundamental para la coordinación ministerios-seguridad social.

### **ESTRATEGIAS Y ENFOQUES OPERATIVOS**

#### **- Estrategias de articulación progresiva**

Las siguientes son áreas en las cuales un esfuerzo concertado contribuirá a encontrar soluciones de conjunto a problemas comunes:

- . Establecimiento y desarrollo de una base doctrinaria común.
- . Análisis conjunto de problemas prioritarios comunes y desarrollo de la investigación de servicios de salud.

- . Racionalización en el uso de la tecnología médica.
- . Racionalización de las inversiones en infraestructura.
- . Armonización de las políticas y formas de utilización del personal.

**- Posibles enfoques operativos.**

- . **Identificación de los grupos de población sin acceso a los servicios de salud.**

Propiciar la capacitación conjunta del personal y la conformación interinstitucional de comités y grupos permanentes de trabajo, encargados de analizar este problema, proponer soluciones y contribuir a su ejecución.

- . **Reorientación en los contenidos de servicios -enfoques de riesgo y vulnerabilidad.**

En el esfuerzo conjunto ministerio de salud-institución de seguridad social para mejorar las condiciones de cobertura, la identificación de los grupos de población sin acceso a los servicios debería estar acompañada de una caracterización de los problemas de salud que afectan a dichos grupos.

- . **Desarrollo de la programación y administración local de los servicios.**

Desarrollar una programación local, propiamente operativa de los servicios, y lograr una amplia base de participación de la población en este proceso, después de desarrollar cambios de actitud en el personal.

- . **Desarrollo de sistemas de apoyo comunes.**

- Acción prioritaria compartida en:

- . Información y supervisión.
- . Normas y procedimientos.
- . Suministros de insumos críticos.



**COMENTARIO FINAL**

El propósito fundamental de este documento fue contribuir a estimular las discusiones de la Segunda Consulta Técnica Regional sobre Estrategias de Desarrollo de las Prestaciones de Salud en la Seguridad Social.

## **ACTIVIDADES INTERAMERICANAS EN PROGRAMAS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

Secretaría General CPISS

En la estrategia de desarrollo socioeconómico se reconoce que, para obtener un nivel aceptable de salud, no es suficiente la implementación de servicios de atención médica, sino que es imprescindible mejorar los niveles de educación, nutrición, habitación, recreación, empleo, y de los demás condicionantes que influyen en la calidad de vida de los grupos de población y en particular de los postergados.

### **Seguridad Social y Organismos Internacionales**

Reuniones de otros organismos interesados por la seguridad social a nivel regional han proporcionado en bienio 1983-1984 excelentes aportaciones para el impulso de las actividades interamericanas en materia de programas de salud de la seguridad social.

## **ACTIVIDADES INTERAMERICANAS EN MATERIA DE PROGRAMAS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

- VIII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Comisión Americana Médico Social. Panamá, 1983.

Se trató el tema de las tendencias en las prestaciones de salud y la participación de la seguridad social en la formación de recursos humanos.

- Reunión de Expertos de Cuadros Básicos de Insumos de los Países Miembros de la Asociación de Instituciones de Seguridad Social del Caribe, Centroamérica y Panamá. México, 1983.

El costo creciente de la atención médica requiere fomentar un desarrollo de investigación y tecnología propias y la disponibilidad y producción de insumos y equipos críticos.

- VIII Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Sto. Domingo, 1984.

En América Latina es impostergable la necesidad de encontrar soluciones apropiadas para lograr atención de salud equitativa, oportuna y de buena calidad para el total de la población.

- La extensión de la protección social a los grupos marginados de las zonas rurales. Oaxtepec, 1984.

Se consideró que debe estimularse la creación de mecanismos legales que promuevan la participación de las comunidades en la elaboración, ejecución, promoción y evaluación de los programas de salud en cada región, con apego a las variantes aplicables a la idiosincracia de cada grupo poblacional.

- VII Congreso Interamericano de Prevención de Riesgos en el Trabajo. Oaxtepec, 1984.

Tema central: "Programas y acciones para el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo".

- Seminario: "La medicina del trabajo en las prestaciones de salud de los seguros sociales". Oaxtepec, 1984.

Entre sus conclusiones se destaca: la necesidad reiterada de unificar los sistemas de registro de riesgos de trabajo de las instituciones de seguridad social de los países americanos, considerando las variables que los integran y sus características especiales.

- Seminario: "Participación de las instituciones de seguridad social en programas de prestaciones sociales, culturales, recreativas y de alimentación popular". Oaxtepec, 1984.

Se estimó que los servicios de prestaciones sociales constituyen una particularidad de la región americana, con vistas a fortalecer las acciones de bienestar social y a un desarrollo comunitario y que, aún cuando no presentan una evaluación homogénea en la región, son conceptuadas como mecanismos no tradicionales de los seguros sociales.

- Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

En la actividad docente 1983-1985 se destacó la constante evolución que obliga a racionalizar recursos y optimizar la administración para proporcionar atención médica integral con equidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

### **REFORMAS LEGISLATIVAS RECIENTES EN PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD CON LA PARTICIPACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

- Argentina. Ley 22269 de 1980. Confiere al Instituto Nacional de Obras Sociales la coordinación nacional de los servicios entre los entes de obra social y entre éstos y otros organismos nacionales, provinciales y municipales.
- Brasil. Existen modificaciones significativas al marco normativo en que se articulan los servicios médicos de la seguridad social, cuyo punto más destacado lo constituye la creación de una institución específica para el otorgamiento directo de la atención médica a nivel nacional, dentro de un Sistema Nacional de Previsión Social.
- Colombia. En fechas recientes se crean planes nacionales en los cuales se articula la seguridad social. Por Resolución del 29 de julio de 1982, se adopta un Plan para Intensificar el Desarrollo de la Salud (PINDESA) para las entidades del Sistema Nacional de Salud.
- Costa Rica. Es trascendental el mandato constitucional de universalización de los seguros sociales a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social, en base al Plan de Salud, Ley de Salud de 1973 y la Ley Orgánica para el Ministerio de Salud de ese mismo año.
- Ecuador. La estrategia de extensión de la seguridad social está presente a través del desarrollo de programas prioritarios enfocados al agro. Se han dictado en fechas recientes algunas disposiciones en esta materia.
- Honduras. Por acuerdo de la Junta Directiva, en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley del Seguro Social, el seguro se deberá implantar en forma progresiva en nuevos municipios.

- México. Con relación al Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria administrado por el IMSS y en cumplimiento de disposiciones legales, en 1984 se constituyó un Comité de Operación de dicho programa y los Consejos Estatales de Vigilancia de Solidaridad Social.
- Nicaragua. Entre las reformas legales en este último bienio, se encuentra el establecimiento del Sistema Nacional Único de Salud, a cargo del Ministerio de Salud.
- Panamá. La disposición constitucional de 1972 prevé que los "sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas se integren orgánica y funcionalmente".
- Perú. Entre las disposiciones legales recientes en materia de programas de salud de la seguridad social, se pueden citar aquellas relacionadas con el establecimiento del sistema nacional de servicios de salud.

## COMISIONES AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL

### - Comisión Americana Jurídico Social.

Abunda en la necesidad de establecer o perfilar en forma cada vez más precisa mecanismos idóneos de coordinación de la seguridad social con el sector salud a nivel nacional.

### - Comisiones Americanas de Organización y Sistemas Administrativos y de Actuaría y Estadística.

Se estudian los problemas administrativos de la extensión de la seguridad social a la población rural y la planificación de la seguridad social. Al mismo tiempo se establecen criterios de financiamiento de los programas de salud dentro de contextos tales como la crisis económica y el impacto de tendencias inflacionarias y demográficas que afectan a los sistemas de seguridad social en América Latina.

**- Comisiones Americanas Médico-Social y de Prevención de Riesgos en el Trabajo.**

Es preocupación definir el papel significativo de los servicios médicos de la seguridad social en la planeación de la política de salud a nivel nacional.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La iniciativa de la Oficina Internacional del Trabajo y su Departamento de Seguridad Social de organizar consultas técnicas regionales para discutir el desarrollo y perspectivas de las prestaciones de salud en la seguridad social, ha sido promotora de un entendimiento más preciso de factores que vinculen a los seguros sociales con los sistemas de salud integrados y los programas nacionales de desarrollo.

***INFORME FINAL DE LA SEGUNDA CONSULTA TÉCNICA REGIONAL SOBRE ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL***

**Aspectos generales: política de salud y de seguridad social en un contexto de desarrollo**

Durante las distintas sesiones de trabajo se realizó un intercambio de opiniones sobre aspectos de la política de desarrollo y su relación con la salud y el bienestar social. A continuación se presenta un resumen de los principales conceptos vertidos, estructurados en lo posible, por temas, es decir, independientemente del orden cronológico de las distintas intervenciones.

El Sr. Tamburi opinó que al discutir la política de salud tanto a nivel nacional como internacional conviene analizar por separado tres aspectos de la misma. Estos aspectos, sin dejar de ser interdependientes, interesan a diferentes protagonistas y exigen planteamientos separados. Un primer aspecto corresponde a las cuestiones de orden médico, científico y tecnológico de los programas de salud. Compete a los profesionales médicos y para-médicos garantizar el adecuado nivel técnico y científico de los procesos utilizados en la prevención de las enfermedades y en su tratamiento. El sistema educativo (académico y post-académico) tiene la responsabilidad de impartir los conocimientos a los recursos humanos que se dedican al área de salud. Un segundo aspecto es el económico: ¿Cómo compatibilizar la asignación de recursos necesarios para sostener los programas públicos de salud con los requerimientos de los demás sectores de la economía nacional? ¿Cómo rentabilizar luego la asignación de dichos recursos en términos de costo-beneficio, es decir, cómo garantizar la eficiencia del sistema? Esta problemática requiere el concurso de otros profesionales que -junto a los médicos- se aboquen a solucionar la ecuación: economía/ciencia médica. El tercer aspecto, que, en la opinión del Sr. Tamburi es, de lejos el más apremiante y el más difícil de resolver, abarca a la salud como fenómeno social. ¿Cómo garantizar a todas las capas y categorías de la

población el libre acceso a los servicios de salud, independientemente de su situación económica? Es conocido que la dimensión social del fenómeno salud, es decir, la imposibilidad por parte de los grupos económicamente débiles de tener acceso a servicios modernos de prevención y de cuidado de la salud, originó desde ya hace casi un siglo el proceso de elaboración y desarrollo de sistema de solidaridad colectiva, hoy conocido bajo el término general de seguridad social. Estos sistemas cobraron creciente importancia frente a la manifiesta incapacidad del Estado de promover la necesaria solidaridad mediante el instrumento fiscal y el servicio público. Además estos sistemas han sido capaces de responder en el campo de la salud, a las aspiraciones sociales de una gran masa de trabajadores del continente americano.

Concluyó el Sr. Tamburi apuntando que lo ideal sería que los aspectos médicos, económicos y sociales de la política de salud encuentren una solución coherente en el interés de toda nación, es decir, de todos los grupos socioprofesionales y no solamente de algunos de ellos. Desafortunadamente, el grado de desamparo social y las dificultades económicas imperantes en varios países, no permiten esperar que la generalización del "acceso" a la salud, ni la corrección de las actuales "distorciones" del sistema, sea realizada a breve término. Los pasos que se darán serán lentos y los obstáculos muy numerosos.

Al igual que el Sr. Tamburi, el Sr. Director General de la OPS, Sr. Carlyle Guerra de Macedo, expresó una profunda preocupación en lo que se refiere a las perspectivas de que los países de América Latina puedan avanzar rápidamente hacia las metas de salud, bienestar y desarrollo social.

En su opinión, existe una deficiencia conceptual, es decir teórica, y también instrumental de cómo entender y promover el desarrollo de nuestras sociedades. El cuerpo de teoría y el instrumento metodológico con que trabajan los que conducen la política económica y social de los países no les permite orientar el desarrollo hacia la realización del hombre y la satisfacción de sus necesidades básicas. Los modelos económicos utilizados tratan el problema del bienestar únicamente en función de variables cuantitativas (nivel del empleo, distribución de la renta, etc.). Insuficientes para lograr los objetivos sociales. Compete



entonces a los responsables de los sectores sociales, en particular salud y seguridad social, acercarse a la planificación económica para obtener que se modifiquen los modelos de desarrollo existentes. El concepto de desarrollo identificado por un aumento de la producción y por un aumento del flujo de bienes materiales disponibles, puede llegar a satisfacer las necesidades sociales básicas en sociedades maduras, es decir, dotadas de estructuras sociales sólidas y estables, pero es insuficiente si se aplica a sociedades, como las de América Latina, donde las relaciones sociales entre los distintos grupos son todavía precarias e inestables y donde se está todavía en la búsqueda de una forma de organización y de objetivos ajustados a las exigencias de los sectores mayoritarios.

Al concluir sobre este tema, el Sr. Carlyle Guerra de Macedo lamentó el escaso valor que se atribuye a la vida humana e hizo un llamado a los responsables de la política de salud y de seguridad social para que unan sus esfuerzos en favor de una revisión general de conceptos y métodos a través de los cuales los poderes públicos toman las decisiones relativas a la asignación de recursos para los distintos sectores de la economía.

Los temas específicos de la Consulta quedaron reflejados en importantes planteamientos doctrinarios formulados a lo largo de la reunión. Hablando en nombre de la Organización Panamericana de la Salud, el Sr. Carlyle Guerra de Macedo planteó en primer lugar la imperiosa necesidad de que los esfuerzos y recursos que destinan a la salud los sistemas de seguridad social confluyan y se unan con los recursos de las demás instituciones públicas que tradicionalmente han compartido la responsabilidad de promover y cuidar la salud de la población en general. Reconoció que seguridad social y salud pública han tenido un desarrollo histórico independiente determinando la coexistencia de prácticas y modelos operativos diferentes como lo son también los respectivos núcleos de intereses y grupos de presión que se han creado. Una acción conjunta, por deseable que sea, no se fundamenta todavía en un consenso político de la mayoría de los países de la región. Explicó que las dificultades que deben enfrentarse son administrativas, técnicas, políticas y, sobre todo, aquellas que crean las actitudes y comportamientos individuales, arraigados en una situación de statu-quo.

Para superar los obstáculos que elevan los intereses creados en cada uno de los subsectores, opinó el Sr. Carlyle Guerra de Macedo, debería lograrse un consenso sobre dos principios fundamentales aplicables a la política de salud; el principio de equidad y el principio de eficiencia.

La condición de equidad se fundamenta en el hecho de que la salud no puede ser considerada exclusivamente como un fenómeno individual sino como un problema social. La primera consecuencia natural que se deriva de lo antedicho es la noción de derecho universal a la salud de cada uno de los integrantes de nuestras poblaciones. La persistencia de la noción de derechos particulares para cualquiera de los grupos que componen las sociedades de nuestros países, es un obstáculo a la noción de equidad y al proceso de coordinación entre los subsectores de seguridad social y de la salud. Estos obstáculos son aún menos aceptables cuando la noción del derecho particular de cualquier grupo no encuentra verdaderamente respaldo en el argumento de que estos grupos pagan para obtener ese derecho particular. Con la excepción de las contribuciones de los trabajadores, todas las demás formas de financiación de los sistemas de seguros sociales son pagadas verdaderamente por la sociedad en su conjunto. Teniendo en cuenta la naturaleza regresiva de los sistemas fiscales que sustentan las acciones del Estado, son las parcelas mayoritarias de la población y exactamente las más pobres, las que proporcionalmente más pagan por esos derechos particulares a la salud de algunos de los grupos en nuestras sociedades.

En la opinión del Sr. Carlyle Guerra de Macedo, el fenómeno aludido representa la causa, o una de las causas básicas que dificultan la articulación entre seguridad social y ministerios de salud: la noción de derechos particulares de determinados grupos de la sociedad y la forma a través de las cuales se financia tanto la seguridad social como los servicios públicos de salud.

Agregó que la noción básica de equidad, conlleva también la necesidad de obrar hacia la universalización de las prestaciones de salud en igualdad de condiciones, o en otras palabras, la universalización real de la seguridad social para todos los integrantes de nuestras sociedades. Esta es la filosofía y la

justificación última concreta y real de un verdadero sistema de seguridad social.

Con referencia al segundo principio, el de la eficiencia, el orador recordó que todos están conscientes de la alarmante insuficiencia de recursos en el campo de la salud frente a necesidades insatisfechas crecientes; muchos olvidan que al mismo tiempo se observa actualmente un enorme desperdicio en la utilización de los recursos disponibles. El grado de desperdicio (o sea, de utilización innecesaria y antieconómica) se estima alcance actualmente en América Latina un 30 por ciento de los recursos disponibles. El grado de desperdicio (o sea, de utilización innecesaria y antieconómica) se estima alcance actualmente en América Latina un 30 por ciento de los recursos disponibles para la salud, es decir, una suma de alrededor 10,000 millones de dólares. Cuatro causas de desperdicio merecen mencionarse. La primera es la forma de organización de los servicios, que conlleva duplicaciones, vacíos, pérdidas de eficiencia, etc. La segunda consiste en deficiencia "gerenciales" (deficiente preparación de los administradores de servicios de salud). La tercera causa se debe a la prestación de servicios innecesarios, en función de intereses que no expresan auténticas necesidades de salud. La cuarta causa es el factor tecnológico, que afecta a los demás, y que es muy grave porque se han incorporado en los servicios de salud, inclusive en los de la seguridad social, tecnologías sofisticadas, innecesarias y costosas, mientras que una opción racional hubiera escogido tecnologías que permitan proveer servicios básicos de salud para las grandes masas de la población. Un grado más elevado de eficiencia corresponde también a un grado más amplio de cobertura en términos de personas protegidas. En este sentido las dos condiciones, eficiencia en el uso de los recursos disponibles y equidad (solidaridad), son expresiones de un mismo proceso y de una misma meta.

El Sr. Carlyle Guerra de Macedo, ratificando un concepto ya expresado por el Sr. Tamburi, se declaró convencido de que entre los instrumentos a disposición para modificar la situación existente, uno de los más importantes sería la adopción por parte de todos los sectores, de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

Algunos de los temas doctrinarios expuestos por el Sr. Carlyle Guerra de Macedo fueron comentados por otros oradores. Entre ellos, el Director General del Instituto de Seguros Sociales de Colombia, Sr. hernando Zuleta, sostuvo una tesis diferente al señalar que estimaba que la noción de derecho individual que es la base de la seguridad social, no ha sido de ninguna manera un obstáculo para favorecer el acceso de la población a servicios modernos de salud, sino que más bien lo ha favorecido. Es cierto que se debe continuar extendiendo los derechos "individuales" para lograr el mismo fin de equidad y justicia distributiva. Esto puede lograrse mediante la utilización de varios enfoques basados en distintos sistemas de seguridad social, cuya finalidad no puede reducirse sencillamente a una función para fiscal, es decir, instrumentando un impuesto sobre los salarios para ayudar a financiar los presupuestos de los ministerios de salud. Sobre el particular el Sr. Armando López Scavnino (OISS), después de haber convenido que nadie pone en duda la necesidad de alcanzar equidad en los programas sociales, opinó que el bienestar no se logra sólo con expectativas teóricas por más válidas que éstas sean.

Varios participantes unieron su voz a la del Sr. Carlyle Guerra de Macedo para lamentar el desequilibrio creado por una excesiva sofisticación de la atención en salud brindada por organismos del sector público. El Dr. Zuleta (Colombia) dijo que a pesar de la reiterada comprobación teórica de lo anterior, son muchos los países que dedican sus escasos recursos para la salud en procedimientos altamente especializados, con una tecnología sofisticada que demanda esfuerzos financieros inconmensurables.

La dotación de agua potable, los programas de nutrición, la lucha contra la contaminación ambiental, la necesidad de erradicar las enfermedades tropicales y tantas otras cosas que necesitan, con urgencia, los países de América Latina, se ven, en muchas ocasiones, desplazadas por programas que no son prioritarios y que consumen recursos necesarios para los propósitos primordiales.

La tecnología y los recursos financieros que demandan los procedimientos de

alta especialidad pueden llevar a nuestros países a la quiebra, sin que simultáneamente se estén atendiendo las necesidades fundamentales. Prolognar una vida a través, por ejemplo de un corazón artificial, puede llegar a ser la culminación exitosa de una investigación sin precedentes en el mundo científico, pero tal cosa no responde a un aspecto fundamental del contexto social de nuestras comunidades pobres.

Los adelantos en la investigación científica llevan a las naciones a pensar que las prioridades individuales son las urgencias sociales. Sobre esa base errónea se trabaja, desafortunadamente, para abrir aún más la brecha entre los de abajo y los de arriba.

Comentando los obstáculos que impiden realizar programas sociales equilibrados y coherentes con el tipo de desarrollo que requieren las naciones de América Latina, varios oradores enfatizaron la distancia que separa las declaraciones de intenciones de la toma de decisiones políticas y la dificultad que existe de llevar una decisión política a un resultado práctico. El Sr. Antonio Ordoñez Plaja (Colombia) advirtió que existe el peligro de armar una estructura filosóficamente irrefutable sobre una premisa falsa, o, por lo menos dudosa, porque nadie se opone a declaraciones del deseo de cumplir con una y otra meta pero no hay seguridad de que el compromiso político necesario siga tales declaraciones. El Sr. Zuleta volvió a intervenir refiriéndose a los intereses creados profesionales, personales y gremiales que impiden poner en marcha una determinada política, apuntando a la reistencia al cambio de los tecnócratas quienes juzgan a los políticos como elementos transitorios en comparación con su propia expectativa de estabilidad y permanencia en posiciones de dirección.

El Sr. Carlyle Guerra de Macedo amplió estos conceptos. Estimó en primer lugar que en sociedades como las que se observan en América Latina el poder político no es un monopolio de las instituciones que integran el Estado; además, dentro del propio Estado el poder político no es tampoco un monopolio de las autoridades sino que está diseminado en estructuras e instituciones de varios niveles, es decir, en mecanismos burocráticos que pueden -si así lo

quieren- resistir u oponerse a la ejecución de decisiones tomadas por las autoridades. La llamada burocracia teme al cambio en cuanto lo considera como una amenaza al sistema establecido. El poder político tiene una distribución muy desigual en nuestras sociedades; es muy común, por ejemplo, que se tomen decisiones en el campo de la política de salud no en función de las necesidades de la población sino en función de otros intereses. Estimó el Sr. Carlyle Guerra de Macedo que los responsables de área de la salud han fracasado en sus intentos de promover el cambio, han sido incapaces de transformar las propuestas de cambio en un "lenguaje" político que pueda utilizarse en las negociaciones entre los distintos grupos cuyos intereses divergen. Este fenómeno representa una paradoja en cuanto se constata que en cada país siempre ha existido un consenso general en cuanto a la salud, como derecho, como necesidad y como base indispensable para el bienestar social. Por otro lado, la población siempre asignó a la salud una extraordinaria importancia como elemento de bienestar personal y familiar (todas las encuestas de opinión lo confirman). A pesar de estos elementos favorables, los responsables han sido incapaces de plantear el problema de la salud a las autoridades con un adecuado enfoque político que permitiera aprovechar la valoración positiva que le da la población y los representantes de la clase política.

El Sr. Ricardo Moles (AISS) señaló que en su opinión la discusión sobre el marco conceptual que cubre la política de salud en general, y la política de seguridad social en particular, no está todavía agotada. Es evidente que tres preocupaciones dominan la problemática actual: la manera más eficaz para ampliar la cobertura (mejorar el "acceso"), obtener los recursos financieros correspondientes (las tasas de imposición sobre salarios ya llegan a niveles muy altos) y racionalizar los recursos y la utilización de infraestructuras existentes. Si las medidas reparativas (medicina curativa) pueden realizarse sin dificultad dentro de los esquemas tradicionales de la seguridad social y de los ministerios de salud, las medidas preventivas, igualmente indispensables y prioritarias pueden desbordar las funciones y las atribuciones de estas instituciones, debido a que muchos factores causantes de las enfermedades se originan en otros sectores (vivienda, condiciones de vida y de trabajo, etc.) lo que implicaría una configuración global de la política social y un replanteamiento

de lo que se entiende concretamente por "derecho" a la salud

Sobre el particular se recogió también la opinión del Sr. López Scavino (OISS) quien señaló la confusión que se observa a menudo entre "salud" y "atención médica". En realidad, se pueden ir aumentando los recursos para brindar más atención médica con la idea (falsa) que se está haciendo más "salud", olvidando que se puede generar más salud actuando fuera del sector que dentro de él (condiciones de vida, de trabajo, etc.).

### **Aceptación de la estrategia de atención primaria por los sistemas de seguridad social.**

Los aspectos doctrinarios y metodológicos del tema de la atención primaria habían sido ampliamente discutidos y aclarados en el curso de la Primera Consulta, de manera que los participantes fueron invitados a presentar experiencias nacionales recientes y a comentar sobre el grado de aceptación por la seguridad social de la estrategia de atención primaria de la salud. Como se desprende de las informaciones que se dan a continuación se han realizado avances significativos en un número importante de países de la región.

En Argentina se ha adoptado la estrategia para el logro de las políticas y prioridades definidas por el gobierno que entró en función a fines de 1983. El objetivo último es el de mejorar los niveles de salud de la población. Uno de sus elementos está representado por el Programa Alimentario Nacional. Otro de esos elementos es el Programa Nacional de Apoyo en Salud a las provincias, el que comprende la atención a grupos, cuyas condiciones los hacen estimar prioritarios; control y educación para la salud, salud ambiental y modalidades de actividad primaria. El subprograma de actividad primaria se desarrolla desde hace varios años. Incluye visitas domiciliarias programadas en áreas rurales y periurbanas y está destinado a población dispersa y marginada o semimarginada. Se efectúa a través de agentes sanitarios que realizan controles sanitarios, educación sanitaria, entrega de leche a embarazadas y niños menores de 6 años y derivación de enfermos a los servicios regionales de salud a los cuales están integrados.

Entre las prioridades se señala la disminución de las diferencias entre los distintos grupos de población en lo que hace a situación de salud, recursos disponibles y servicios recibidos, cobertura total de la población y garantía de accesibilidad a las prestaciones necesarias, control y atención de la madre, el niño, el adolescente, el trabajador y el anciano y el mejoramiento de la salud ambiental. Para el logro de estas políticas y prioridades se ha adoptado la aplicación de los lineamientos establecidos en la estrategia de atención primaria.

Esta estrategia, en el Instituto Nacional de Obras Sociales, entidad encargada de las prestaciones de salud, implica entre otras acciones: la participación de los beneficiarios del sistema, la plena utilización de los recursos vinculados a la salud con la coordinación sectorial y extrasectorial, la organización de la atención por niveles con particular desarrollo del primer nivel, la aplicación del concepto de tecnología apropiada.

Las obras sociales han incluido programas de atención primaria buscando orientar sus actividades dentro de las políticas de salud nacional. Se ha aceptado y determinado la inclusión dentro de las coberturas de atención médica, de programas materno infantil, de salud mental y de salud bucal.

En Brasil, los progresos en la aplicación de las estrategias de atención primaria de salud se han visto facilitados con la implantación a partir de 1982 del Programa de Acciones Integradas de salud "AIS" donde participan el Ministerio de Salud, el de Previsión y Asistencia Social que incluye al Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS), el de Educación y Cultura y las Secretarías de Salud de los Estados. El Programa (AIS) ha iniciado acciones de atención primaria en aproximadamente 90 por ciento de los Estados del País.

Las normas generales para la aplicación de las AIS disponen la regionalización y jerarquización única de los servicios públicos y privados con el propósito de valorizar las actividades básicas de salud de tal forma de garantizar la transferencia a un nivel superior de los casos que requieran una atención más compleja.



Por su parte, los servicios propios del INAMPS, especialmente los ambulatorios, están jerarquizados en diferentes niveles escalonados.

Los puestos de asistencia médica de INAMPS-PAM, se ordenan en cinco categorías. El nivel inferior -Puestos de 5a. Categoría- comprende asistencia médica en las siguientes especialidades: clínica médica, pediatría, ginecología, obstetricia, traumato-ortopedia, asistencia farmacéutica, asistencia odontológico, servicios complementarios (pequeña cirugía, curaciones, inyecciones, inhaloterapia y otros), servicios de enfermería, inmunizaciones, educación para la salud. Los puestos de 4a., 3a., 2a., y 1a. Categorías comprenden, además de los servicios indicados, otros más completos con mayores especialidades, pero cuya descripción excedería en mucho al concepto de atención primaria de salud.

En Colombia, en la organización de la atención básica se postula en cuidado integral, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, control de los factores de riesgo laboral y ambiental, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, utilizando como estrategias básicas la educación y organización de los beneficiarios, la vigilancia epidemiológica de las enfermedades y los accidentes. Característica muy importante en esta nueva organización de la atención básica es la asignación a cada aseguradora y su familia de un médico y un odontólogo libremente escogidos por él. Cada médico y odontólogo es responsable de la conservación o recuperación de la salud de un grupo de beneficiarios, en una relación continua y de compromiso mutuo. Se busca así obtener la mayor eficacia de las acciones y decisiones clínicas, humanizar el proceso de cuidado personal, control en el cumplimiento de las prescripciones diagnósticas y terapéuticas y adecuada utilización de los servicios y medios indispensables para la atención.

En el marco de la reforma del Instituto de Seguros Sociales, que se encuentra desde hace tres años en etapa de implantación, los aspectos relacionados con la atención básica o Atención Primaria han recibido especial prelación. El fondo de Promoción de la Salud creado para facilitar la apertura hacia un nuevo esquema de atención, financia proyectos que enfatizan la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el control de los riesgos, mediante

acciones educativas y la participación organizada consciente y activa de los beneficiarios.

Como consecuencia de la reorganización y reorientación de los servicios de salud del Instituto de Seguros Sociales, entre otras medidas, se adoptó un sistema de atención escalonada en niveles de complejidad "para ajustar eficientemente los recursos a la naturaleza y severidad de las necesidades de salud".

Los recursos para el cuidado médico electivo o programable se organizan en tres niveles: básico, intermedio y de alta especialización.

El personal y los recursos materiales de los centros para la atención médica especializada, de nivel intermedio y de alta especialidad se agrupan funcionalmente en dos tipos de unidades o servicios, según dispongan o no de especialistas, tratantes o de personal, que, sin serlo, realizan procedimientos diagnósticos o terapéuticos para el cuidado del paciente. Así se tienen, por un lado, los servicios o unidades funcionales, con especialistas tratantes, que atienden las especialidades gineco-obstétricas, pediátricas, médicas, quirúrgicas, cuidado intensivo y, por otro, los servicios o unidades funcionales sin especialistas tratantes, que atiendan las salas de parto y neonatología, así como los quirófanos.

La atención médica básica prestada por el Instituto se efectúa en centros ambulatorios con una población asignada que puede ir desde 1,500 beneficiarios, con un equipo de cuidado médico de medio tiempo, hasta centros con 50,000 beneficiarios, que requieren de 15 a 17 equipos de cuidado médico y de 10 a 12 equipos de cuidado odontológico.

El apoyo asistencial propio con que pueden contar los equipos, va desde el despacho de una fórmula hasta la realización de pruebas diagnósticas (Rayos X, laboratorio, evaluación motriz, de la agudeza visual, de la agudeza auditiva) y de complementación terapéutica (terapia psicológica, terapia física, ocupacional o del lenguaje), despacho de medicamentos, recepción de documentos para tramitar subsidios y pagar incapacidades.

La atención básica de salud ocupacional se presta a través de equipos de salud del trabajo, constituidos por un médico con formación o entrenamiento en medicina del trabajo, un ingeniero, un supervisor, un técnico de salud ocupacional y una enfermera o auxiliar de enfermería cuando no se cuente con enfermera.

Cada equipo tiene asignado un número determinado de empresas dentro de una zona geográfica delimitada. El equipo desarrolla labores de inspección para determinar la clase y el grado de peligrosidad de la empresa y definir un programa de trabajo, inspecciones de control, estudios especiales, a través de los cuales se cuantifican los riesgos, se identifican los trabajadores expuestos, se establece el grado de exposición y se definen mecanismos de control, se practican investigaciones de control y se asesora a la empresa en el área de medicina del trabajo e higiene y seguridad industrial.

En Costa Rica, en muchas zonas del país se prestan ya servicios de medicina asistencial combinada con elementos de atención primaria de salud; estos servicios están a cargo sea de la Caja Costarricense de Seguro Social o del Ministerio de Salud.

La Caja Costarricense de Seguro Social distingue cuatro niveles de atención, entre los cuales hay interrelaciones de derivación de casos y de apoyo. El nivel 1, básico de atención, se ocupa de los problemas de salud de mayor frecuencia en la población, de la prevención y de la promoción de la salud y, en general, de las acciones de atención primaria de salud. Ofrece servicios en los puestos de salud, ubicados en sitios próximos a la vivienda de los adscritos y está a cargo de personal auxiliar polivalente (auxiliares de enfermería, asistentes de salud rural y asistentes de salud comunitaria). No dispone de personal médico permanente; cumple funciones de atención a las personas y de saneamiento ambiental. También a este nivel existen los centros de educación y nutrición.

El nivel 2 proporciona atención médica general y en algunas especialidades básicas, como pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y, en determinadas ocasiones, ciertas especialidades de apoyo, además del saneamiento ambiental a cargo de

los inspectores de saneamiento. Los establecidos pueden ser con o sin camas. En el nivel 3, de atención médica general y especializada, se atiende a las personas que requieren psiquiatría, ortopedia y radiología. Este nivel se ocupa del saneamiento ambiental, principalmente a través de supervisores de saneamiento. También comprende establecimientos sin camas, que son clínicas de consulta externa de salud integral y con cama, que son los hospitales regionales. Están dotados de recursos docentes para que participen en el programa de enseñanza-aprendizaje y sean utilizados para el adiestramiento de los estudiantes de ciencias de la salud. El nivel 4 es de atención médica altamente especializada. Corresponde a los servicios de mayor complejidad, tanto ambulatorios como hospitalarios. En ellos se concentran recursos humanos muy especializados y recursos de alta tecnología y se controla la investigación clínica y básica además de participar en la formación del 100% de los estudiantes de medicina y especialistas del país.

En Cuba, el 100% de la población recibe los beneficios de la atención médica con la que se ha cubierto todo el país a través de programas médico curativos. Esto ha sido posible gracias al trabajo conjunto de organizaciones sociales y estudiantiles y la administración descentralizada.

En cuanto a los últimos desarrollos que se han producido en el país en materia de atención primaria, a partir de enero de 1984 y por iniciativa del Presidente del Consejo de Estado, se comenzó en forma experimentada una nueva modalidad de atención a través de los médicos de familia quienes están situados en los distintos sectores de los policlínicos existentes en el país y donde brindan atención a un total de 120 familias.

En el área de higiene y epidemiología también se han producido cambios importantes. Los programas de higiene, así como algunos programas de epidemiología, que eran desarrollados por el policlínico, actualmente lo son por los centros y unidades Municipales de Higiene y Epidemiología. Estas son unidades de nueva creación dentro del Sistema Nacional de Salud, su objetivo fundamental es la preservación de la salud del hombre mediante acciones sobre éste y actividades de control del ambiente. Constituye la unidad representativa

de la Inspección Sanitaria Estatal para exigir la aplicación y cumplimiento de la Legislación Sanitaria vigente.

Además, jerarquiza administrativa, metodológica y técnicamente al resto de las unidades del Sistema de Salud de esta instancia, en todo lo relativo a los planes y programas de salud para el área de higien y epidemiología. Estas unidades están formadas por equipos multidisciplinarios integrados por médicos epidemiólogos, médicos higienistas, ingenieros, licenciados en química, psicólogos y técnicos medios de estas especialidades.

En Ecuador, tanto el Seguro Social Campesino como el Ministerio de Salud vienen desde hace algunos años aplicando las estrategias de atención primaria. Para tal fin, el Ministerio de Salud ha organizado sus servicios en cinco niveles, dos de los cuales se ubican en el área rural.

El puesto de salud es una unidad operativa de atención primaria, por medio del cual se prestan servicios de salud integral, enfatizando acciones de cuidado materno-infantil, inmunizaciones, nutrición, atención sistemática de pacientes y mejoramiento del medio ambiente rural. Los puestos se encuentran ubicados en las cabeceras de localidades con menos de 1,500 habitantes y en localidades rurales. Cuentan con personal auxiliar permanente de enfermería y aplican los programas correspondientes al primer nivel del sistema de servicios, constituyendo la base de la pirámide de regionalización y del mecanismo de derivación. El subcentro de salud es una unidad operativa en la que se llevan a cabo también acciones de salud integral tales como atención a la madre, exclusivamente ambulatoria, con equipo de apoyo de diagnóstico elemental, así como acciones de mejoramiento del medio ambiente. Se encuentra en la cabecera de localidades de entre 1.500 y 5.000 habitantes. Cuenta permanentemente con personal médico, odontológico y auxiliar de enfermería. Atiende a los pacientes derivados desde el primer nivel y deriva pacientes a los niveles tercero, cuarto y quinto. Constituye asimismo el primer escalón de la integración docente-asistencial del sistema, para la formación de los recursos humanos de salud.

En el Seguro Social Campesino existe un solo nivel, representado por el dispensario campesino. Se ubica en comunidades que cuentan con 750 a 1,000 afiliados. Cuenta con una auxiliar de enfermería permanente y recibe periódicamente la visita de un médico. En este nivel se atienden consultas médicas y odontológicas, control de embarazo, atención del parto y entrega de medicamentos.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador estimula la participación activa de la comunidad en las acciones de salud y, en primer lugar, en las de atención primaria. Para estos efectos, se capacita a miembros de la comunidad como promotores de salud y auxiliares de enfermería comunitaria. Por su parte, la participación de la comunidad en el funcionamiento del Seguro Social Campesino está muy desarrollada. Los miembros de la comuna donan el terreno y aportan los materiales y su propio trabajo para construir el dispensario. La comuna campesina, con gran raigambre tradicional, es la base para organizar la asistencia médica. En la comunidad rural existe el denominado nivel comunitario, representado por el micropuesto de salud y atendido por un miembro de la comunidad, el promotor de salud ya mencionado. Este, realiza prioritariamente acciones educativas y preventivas y primeros auxilios. Se encuentra, además, la colaboradora voluntaria rural, que es una partera empírica que recibe adiestramiento y atiende partos normales en las pequeñas comunidades.

En Guatemala, la reestructuración administrativa del Ministerio de Salud Pública, en vez de tener regionalizado el país en cinco regiones, como antes, estableció la sectorización por áreas, correspondiendo cada una de ellas a cada uno de los 22 departamentos del país. Se cree conseguir así más accesibilidad y facilidad de funcionamiento.

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el área metropolitana, la distribución de servicios está organizada en una red de consultorios periféricos y hospitales especializados, con personal médico y paramédico de tipo general y especializado respectivamente. A nivel departamental se cuenta con: a) puestos de primeros auxilios, atendidos por enfermeras auxiliares; b) consultorios con personal de preparación general; y c) hospitales generales con personal, en su mayoría de preparación general, aunque hay médicos especialistas. En

el área rural, en muchos lugares se contratan servicios en unidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Para fines de atención primaria, aún no se han reforzado los niveles inferiores, aunque se piensa incluir en algunas industrias programas de medicina familiar. A este respecto se debe indicar que el 1.º de febrero de 1985, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social estableció el primer programa de medicina familiar en una comunidad cuyos beneficiarios son el afiliado, la cónyuge y los hijos hasta los 16 años de edad.

Existe por otro lado un sistema incipiente de transferencia de enfermos, de los puestos de salud a los hospitales. Estos últimos, siguen siendo la puerta principal de ingreso de las personas al sistema de salud.

En Honduras, los programas de salud han sido reestructurados de manera tal que se ha incorporado en ellos el componente de atención primaria. En este contexto se ha puesto énfasis en la medicina preventiva, particularmente en lo que se concierne a inmunizaciones, tuberculosis, enfermedades sexuales, rehidratación, salud oral y salud mental, entre otras. Además se ha ampliado el servicio de inmunización a la población no asegurada y se han dado pasos en la difusión de sistemas educativos y asistenciales relacionados con la lactancia materna y con la planificación familiar.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social se halla abocado a la tarea de reorganizar la estructura de los servicios médicos en base a niveles de atención, siendo el primer nivel el que presentará una modalidad diferente de atención y se estima que estará funcionando a partir de 1985. Con este objeto, se ha iniciado la construcción de una unidad médica se ha elaborado un plan de capacitación del personal, que estará a cargo de dicha unidad.

En México la reciente Ley General de Salud aplicable desde julio de 1984 para los efectos del derecho a la protección de la salud, establece como servicios básicos los siguientes: educación para la salud, promoción del saneamiento

básico, mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente, prevención y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes. Comprende además actividades médicas preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo urgencias, atención materno-infantil, planificación familiar, prevención y control de las enfermedades bucodentales, promoción del mejoramiento de la nutrición, disponibilidad de medicamentos y otros recursos esenciales para la salud. Los servicios públicos de salud previstos en esta nueva Ley General de Salud son gratuitos o sujetos al pago de una módica cuota, según la situación socio-económica de los usuarios.

La "Coordinación de Desarrollo Comunitario" tiene como objetivo general "promover el desarrollo de las comunidades rurales marginadas que se encuentran amparadas por el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, a través de acciones de integración, de organización social para la salud, capacitación comunitaria y saneamiento del medio ambiente". Es decir, que los objetivos de este Programa guardan analogía con los de la atención primaria de salud y representan una forma adecuada de encarar los problemas de salud y su solución con la participación de la comunidad y a un costo que el país puede soportar.

Es del caso hacer notar que el suministro de prestaciones en virtud de este Programa no está sujeto al pago de cotizaciones. El derecho a ellas se basa en un nuevo concepto doctrinario, el de la solidaridad social, que viene a ser, en la idea de sus inspiradores, una ampliación del concepto tradicional de la seguridad social y no una institución diferente y separada. Es por ello que para el funcionamiento del Programa, para la administración de las prestaciones de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social aporta su organización, su infraestructura, si bien el financiamiento de la inversión y de la operación está íntegramente a cargo del gobierno federal, con fondos fiscales. La aplicación de esta doctrina -que se inscribe en un reconocimiento de la salud como un derecho de cada ser humano- significa incorporar la protección de la salud a muy grandes sectores de población, en particular a grupos marginados de la ciudad y del campo. Los efectos prácticos de este nuevo concepto son los de



beneficiar a dichos grupos precisamente con cuidados primarios de salud. El reconocimiento del "derecho a la salud" guarda concordancia con la meta de salud para todos en el año 2000.

México es el país latinoamericano donde desde hace más tiempo se han efectuado los mayores esfuerzos para incorporar a la comunidad en las tareas de protección de la salud. Puesto que la atención primaria de salud requiere la plena participación de todos los individuos y familias de la comunidad, es interesante anotar que esta participación resulta notablemente amplia y constante por parte de los beneficiarios del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

Para empezar, las comunidades donan el terreno para ubicar las unidades médicas, ofrecen mano de obra gratuita para tareas de beneficio colectivo y realizan acciones para mejorar la salud y prevenir enfermedades. Por otra parte, dado que conforme al concepto mismo de la atención primaria de salud ésta debe proporcionarse por medios que sean aceptables para los miembros de la comunidad, se ha establecido el estudio, el reconocimiento y el respeto de las acciones que tradicionalmente ha realizado la comunidad para atender a sus necesidades de salud. Desde 1982 se realiza un programa de interrelación con lo que puede llamarse la "medicina tradicional". Se han efectuado seminarios con curanderos, hierberos, hueseros, etc. además de un censo de tales "médicos" tradicionales y parteras empíricas en todo el país (13.094 en 1983). Se observa que, gracias a las modalidades anotadas, se satisface otro de los objetivos de la atención primaria, proporcionarla a un costo que la comunidad y el país pueden soportar.

Los promotores sociales voluntarios representan una notable forma de participación de la comunidad. Son principalmente mujeres -42,000 en 1983- que se van capacitando en la práctica. Trabajan en estrecha relación con el personal médico de las unidades de campo y representan los intereses de la población. No perciben remuneración económica alguna.

Es importante su participación en actividades educativas, identificación de

niños desnutridos, orientación para vacunaciones, detección de embarazos de alto riesgo, planificación familiar, detección de tosedores crónicos, recuperación de pacientes remisos, promoción de acciones de saneamiento relativas a la obtención de agua potable, eliminación de excretas, control de la basura y de la fauna nociva, mejoramiento de la vivienda, cultivo de huertos familiares, cría de especies menores.

Las actividades globales se deciden en asamblea general, teniendo en cuenta el "diagnóstico de salud" y el "plan de salud". La población se compromete a alcanzar ciertas metas a evaluar el resultado de sus actividades.

Las auxiliares del área médica, permanentes en los servicios, son originarias del lugar donde actúan. Son clave para el éxito del Programa, pues hablan la lengua local y entienden los problemas de su gente. Tal como a las promotoras sociales voluntarias, se les va capacitando en la práctica.

Para alcanzar a comunidades más dispersas y pequeñas se prepara a técnicos rurales de salud que pueden promover la salud, prestar primeros auxilios, atender algunos padecimientos comunes y de baja complejidad y derivar los casos que requieran atención médica.

Dentro de la ordenación de la atención médica en dos niveles, el primer nivel tiene como punto de partida el ya nombrado "diagnóstico de salud" de la comunidad, realizado por el equipo de salud y por la comunidad a través de su Comité de Salud. Se identifican los principales problemas de salud y sus causas, y se programan las acciones para enfrentarlos. Como apoyo a las actividades del equipo, existe un Comité de Salud en cada localidad, además de otros elementos como las parteras empíricas y los "médicos tradicionales". El Comité tiene cuatro miembros, apoyado por asistentes rurales de salud y promotores sociales voluntarios. Actualmente existen 11,000 Comités de Salud en las comunidades de las unidades médicas rurales y de los hospitales rurales "S" y en las localidades de acción intensiva.

En el Perú, en febrero de 1983, la Presidencia Ejecutiva del Instituto Peruano

de Seguridad Social dio un paso decisivo en la organización de los servicios salud por niveles. En efecto, creó para tal fin el Comité Ejecutivo de Emergencia que asumió esta tarea, además de la de ejecutar la ampliación de cobertura de la atención ambulatoria en la región de Lima Metropolitana, con lo que se logró la descentralización de la atención médica, hasta esta fecha concentrada en los hospitales nacionales. De esta forma, se estableció un primer nivel de atención a ser brindado en los puestos urbano-marginales y en las postas médicas instaladas para tal propósito en las fábricas y centros de trabajo de los asegurados. En las postas, los recursos humanos están constituidos por un médico general, una enfermera o auxiliar y, eventualmente, un dentista. El segundo nivel corresponde a los servicios prestados por los policlínicos periféricos ubicados en puntos estratégicos, donde acuden los asegurados, de acuerdo a un sistema de zonificación computarizado. En estos policlínicos se presta atención médica ambulatoria y exámenes auxiliares, a través de los consultorios de las especialidades básicas (medicina general, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría) y otras especialidades, según la demanda y los recursos de estos centros de atención. En ellos también se cuenta con un equipo de médicos, enfermeras, servicios de laboratorio, de radiología y de farmacia. Por su parte el tercer nivel lo conforman los hospitales zonales, regionales y nacionales con equipamiento y recursos en función de la complejidad de la atención médica que prestan.

En Venezuela, en el proyecto de atención primaria para Caracas, preparado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con participación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y la Junta de Beneficencia Pública de Caracas, se contemplan tres niveles: 1 de atención primaria, 2 de especialidades y 3 de hospitalización y servicios auxiliares pertinentes. En los establecimientos del primer nivel o de atención primaria se comprenderán: atención médica curativa, urgencias menores, atención odontológica, planificación familiar, higiene pre y post natal, higiene infantil y pre-escolar, higiene escolar, despistaje y prevención oncológica, control TBC, control cardiovascular, control de venéreas, complementación alimentaria, inmunizaciones y actividades psico-sociales. En estas últimas se entienden entre otras tareas, un prediagnóstico de la comunidad, campañas de prevención socio-sanitarias y cursos de capacitación

de la comunidad. Conforme a un sistema de referencias preferentes, los pacientes pasarán del 1 al 2 y al 3 según los casos. En otras regiones del país, como en Maracay (Estado Aragua) y Mérida (Estado Mérida), existen proyectos parecidos con base en una red de atención médica primaria.

Por su parte, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales ha organizado sus servicios médicos en tres niveles. Por resolución de 1980, se señala al médico general familiar como líder del primer nivel; éste resuelve el 85% de la problemática asistencial; el segundo y tercer niveles no deben superar la atención a más del 15% de la población que demanda servicios.

Aunque ahora se trata sólo de un proyecto (al menos hasta agosto de 1984, fecha en que fue recibida la información), se puede observar que se prevé organizar los programas y establecimientos en cinco niveles, como sigue:

Abulatorio I, para la población concentrada o dispersa con menos de 5,000 habitantes, atendido por enfermera de medicina simplificada. Ambulatorio II, para poblaciones en áreas de 5,000 a 10,000 habitantes, concentrados o dispersos, atendido por un médico general familiar y un odontólogo; tendrá camas de observación por hasta 24 horas. Ambulatorio Urbano I (módulos de servicio), con programas de atención médica de poca complejidad, atendido por un médico general y un odontólogo. Ambulatorio Urbano II, con programa de medicina general, apoyo con laboratorio, odontología y especialidades de pediatría, obstetricia y psiquiatría. Ambulatorio Urbano III, con programas de medicina general y familiar, laboratorio, radiología, odontología, especialidades básicas y emergencias de 24 horas. Además, tendrá otras actividades: venerología, cardiología, etc. derivadas de los programas de salud pública. No se ha incluido traumatología.

## **Cordinación y coherencia entre los sistemas de salud**

### Conceptos generales

Este tema que recibió especial atención durante la Consulta por cuanto la experiencia muestra que el suministro de servicios de salud en América Latina se realiza fundamentalmente a través de las instituciones de seguridad social, de ministerios de salud y de diferentes entidades públicas, lo que ha originado que al no actuar éstas en forma coordinada, se produzcan duplicaciones de esfuerzos, ineficiente utilización de los recursos humanos, físicos y financieros y lo que es más importante la inaccesibilidad de ciertos grupos de población a los servicios de salud. El tema ya había sido tratado en la primera Consulta en cuyo Informe final se estableció que: "se requiere en pimer lugar, una clara y firme decisión política, que habrá de incluir la definición de responsabilidad de las instituciones del sector salud, inclusive la seguridad social, en términos de población a cubrir y actividades a desarrollar. En este sentido es además fundamental el establecimiento de mecanismos efectivos de interrelacion de dichas instituciones, que permitan lograr choerencia entre sus objetivos, congruencia en los medios que utilizan y armonización funcional de sus formas de operación. El propósito fundamental de este proceso sería: procurar el fortalecimiento de la capacidad operativa de los servicios, mejorar el flujo de recursos, lograr la méxima racionalización enel uso de los mismos y establecer bases para la reformulación en el nivel operativo de las formas de producción y entrega de las prestaciones para dar cabida en ellas a las nuevas estrategias de atención".

El Dr. Luis Asis Beirute (Costa Rica) hizo notar que el proceso de necesario acercamiento entre los ministerios de salud y la Seguridad Social se está denominando en América Latina mediante palabras distintas, tales como coordinacion, integración, articulación, etc. Sería útil aclarar el sentido de la terminología utilizada de acuerdo con la modalidad que el país quisiera establecer. Manifestó su interés por el concepto, relativamente nuevo, de "articulación" entre subsectores, cuanto expresa una noción de "sistema" y de

inter-dependencia en cada sub-sector con el objetivo de fortalecer determinados programas que requieren participación conjunta (seguridad social y salud pública) hacia un bien común, el cual es la prestación de los servicios de salud.

El representante de México, agregó una segunda dimensión, en el sentido vertical, al proceso de integración/coordinación, definiéndola como la necesidad de descentralizar y desconcentrar la función operativa de los servicios de salud (programación local, decisión de utilización de recursos a nivel local).

El Dr. Ochoa (OPS) también apoyó la utilización del término "articulación" en cuanto expresa bien las distintas etapas de un proceso evolutivo que afecta la mayoría de los países, es decir, la adopción de un "sistema de salud" orientado a establecer sin que se pierda la individualidad de cada institución. Este aspecto -es decir, la necesidad individualidad institucional- es importante para lograr un trabajo en equipo.

El Dr. López Scavino (OISS) resumió en forma muy pertinente la problemática en examen. Afirmó que la base doctrinaria de la salud es una sola, en lo que hay diferencia es en los mecanismos operativos para llevarla a la práctica. El concepto de salud es un componente básico para el desarrollo social y para el desarrollo cultural y económico de la humanidad. Lo que realmente en estos momentos preocupa a todos los países de América Latina, es cómo los aspectos instrumentales y de gestión, ya sean llevados a cabo por los Ministerios de Salud o por las diferentes formas que se agrupan bajo la seguridad social, pueden reunirse para lograr ese objetivo común. Afirmó que no puede haber una base doctrinaria diferente, sino que lo que hay son bases operativas diferentes o conceptos operativos diferentes.

### **Experiencias nacionales**

Sobre el aspecto del acercamiento operativo y estructural de los distintos sub-sectores se recogieron interesantes experiencias nacionales recientes.

En Argentina, se ha incorporado dentro del Ministerio de Salud y Acción Social, a través de su Secretaría de Salud, al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Las Obras Sociales en su origen creadas por iniciativas de sindicatos y asociaciones gremiales, forman parte del sistema de seguridad social de Argentina y tienen el papel más importante en la provisión -indirecta- de la asistencia médica. El INOS es la entidad estatal coordinadora y fiscalizadora de las Obras Sociales.

La incorporación del INOS dentro de la estructura del Ministerio de Salud y Acción Social produjo la necesidad de fortalecer la integración de las estructuras orgánicas, dando lugar a la creación de comisiones de trabajo en conjunto, en las áreas materno-infantil, salud mental, salud bucal, atención domiciliar de poblaciones rurales entre otras.

En el Brasil las directivas del Ministerio de Salud, elaboradas en 1979 significaron por primera vez una proposición de coordinación más amplia con el Ministerio de Previsión y Asistencia Social. En marzo de 1980 los ministerios de Salud de Previsión y Asistencia suscriben una resolución creando una Comisión Interministerial de Planteamiento y Coordinación (CIPLAN). Los secretarios generales de ambos ministerios, como coordinadores de dicha comisión, aprobaron el mismo año un modelo de convenio para la asistencia médico-social a los tuberculosos. El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis es desarrollado por los ministerios de salud y de previsión y Asistencia Social junto con las Secretarías Estaduales de Salud.

En 1980 el Ministerio de Previsión y Asistencia Social se integró al Convenio que había sido suscrito anterior,ente entre el Ministerio de Educacion y Cultura y la Organización Panamericana de la Salud para la ejecución de un programa general de desarrollo de recursos humanos para la salud. También en 1980, por Decreto Interministerial, se dispuso la administración conjunta por los ministerios de Salud y la Previsión y Asistencia Social, de ciertos hospitales del Ministerio de Salud.

Como resultado de los esfuerzos de coordinación se establecieron en el país programas de "Acciones Integradas de Salud" donde participan a nivel federal el Ministerio de Previsión y Asistencia Social, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación y Cultural. A esto se debe añadir la participación de los gobiernos de los Estados a través de sus organismos especializados en la prestación de servicios de salud.

En Costa Rica, para lograr mejor coordinación y armonización entre las entidades que intervienen en la protección de la salud, mediante Decreto Ejecutivo de febrero de 1983, se establece la constitución del Sector Salud. Quedó estructurado así: a) el Ministerio de Salud, b) el Consejo Nacional de Salud, c) la Comisión Consultiva, d) la Comisión Gerencial, e) la Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial de Salud, f) el Comité Técnico Sectorial de Salud, g) la Comisión Consultiva de Directores Técnicos Superiores, h) todos los mecanismos de coordinación y asesoría comisiones, comités y, en general, todos los que se establezcan por decisión del Ministerio de Salud.

El Consejo Nacional Sectorial de Salud está constituido por el Ministro de Salud, El Ministro de Planificación Nacional y Política Económica, el Ministro de la Presidencia, el Presidente de la Junta Directiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para reforzar la operación del sector salud se ha constituido también el Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud. Integran este subsistema, entre otras entidades, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el Ecuador, el Consejo Nacional de Salud realiza esfuerzos para obtener una coordinación entre el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, las Fuerzas Armadas y el sector privado de la medicina, con el fin de racionalizar la utilización de los recursos del sector salud. Sin embargo, en la práctica los resultados han sido hasta la fecha modestos.



En Colombia, a comienzos de 1984, se creó un grupo de trabajo constituido por funcionarios del Instituto de Seguros Sociales, del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Seguros de Salud para estudiar áreas de posible coordinación o integración entre las instituciones. Según los estudios de ese grupo, las áreas en las cuales es factible una efectiva coordinación son: contratación de servicios, salud ocupacional, normas asistenciales, educación en salud, planeación y mantenimiento.

Por decreto gubernamental de 1984 se crea la Comisión Nacional de Coordinación e Integración entre el Sistema Nacional de Salud y los organismos de la seguridad social; ella está desarrollando en detalle las acciones para la coordinación e integración entre el Ministerio de Salud y el Instituto de Seguros Sociales en las áreas antes mencionadas.

En Venezuela, existe un Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales para "prestar atención médica y hospitalización de corta duración a los pacientes derecho-habientes del Instituto, con afecciones agudas, que ingresen como emergencias o como efectivos referidos por el Instituto a los hospitales que se detalla..."

Por otra parte, por decreto de la Presidencia de la República se creó, en diciembre de 1994, una Comisión Rectora para estudiar y poner en práctica un Sistema Nacional de Salud; entre sus objetivos está el de integrar más de un centenar de unidades de servicios de salud, tanto del Ministerio de Sanidad como de la Seguridad Social, con vistas a la instauración del Servicio Nacional de Salud, dentro del cual será prioritaria la atención primaria.

Otra actividad tendiente a la coordinación está representada por los estudios a que recientemente comprometieron el Ministerio de Sanidad, la Junta de Beneficencia Pública del Departamento Federal, el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, para establecer el programa de atención primaria.

En Guatemala, el fundamento legal de la coordinación entre el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está contemplado en el artículo 62 del Decreto Núm. 295 del año 1946 del Congreso de la República, que dispone que el Instituto debe coordinar sus labores con las del Ministerio, con el objeto de evitar duplicación de esfuerzos, cargas económicas y de servicios; se consignan, además, las normas fundamentales a que debe sujetarse la coordinación.

El Artículo 17 del Código de Salud establece que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social podrá celebrar convenios permanentes o a plazo fijo con las municipalidades o con otras instituciones estatales descentralizadas, autónomas, semi-autónomas o privadas, para la coordinación de las acciones de salud que ellas realicen.

Para estos efectos, se entiende por coordinación la ordenación metódica en la utilización de los recursos humanos y materiales con que cuentan el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para el cuidado de la salud, respetando la individualidad administrativa y la independencia financiera de cada institución, y permitiéndoles cumplir sus obligaciones legales y fines específicos.

En el Perú, la coordinación se ha dado sobre todo en el área preventiva donde participan el Ministerio de Salud, el Instituto Peruano de Seguridad Social y otros sectores incluyendo el privado.

Existe, por otro lado, un convenio entre el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social para la atención de asegurados en centros asistenciales del Ministerio en aquellas zonas donde el Instituto no cuente con servicios propios, esta atención es proporcionada a través de la modalidad de servicios contratados. El Convenio se refiere sólo al área de medicina curativa.

En Honduras, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Ministerio de Salud Pública y la Agencia para el desarrollo Internacional suscribieron el 21 de julio de 1983 una carta de entendimiento, cuya finalidad es la de establecer

los mecanismos de coordinación e integración de las acciones relacionadas con la salud.

A partir de entonces vienen trabajando comisiones integradas por funcionarios del Ministerio de Salud, del Instituto Hondureño de Seguridad Social y del Consejo Superior de Planificación. Dichas comisiones se han abocado a la preparación de alternativas a dos niveles, el primero de ellos de alcance nacional y comprende la coordinación-integración de programas de medicina curativa, preventiva, mantenimiento, suministros y desarrollo de recursos humanos. El segundo nivel, dentro del contexto local, incluye la integración de servicios en municipios, departamentos o provincias; en este caso la atención médica es prestada en forma conjunta por el Ministerio y el Instituto.

### **Conclusiones**

La situación económica desfavorable y las persistentes dificultades de carácter social que caracterizan la región latino-americana causan preocupación a los responsables de la política de salud y seguridad social. Las perspectivas de mejorar a corto plazo el cuidado de la salud de las distintas capas de la población, en particular de los hogares que todavía no gozan de una protección adecuada en virtud de un sistema de seguridad social, no son alentadoras.

A pesar de ello se ha constatado que en el plazo transcurrido desde la celebración de la Primera consulta (1982) en varios países de la región se han producido avances significativos, en dos aspectos principales:

- a) Una mayor presencia de las Estrategias de Atención Primaria de Salud en los sistemas de seguridad social, las cuales han sido aprovechadas como instrumentos de cambio;
- b) Un creciente reconocimiento a nivel político y técnico sobre la necesidad de aunar esfuerzos coherentes entre las distintas jurisdicciones responsables del cuidado de la salud dentro del sector público, en términos de utilización de recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos.

En cuanto al primer aspecto citado se ha observado una evolución significativa en el sentido de adaptar los principios generales de la estrategia a las peculiaridades de cada país o de cada región, inclusive un replanteamiento de la manera de enfocar los programas de atención para comunidades indígenas (México). Hubo acuerdo en que los diagnósticos de las necesidades de salud, que deben preceder al diseño de programas operativos, tendrán que fundamentarse aún más en datos concretos y en observaciones empíricas sobre el terreno.

En lo que se refiere al segundo aspecto, se observó que en varios países subsiste una falta de entendimiento entre los responsables de los programas públicos de salud (Ministerio de Salud) y los que administran los programas de salud de la seguridad social. Se notó que cada sector tendrá forzosamente que tener la ambición de sus propios recursos aspirando a ser parte de un conjunto coherente, la legítima preservación de la necesaria individualidad institucional no deberá ser obstáculo a una eficiente y equitativa articulación de los respectivos programas de salud.

Entre los obstáculos que convendría superar se identificaron los siguientes: I) limitaciones jurídico-administrativas que restringen la flexibilidad de una adecuada racionalización de esfuerzos; II) severas restricciones como consecuencia de la crisis económica-financiera sin precedentes por la que atraviesan la mayoría de los países de la región y III) actitudes de resistencia al cambio que perduran en determinados grupos de intereses.

Existió un reconocimiento unánime por parte de los países y de las organizaciones presente, acerca de que la realización de la Segunda Consulta alcanzó ampliamente los objetivos para los cuales fue convocada por la Oficina Internacional del Trabajo de común acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Como consecuencia pareció pertinente sugerir las siguientes líneas de acción para el corto plazo.

El Consenso obtenido indicaría la conveniencia de que en el futuro inmediato la discusión de la problemática planteada en la Consulta se realice no ya a nivel de la totalidad de los países de la región, sino entre subconjuntos de ellos

(inclusive tratando casos nacionales) que exhiban características más homogéneas en sus sistemas de prestaciones de salud.

No obstante lo anterior convendría seguir desarrollando a nivel regional el estudio de aspectos metodológicos sobre los cuales no se han obtenido logros significativos. Dentro de estos aspectos deberían incluirse investigaciones sobre el método para establecer los requerimientos de costos y de financiamiento que deben ser enfrentados para determinar la viabilidad de una cobertura. Sería muy deseable que se realicen estudios nacionales sobre el particular que pudieran servir de pauta para desarrollar metodologías comunes.

Habría que insistir en la necesidad de capacitar recursos humanos que estén preparados para dar acogida a los conceptos vertidos en las Consultas y para poner en práctica los programas correspondientes. La preparación de "generaciones de reemplazo" implicaría por ejemplo que los responsables de definir los contenidos curriculares correspondientes sean invitados a participar activamente en futuras reuniones o consultas celebradas con propósitos análogos al de la presente Consulta.

Por último, se señaló la necesidad de plantear la viabilidad de obtener ayuda financiera a través de organizaciones de crédito internacional no para adquirir tecnología sofisticada sino para complementar planes y programas de desarrollo y mantenimiento estructural y funcionalidad destinados a fortalecer la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

### **CAPITULO III**

# **TERCERA CONSULTA TECNICA REGIONAL SOBRE ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL\***

\* Para la elaboración de este capítulo, se tomó como base el informe preparado por el Dr. Hermes Ubaldo Pérez (STC/OPS).



## **PRESENTACION**

La Tercera Consulta Técnica Regional, organizada por la Oficina Internacional del Trabajo, la Organización Panamericana de la Salud y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social se celebró en la ciudad de México del 11 al 15 de diciembre de 1989 en las instalaciones del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, actuaron como coordinadores el Lic. Alfredo H. Conte Grand, Consejero Regional en Seguridad Social para América Latina de la OIT, el Dr. Jorge Castellanos Robayo, Asesor Regional en Atención Médica de la OPS/OMS, y el Lic. y C.P. Agustín Barbabosa Kubli, Secretario General de la CISS.

Participaron en esta Consulta, representantes de instituciones de seguridad social de los siguientes países: Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y República Dominicana. Asimismo participaron expertos convocados por la OIT y la OPS/OMS y un representante de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

Esta consulta tuvo una gran importancia y se enmarca en un proceso. En México se realizó la primera consulta siete u ocho años atrás y luego en Medellín se efectuó la segunda consulta sobre "Desarrollo de las Prestaciones de Salud en la Seguridad Social". Se habían organizado además, los seminarios nacionales y las actividades de carácter regional que la CISS, la OIT y la OPS habían apoyado y realizado en este campo. A todo ello deben sumarse las importantes actividades desarrolladas en los países en el cumplimiento de las recomendaciones dentro de las que se destacan los esfuerzos para la extensión de la cobertura.

Estas reuniones son parte de un proceso que se enmarca en una línea consistente de trabajo de las instituciones nacionales y de las organizaciones internacionales que colaboran con esos esfuerzos.

Cuando los organismos internacionales se acercaron a participar en el proceso que vivían las instituciones nacionales, la situación en el continente era muy diferente, los países estaban saliendo en el año 1982 de una década de crecimiento y desarrollo. La seguridad social se benefició también de esos 10 años de progreso que fue la década del 70. En ese momento la crisis era conocida solamente por los expertos de la economía y de la política, y difícilmente sus efectos habían llegado a las instituciones. Recién se comenzaba a llamar la atención sobre lo que significaba la crisis, y los tiempos duros que se avecinaban para los países y para las instituciones.



Ahora cerca de una década después, la región y los países han sufrido toda clase de dificultades y de problemas en donde la falta de previsión, la opulencia, sin una fundamentación clara, los rigores e injusticias de las políticas de ajuste económico que los países se han visto abocados a adoptar, crean un panorama completamente diferente. El mundo, por lo demás, está cambiando a una velocidad extraordinaria.

Todos estos cambios están creando un contexto diferente para las instituciones y para los países. Es difícil prever entonces lo que podrá ocurrir en los próximos años, en la próxima década, en el futuro inmediato. Pero de todas maneras, dentro de esas dificultades para predecir o para adelantarse un poco a los acontecimientos, es indudable que América Latina tendrá que hacer un esfuerzo por ubicarse en todo ese movimiento, en todo ese cambio mundial.

La próxima década es una década de grandes experiencias para las instituciones de la seguridad social en esta región y esto hace que los propósitos que se han venido desarrollando a lo largo de este proceso, de estas consultas técnicas y de las actividades que en los países tengan cada vez más relevancia, en relación con las soluciones que ellos puedan diseñar para afrontar los problemas de los grupos de población, que cada vez más, necesitan de una acción social clara, definida y amplia que es responsabilidad de la seguridad social.

Todos los principios de la seguridad social -la universalidad, la integralidad, la solidaridad- tienen en la situación actual plena vigencia, sin embargo es cada vez más apremiante desarrollar formas nuevas de aplicación y de ubicación en el contexto social y económico que se está transformando de manera extraordinaria.

En este marco global, y por supuesto con las variaciones naturales y las exigencias diferentes de cada país, es que se enmarcaron las deliberaciones de esta reunión y de muchas otras en donde se analizan los problemas comunes y se tratan de encontrar soluciones que puedan orientar el derrotero de las instituciones.

Y en este sentido debe resaltarse la enorme trascendencia que las recomendaciones, sugerencias y líneas de trabajo que se originaron en esta reunión, van a tener en el desarrollo de las prestaciones de salud de las instituciones de seguridad social.

Los objetivos concretos de la consulta, como el análisis de estas experiencias y de los conocimientos acumulados de cada una de las personas que participaron en la reunión

permitirán producir sugerencias y propuestas claras que puedan ser sometidas a consideración a todas las instituciones de seguridad social de la región y por supuesto a las tres instituciones que participan en la organización de esta Consulta Técnica y a otros organismos internacionales que cooperan con las instituciones nacionales de la seguridad social.

## **EXPERIENCIAS NACIONALES**

Se solicitó a los expositores que, dentro de la libertad que cada uno tenía para hacer la presentación de su situación nacional en su propio programa, se refirieran a algunos aspectos que son esenciales, como los de la cobertura, del financiamiento, de organización y administración tendiente a la afiliación y el registro, que tienen mucho que ver con la cobertura, las relaciones con otras instituciones y con la administración pública, y a los problemas principales de orden general que enfrentan las instituciones, así como los planes y proyectos fundamentalmente en el campo de la salud y de la extensión de servicios.

A lo largo de los mencionados seminarios nacionales, se constató que alrededor de estos puntos y otros, giran muchos de los problemas que fueron identificados en esos análisis nacionales, fueron también motivo de consideración en las dos consultas técnicas anteriores.

Las presentaciones de los países constituyeron una base muy importante para las discusiones posteriores y por obvias razones de simplificación se agregan a continuación sumarios de las mismas.

### **PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA NACIONAL DE BOLIVIA**

Edgard Pozo Valdivia, Subsecretario de Previsión Social.

Alvaro Carranza U., Director Ejecutivo del Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS) y colaboradores.

Los expositores realizaron una reseña del desarrollo histórico de la seguridad social, tomando como base la promulgación, en diciembre del año 1956, de la Ley Nacional que implanta el Código de Seguridad Social, y crea un marco jurídico y normativo a partir del cual se inicia su desarrollo.

Diferentes entes gestores del seguro social se encargan de la aplicación de las prestaciones de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte y asignaciones familiares. El régimen cubre a los asegurados y su familia.

El 23 de marzo de 1973 se crea el Instituto Boliviano de Seguridad Social con facultades de planificación, dirección técnica y control. Es así que la seguridad social, año tras año, va registrando cambios en su estructura y organización, mediante múltiples reglamentos que van desde resoluciones ministeriales, resoluciones supremas hasta decretos leyes, que modifican el Código de la Seguridad Social.

La situación actual es preocupante, ya que los entes gestores muestran total diferencia entre los servicios que brindan cada uno y las cotizaciones que constituyen su base financiera. Existen sectores que tienen acceso, según la característica de las actividades que desarrollen, a diferentes gradaciones de la atención médica. Los regímenes de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, aún con diferentes cotizaciones, tienen como factor común el déficit, solucionado frecuentemente con ingresos provenientes de los seguros a largo plazo.

A partir del año 1988 el IBSS se preocupó por conocer exactamente cuál era la situación en lo que se refiere a las prestaciones de salud, tanto de los problemas que existían relacionados con la infraestructura, cuanto a los rendimientos y a la cobertura que tenía y para ello se desarrolló un seminario, en mayo de 1988, con el apoyo de OIT/OPS.

En esta oportunidad se presentó un diagnóstico de la situación de atención a la salud de la seguridad social, mediante el cual se pudieron conocer todas las dificultades que se confrontaban y ensayar un balance para presentar proyectos que pudieran mejorar esta situación. Hacia diciembre del mismo año, se completó un proyecto de cooperación técnica que hubiese permitido dar pasos seguros en la solución de los problemas, pero lamentablemente no avanzó su tramitación.

La seguridad social opera bajo el principio que se ha dado en llamar de Pluralidad Coordinada, que es más una descentralización sectorial; es descentralización porque cada ente gestor tiene autonomía de gestión y sectorial; porque una empresa sólo puede asegurarse en determinada institución de seguridad social.

En el diagnóstico mencionado se identificaron cuatro áreas críticas, comunes a todas las instituciones. Estas áreas críticas son: organización del sistema de seguridad social, infraestructura física de los servicios, suministro de medicamentos e insumos médicos, sistema de información.

***En la parte de organización del sistema de seguridad social se observa que:***

- No se cumplen adecuadamente las disposiciones legales.
- No existe programación local a nivel del sector salud, en la seguridad social.
- Falta coordinación intersectorial e intrasectorial.
- No hay unidad de gestión con base en la legislación vigente.
- No existe un modelo de atención de salud sistemáticamente instrumentado en la seguridad social boliviana.

**Por ello se plantean programas por desarrollar sobre:**

- Política general de la seguridad social.
- Extensión de cobertura.
- Administración de servicios con un programa global.
- Administración hospitalaria.
- Educación continua.
- Salud ocupacional.
- Educación en salud y participación de las comunidades.
- Administración de servicios de salud.

***Con esto se espera que la organización del sistema de seguridad social se base en lo siguiente:***

- Cumplimiento de las disposiciones.
- Planificación global del subsector.
- Coordinación intra e intersectorial.
- Unidad de gestión, mediante la instrumentación de un nuevo modelo de atención.
- Un sistema de evaluación permanente.
- Administración regionalizada para el régimen de los riesgos de enfermedad y maternidad, a corto plazo.

***En lo que respecta a la infraestructura física se determinó que:***

- Existe diferencia en la distribución de la infraestructura física.
- No se dispone una política de construcción y equipamiento.
- Ausencia de mantenimiento apropiado de plantas físicas, maquinarias y equipos.
- Subutilización y duplicidad de servicios.

El resultado de la aplicación de estos programas llevaría a fijar una política de construcción y equipamiento, coordinación intrasectorial que asigne la accesibilidad a los beneficios de la población protegida y sistema de mantenimiento para planta física, maquinarias y equipos.

En el caso de **Suministro de medicamentos y otros insumos** se ha determinado que la adquisición en los entes gestores se realiza con criterio particular de cada gestión, de cada ente y de cada caja de salud. El abastecimiento es deficiente y no existe una adecuada legislación.

Para ello se plantea la aplicación de un sistema de suministros de medicamentos e insumos, teniendo en cuenta los objetivos de todas las instituciones con mecanismos de control y seguimiento adecuados.

No existe un **Sistema de información** único, confiable y oportuno. La información llega tarde o no llega nunca y no existen bases para la toma de decisiones. Por ello se plantea un programa de presupuesto, contabilidad y costos, administración e informática, estadísticas y sistema de información.

Todos estos programas, comprenden objetivos generales, objetivos específicos y actividades. Se ha elaborado un proyecto en el que están todos desarrollados, que incluye el costo de cada programa.

El gasto actual de la seguridad social en Bolivia en su conjunto se aproxima a los 50 millones de dólares anuales. De este total, el gasto en consulta externa significa 7,36 dls. el día cama 59,30 dls. Con el desarrollo del programa, manteniendo la misma infraestructura, y regulando su utilización en la adquisición de medicamentos e insumos, con el mismo número de recursos humanos de la institución, se pueden lograr reducciones que abatan estos costos a menos de la mitad de su valor.

El problema que se ha planteado consiste en que la cobertura de la seguridad social, a partir de 1980, muestra en el país una tendencia al descenso continuo como consecuencia de la desocupación y el crecimiento del sector informal de la economía producida por las políticas de ajustes que se debieron aplicar a partir de 1985. En 1980 se alcanzó un 21,2% de cobertura de la población total del país, que llegó en 1986 a un 18%.

Es por eso que los objetivos más importantes son: "ampliar la cobertura de la seguridad social a aquella población que ha adquirido el derecho, pero que por falta de organización no tiene acceso a los servicios de atención y a las prestaciones en salud", y posteriormente "ampliar la cobertura de la seguridad social a grupos de población que están fuera del ámbito de aplicación actual". Es decir, pasar de la tesis laboral a la tesis nacional, que todo trabajador, aún el "cuentapropista" tenga posibilidad de acceder a la seguridad social bajo determinadas normas de cotización.

En este sentido ya se han realizado estudios, para la incorporación de trabajadores domésticos, por ejemplo, y además se analizan posibilidades para la extensión del seguro de salud al área rural. En base a un proceso de cambio en los modelos de atención, donde se consideren las posibilidades de coordinación del Ministerio de Salud y la seguridad social, podrá lograrse el objetivo de extender la cobertura de salud al área rural en el país.

Los datos en relación a la mortalidad infantil y la mortalidad materna, (169 defunciones por 1000 nacidos vivos y 40 madres muertas por 1000 nacimientos) son realmente preocupantes y obligan a emprender en forma urgente un trabajo mancomunado, para disminuir estos índices de mortalidad.

En Bolivia existe un proyecto nacional de salud, en el cual se consideran distintos problemas de orden general. Su punta de lanza es el binomio madre y niño. Se está lanzando en el país un programa que se llama de supervivencia infantil, desarrollo y salud materna, en este plan está previsto en forma importante el aporte de la seguridad social.

## **COMENTARIOS SOBRE LA PRESENTACION DE BOLIVIA**

Luis Najún, Consultor del Secretariado

Desde la primera Consulta Técnica Regional del año 1982, se observa un importante crecimiento y maduración en el desarrollo de acciones de atención primaria en todos los países que estamos analizando. A pesar de la crisis (precisamente los momentos de crisis son los momentos de cambio) las presentaciones indican que existe actividad y se está adoptando un lenguaje común, una mística y una fuerza que impulsa estos programas.

No es fácil determinar el alcance de esta tendencia tan especial y el impulso de estos programas que realmente van a hacer modificar la salud de las poblaciones, pero en todo caso esto es una muestra de como la persistencia del trabajo de las organizaciones internacionales mediante la investigación, la cooperación técnica y la divulgación de estudios y experiencias han ido mostrando nuevas posibilidades que hoy se discuten aquí. Estos intercambios de experiencias nos enseñan cada vez más y crean la necesidad de una serie de medidas que deben ser trasladadas seguramente al más alto nivel.

En el caso de Bolivia, cuya presentación nos muestra la situación de la atomicidad de un sistema de seguro y como de la propia evaluación de la seguridad social boliviana se genera la necesidad de asumir su realidad, cambiar el modelo existente y adoptar las estrategias de atención primaria.

Esto motivó la necesidad de realizar un seminario el año pasado, en el que con mucha seriedad y profundidad se pudo llegar a conclusiones que en este momento ya han comenzado a incorporarse en las reflexiones sobre cambios que se nos están relatando en esta Tercera Consulta.

Efectivamente se detectaron los múltiples factores que determinan un cuadro de insuficiencia en perjuicio de las prestaciones médicas, tales como duplicaciones inútiles y costosas, vacíos de cobertura, incremento de costos, diferentes tipos de asistencia para tratar problemas similares y una hipertrofia de los medios en detrimento de los fines.

La situación imperante en el sistema en términos de organización, estructura y funcionamiento y el indudable impacto negativo que dicha situación produjo en el nivel y calidad de las prestaciones médicas, determinaron la necesidad de la realización del seminario mencionado que tuvo como principal virtud permitir el análisis del conjunto de todos los estamentos que componen la salud de Bolivia.

Conjuntamente al documento del IBSS sobre diagnóstico de la situación, y otros documentos presentados por cada una de las cajas, se generó un documento final que se aprobó en reunión plenaria y que fue la base para la determinación de las políticas de la actual administración.



A pesar de situaciones políticas complicadas, estamos viendo que justamente el nivel político, afirma la continuidad del estamento técnico, dando validez a estos lineamientos de la seguridad social para mejorar la salud de la población de Bolivia.

Creo que debemos brindarle a Bolivia todo el apoyo necesario, porque con mucha valentía asume su realidad y su decisión política, y pretende en este cambio de modelo incidir en el impacto tan importante por las cifras de mortalidad infantil y materna presentadas. Obviamente este es un cambio de actitud. Todo cambio de modelo significa un cambio de actitud.

Las presentaciones efectuadas por los distintos países nos muestran problemas comunes a la región. Este análisis profundo llevado a cabo en esta III Consulta Técnica nos beneficia a todos, y todos debemos encontrar nuevas soluciones para aplicarlas en nuestros países.

## **PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA NACIONAL DE COLOMBIA**

Alfonso Figueroa, Asesor, Instituto de Seguros Sociales de Colombia

El Instituto de Seguros Sociales de Colombia en el presente año cumple cuatro décadas de su creación y en los últimos cinco años la población cubierta ha crecido de 1.943.000 afiliados a 2.945.000, con un incremento cercano al 28%. En ese mismo período el número de beneficiarios pasó de 2.938.000 a 4.249.118. Al finalizar el presente año se estima que sólo la población pensionada alcanzará la cifra de 210.000. Geográficamente el Instituto cubre 257 municipios de 1,006 que posee el país. De éstos, 103 municipios cuentan con el sistema de medicina tradicional y 152 con el de cobertura familiar.

Durante el año 1990 se espera cubrir 23 nuevos municipios que tienen aprobación del gobierno nacional y 31 van a hacer transferencia al sistema de medicina familiar. Por lo tanto la población beneficiaria alcanzará la cifra de 5.000.000 y 280 municipios atendidos.

Los afiliados al Instituto corresponden al 28% de la población económicamente activa, el 53% de la asalariada y el 15% de la población total del país.

El actual gobierno se encuentra empeñado en una política de desarrollo social y lucha contra la pobreza absoluta. El Instituto se encuentra inmerso en esta política y ha formulado un plan de extensión de cobertura masiva, estimándose que para el año 1994 se completarían los 5.723.559 beneficiarios que representan el 16% de la población total y 2.900.000 trabajadores, es decir el 32% de la población económicamente activa y el 63% de la población asalariada del sector privado.

En síntesis, si el Instituto ha duplicado prácticamente su población en los últimos 10 años, se programa duplicarla nuevamente en los cuatro subsiguientes, teniendo como base la población actualmente afiliada.

Se presiguen dos objetivos de fondo que son contribuir a la eliminación de la pobreza absoluta mediante la afiliación de nuevos trabajadores con sus familias, así como integrar las prestaciones de los servicios actuales con el sector oficial y otros entes de la seguridad social.

En la primera etapa se midieron en los municipios la potencialidad de afiliación, disponibilidad de servicios, comunicaciones y recursos para la atención de salud, y de allí se lograron definir los 361 nuevos municipios a los que es factible incluir en la cobertura.

Luego en esta etapa pudieron extraerse una serie de conclusiones y recomendaciones. Por ejemplo la estimación de la demanda se efectuó con indicadores propios del comportamiento histórico. Se utilizaron algunos análisis para considerar alternativas.

El paso subsiguiente consistió, básicamente en determinar las alternativas que podría adoptar el Instituto para la prestación de servicios, ya fueran mediante recursos propios o contratación. Se llegó a una concepción en término de la atención en nivel básico, y al convencimiento que el Instituto tendría que transformar el modelo actual, adoptando un mecanismo de contratación diferente. No pagar por actividad final, sino por un "paquete" de servicios que básicamente contendría actividades de promoción, prevención y curación, asegurándole intervención a cualquiera que sea el ente prestador, sea éste del sector oficial o de entidades del seguro social, como son las cajas de compensación familiar. En cada paquete de mantenimiento de la salud se cubriría en cantidad de 1.000 personas un número de acciones de tipo de promoción, prevención y curación.

En términos de esta propuesta el costo estimado por cada 1.000 beneficiarios, comprendería un 37% en recurso humano, el 13% en medicamento, 7,2% en educación, el 13% en ayudas diagnósticas (laboratorio, radiología, etc.) 15.6% en material curativo, 4.6% en imágenes y 9% en servicio público.

Esta modalidad se está pensando en este momento implantar a título experimental en la contratación de agrupaciones médicas pequeñas asociadas, llámense microempresas, llámense cooperativas médicas, a las que se les brindaría apoyo en capacitación gerencial como pequeños empresarios para lo que se cuenta con instituciones estatales y privadas con larga actuación en capacitación.

Se ha llegado a la concepción de esta alternativa, porque realmente en el pasado se vio una gran rigidez para el incremento del plantel de personal. Si vamos a acometer el reto de llegar a 8.000.000 de beneficiarios en un término tan corto, las posibilidades de tener el recurso propio son bastante difíciles, porque tienen que sufrir instancias de aceptación, no solamente por los órganos directivos del Instituto, sino por otras instancias como son el Ministerio de Hacienda y el Departamento de Servicio Civil. Entonces surgió la alternativa de crear estos paquetes y se inició una prueba experimental en el Departamento de Luila, en tres municipios, con el sector oficial.

Otra ventaja con esta modalidad de contratación, consiste en aminorar los trámites administrativos, porque históricamente se han venido pagando las cuentas por el reembolso de servicios mediante una descripción de cada una de las actividades finales que se realizan. Con este sistema se determina un valor fijo que es posible pagar anticipadamente o por la modalidad que se establezca. También facilitaría el proceso de pago, que es uno de los cuellos de botella, desde el punto de vista administrativo, en la contratación de servicios.

Se prevé prestar la atención básica con recursos propios cuando en las localidades y los municipios dispongamos de un potencial mínimo de afiliación para cubrir los 3.500 beneficiarios. Igualmente se llegó a la concertación con el sector oficial para la inversión en estructura física.

La atención básica se prestará con recursos propios en 139 municipios, o sea que solamente el 36% del proyecto se efectuará por la contratación de servicios (228 municipios-64%). La atención hospitalaria intermedia se brindará con recursos propios en 63 municipios, que es el 17%, y por la contratación de servicios en 298, con el 83%.

En la ampliación de cobertura de medicina familiar los requerimientos serían sufragados con recursos propios. La atención hospitalaria con recursos propios en 31 municipios, que constituiría el 38%, y la contratación de servicios en 50 municipios, 62% del proyecto.

Este balance es producto de la concertación básica con el sector oficial que dispone de la mayor infraestructura del país, tanto del tipo básico como hospitalario. En cuanto a construcciones, es producto de la concertación con el Fondo Nacional Hospitalario, que es la entidad que se encarga de todo el proceso planificador de esa infraestructura en el país. Si bien es cierto que en este momento hay un proceso de transición, que se ha llamado la **municipalización de la salud**, ya que desde el año 1987 se opera una transferencia de responsabilidades a las alcaldías.

Los sistemas de afiliación tradicionales del el Instituto, originariamente se iniciaron con un sistema adecuado a la medicina clásica en el cual el afiliado cotizante previene los riesgos de enfermedades generales, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad profesional, invalidez y vejez y muerte. A partir de 1968 cubre a la esposa y compañera, solamente en la atención de maternidad, y a los hijos hasta el año de edad. El sistema de medicina familiar cubre al afiliado cotizante en todos los riesgos, a la esposa o compañera y a los hijos hasta los 18 años. Para una prestación de servicios de salud en caso de ser el afiliado soltero, la prestación se les otorga a los padres, siempre y cuando dependan económicamente del mismo.

A partir del año pasado se incorporaron a la cobertura nuevos grupos poblacionales con base en los siguientes regímenes especiales:

**Trabajadoras de servicio doméstico.** Mediante la ley 11 de enero de 1988 se aprobó el régimen de excepción que consagró la afiliación al Instituto de los trabajadores del servicio doméstico internos o por día. En el proyecto de la ley y el estudio de factibilidad se estimó cubrir en tres años a 219,000 trabajadores del servicio doméstico de todo el país, para lo que se previó la cotización del Estado en reemplazo del aporte patronal, lo que no ha cumplido el Ministerio de Hacienda hasta la fecha.

**Trabajadores independientes.** Mediante el decreto 888 de mayo de 1988 se aprobó el acuerdo que modificó la reglamentación actual de afiliación de trabajadores independientes. A la fecha de expedición del decreto sólo se encontraban afiliados bajo

esta modalidad cerca de 3000 trabajadores, y a la fecha ha tenido un crecimiento de 17,000 trabajadores independientes. En cuanto a los sacerdotes diocesanos de comunidades religiosas de la Iglesia Católica, a la fecha la inscripción no es significativa, solamente existe un registro de 1.700 cubiertos bajo esta modalidad.

**Trabajadores por cuenta propia.** Mediante el Decreto 2209 de octubre de 1988 se aprobó el acuerdo del Consejo Nacional de Seguro Social Obligatorio por el cual se expidió el reglamento de Seguros de Salud para los Trabajadores por Cuenta Propia. En esencia consiste en un seguro optativo de salud, que se diferencia por cuanto prevé cuatro niveles de amparo. Los dos primeros niveles cubren los servicios de atención básica, un tercer nivel los servicios de atención intermedia y hospitalización, y un cuarto nivel que conlleva a la alta especialidad. A cada nivel se le asignará una valorización; en este momento su prueba piloto está siendo subsidiada.

El costo real de este modelo se estimó en cerca de \$ 98.000 por año con pago anticipado. Esta fue la modalidad que se propuso y el Instituto la ha venido subsidiando con un 50% del costo global, para 248 familias que están consideradas en esta experiencia. Antes de terminar el año se espera entregar la última evaluación. Ha llamado la atención, que el presupuesto resultó erróneo. Los estándares de posible demanda de servicios, fundamentados en la Encuesta Nacional de Salud, se basaban en la recepción de una población relativamente sana. Cuando se incorporó esta población, las demandas han rebasado lo estimado. Cuando hay transferencia de población proveniente del sector oficial hacia la seguridad social, viene en condiciones poco aceptables y rebasa las expectativas de demandas. En todo ello llamó la atención el estado de la salud oral; se esperaba tener cuatro obturaciones en promedio y se elevaron a seis o siete. El modelo sería utilizado para incorporaciones del trabajador informal de sector urbano, para lo que es fundamental una adecuada evaluación, para valorar el futuro y la implantación en el área urbana.

En cuanto a la financiación, los principales aspectos que pueden estar determinando esta crisis se relacionan con las demandas y expectativas sobre la universalización de la seguridad social integral que han venido madurando y ya no son tan aplazables, dado el grado de desarrollo del país y la transformación de las necesidades que implica. También está pendiente la recuperación social tras el reciente episodio de recesión durante la primera mitad de esta década y los efectos de las políticas de ajuste que fueron necesarias para superarlo.

Estas consecuencias de las políticas de ajuste no solamente aplazaron el cumplimiento de las mejoras esperadas dentro del itinerario previsto sobre la seguridad social, sino que además implicaron un cierto retroceso para grupos que ya habían superado la pobreza y que ya estaban integrados a la seguridad social.

Se experimentó una transición demográfica que modifica no sólo las demandas de servicios sino también el ahorro y las posibilidades de financiación de los seguros sociales, al aumentar la razón entre beneficiarios y cotizantes, en especial en los seguros económicos.

La financiación para la seguridad social o para los institutos que la administran afectada a partir del presupuesto central nacional, experimenta severas restricciones derivadas de la necesidad de cubrir los servicios de la deuda externa, de la necesaria racionalización y de los ajustes necesarios para prevenir desequilibrios fiscales, que a su vez incidan en otros desequilibrios macroeconómicos perjudiciales para el crecimiento, para la reorganización de las transferencias requeridas para la descentralización y por los ajustes necesarios para hacer efectiva la recaudación e incentivar la inversión.

Frente a ello, la tradicional salida de recurrir al presupuesto nacional para suplir a las nuevas necesidades o para sanear los déficit en curso ya no están disponibles y más bien se trata de promover el desarrollo de la seguridad social, para contribuir a superar esta restricción y equilibrar el presupuesto.

Por otra parte, las finanzas locales están sufriendo una transformación que afecta directamente a la seguridad social, al transferirle funciones y recursos para la salud, al incluir una planeación urbana. E incluir nuevos recursos tributarios para los municipios, que no resultan suficientes. El balance entre transferencia de funciones y recursos y entre éstos y la nuevas funciones locales, afectará en forma sustancial a la contribución local para la infraestructura y a los servicios de seguridad social y de salud.

Se han venido haciendo esfuerzos para la coordinación con instituciones del sector oficial; existe una norma legal, el decreto 1216 que establece un comité integrado entre la seguridad social y el sector oficial (el Instituto, el Ministerio de Salud, la Caja Nacional de Previsión) y ya hace dos años se inició una experiencia de prestación de servicios en la ciudad de Manisales. Sin embargo, se ha venido insistiendo en trabajar

en cooperación para algunos proyectos de promoción y prevención que no tienen restricción, dado que la organización dispone de fondos de promoción y prevención compartidos no solamente con el sector oficial, sino con otros agentes de seguridad social y aún con el sector privado que puede utilizar este tipo de recursos.

En este orden de ideas, en relación a atención básica, se firmó un convenio con Presidencia de la República para hacer una promoción integral de la atención básica con el Ministerio de Salud y a la fecha se ha logrado tener una integración programática y normativa.

El Instituto terminó de expedir el presente año 33 normas de manejo de las patologías más frecuentes en el país. Dichas normas se han compartido con el Ministerio, que las ha adoptado y las adecua de acuerdo al recurso que dispone. Por ejemplo en el nivel básico, el equipo de cuidado médico lo dirige un médico y una unidad de cooperación asistencial que está integrada por enfermera, trabajadora social, psicólogo, etc. y que colaboran con el médico para la atención de los usuarios.

En síntesis, la organización cuenta a la fecha con 24.694 empleados, dispone de 187 centros para la atención ambulatoria y 36 clínicas con 4.772 camas. Como lo señalaba anteriormente, dispone contratos con 177 centros hospitalarios y esto convertido a camas disponibles corresponde a 1566 anuales.

En cuanto a la evaluación de la calidad de las entidades prestadoras, el Instituto cuenta con una oficina de Evaluación de la Calidad de la Atención; además el Instituto tiene un convenio con la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina para definir normas de atención. En esta evaluación debería participar la comunidad y el usuario, para tener dos ópticas, una Institucional y otra del usuario.

## **PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA NACIONAL DE LA REPUBLICA DOMINICANA**

Rosa Roa de López, Miembro del Consejo Directivo del Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

Miguel Campillo, Asesor, Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

La experiencia de República Dominicana debe ser precedida por una explicación. Se inicia un proceso en el que las autoridades del sector salud consideran que la

responsabilidad de dar acceso a la salud a una población, no puede, de modo alguno, referirse sólo al trabajador sin que se extienda la cobertura a los familiares y de ser posible a la población general.

En ese sentido, y en esta conceptualización de la atención de salud integral, se analiza la extensión de la cobertura.

Poniendo esta conceptualización por delante y viendo que la prevención es un proceso continuo, ya que no existe una medicina preventiva y una medicina curativa, sino una prevención primaria, secundaria y terciaria dentro del proceso de la historia natural de la enfermedad.

Hace ya unos años que en el país, dentro de su desarrollo de la salud pública, se plantean programas de salud que conviene esbozar muy someramente, para poder comprender como se programará la extensión de la cobertura desde el seguro social.

Primero, y antes que nada, se considera que la política de salud es fundamental y debe ser coherente y permanente. Sin la decisión política, ningún plan de salud, ninguna programación de salud, de cualquier institución puede prosperar.

En este orden de ideas la política de salud de 1973-1980 estableció a través de la regionalización de los servicios de salud, los que fueron niveles administrativos y de atención de salud. Eso llevó a una programación por establecimiento de salud donde no se desagregaba la población. Sencillamente la clínica rural tenía un área de influencia de tantos miles de habitantes, se desagregaban por grupos etéreos y se conformaban los programas de salud, que a ese nivel de atención le corresponde implementar.

En dicho nivel se estructuraron cuatro programas básicos: materno-infantil, atención médica, salud ambiental y control de enfermedades infecciosas, con los programas clásicos de apoyo como son la administración, incluida la supervisión, y la enfermería, que en aquellos años (73/80) tenía toda la característica de escasez de personal y de capacitación.

Más adelante se estableció la extensión de cobertura y se realizó un esfuerzo para incorporar al "promotor de salud" o sea aquella persona de la comunidad que tenía a su cargo todos los servicios básicos de salud, previa capacitación. Todo este proceso de extensión de la cobertura se realizó utilizando a dicha persona para dar servicio de



salud. Hoy día la República Dominicana cuenta con 7000 promotores distribuidos en zonas rurales del país.

Estaba previsto continuar ese programa con promotores de salud urbanos para trabajar en los barrios marginados, pero lamentablemente no pudo concretarse.

Estas actividades se desarrollaban mientras se gestaba un hecho histórico de la salud pública mundial. En el año 1978, en Alma Ata, se define la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y se fija la meta de salud para todos en el año 2000.

Posteriormente, estos promotores se dedicaron exclusivamente a campañas de vacunación con significativo éxito. Se lanzaron campañas de vacunación que lograron dominar las enfermedades transmisibles con un novedoso sistema de capacitación de personal que duraba cuatro horas. Hoy podemos afirmar que el país ya se encuentra libre de la poliomelitis; hace tres años que no se presenta un caso. Las otras transmisibles, prevenibles por vacunas, se encuentran bajo control.

Este proceso tuvo avances y retrocesos, excepto lo que se refiere a las campañas de vacunación que se han podido mantener; todo el Sistema Nacional de Salud requiere importantes acciones de ordenamiento y racionalización. Las oficinas regionales en muchos casos son estafetas de correo. La programación en salud es muy modesta. Todas las instalaciones físicas y el equipamiento de los hospitales tiene un mantenimiento que no llena los requerimientos de oportunidad y eficiencia que sería deseable.

Entonces se hace necesario iniciar una política de salud que otorgue prioridad para reconstruir el Sistema Nacional de Salud. Puede afirmarse que se está en ese camino y se reconstruyeron y reequiparon el 95% de todos los establecimientos de salud, se inició la construcción de 32 nuevos hospitales, un programa de medicamentos gratuitos a los pacientes hospitalizados, y la instalación de 725 "boticas populares" con un novedoso sistema.

También se ha iniciado el Plan Nacional de Supervivencia Infantil para que todo lo que eran acciones aisladas, como las campañas de vacunación, se transformaran en una estrategia mixta, donde aparece el programa regular de inmunizaciones junto con el de las campañas, de suerte de ir sustituyéndolas por el programa.

Iniciamos el programa de control de diarrea y rehidratación oral, además el control del bajo peso al nacer, infecciones respiratorias agudas, lactancia materna, crecimiento y desarrollo, comunicación social, y el apoyo al de Planificación Familiar.

Asimismo, se desarrollaron acciones de fortalecimiento de la programación local, con tres áreas modelos en dos regiones sanitarias, donde el proceso se encuentra en observación y está basado en una técnica eficiente.

Estas líneas de política nacional en salud tienen que concretarse también en el Instituto del Seguro Social que es una institución con 350.000 afiliados que representan un 13% de la población económicamente activa y un 4% de la población total.

Esta institución de carácter tripartito, en lo que se refiere a la dirección y a la financiación, cuenta con los siguientes recursos: los empresarios aportan un 7%, los obreros un 2,5% y el Estado un 2,5%.

Tradicionalmente el Estado no había cumplido con la contribución que le corresponde, pero justamente la actual administración comienza a aportar mensualmente \$1.000.000 para el desarrollo del Instituto y \$900.000 para cubrir compromisos salariales con la clase médica.

A pesar de los esfuerzos que se realizan para reincorporar aportes, existe un 25% de evasión por parte de los empresarios, por concepto de régimen de accidente de trabajo. La institución recibe un 2% aproximadamente de parte de los empleadores.

Todos estos recursos van a un fondo general en el que no existe especialización de fondos para programas específicos, de donde resulta una limitante para el desarrollo de la institución.

El tope para la inclusión de empleados es de \$ 997 (135 dls.) y un tope de cotización de igual monto para los obreros. Estos topes limitan el principio de solidaridad que es una de las bases de la seguridad social y hace que los que tienen más aporten menos y los que ganen menos aporten más, por lo que se estudia su eliminación progresiva, hasta llegar a cuatro veces el salario mínimo nacional y eliminar el tope de exclusión definitivamente.

Hubo una situación de explosión social que logró ser dominada por un acuerdo tripartito del Gobierno, la Iglesia y los obreros, y allí se inició un proceso de estudio en el seguro

social con la participación de la OPS y la OIT para incorporar la familia de los trabajadores en el seguro social.

Estos organismos internacionales han facilitado los técnicos que realizaron un estudio actuarial, una evaluación de la capacidad de los servicios de salud y un estudio para el área de informática, siempre con la colaboración del personal técnico del Instituto. Se ha elaborado un anteproyecto de ley para incorporar a la familia de los trabajadores y en el mes de agosto se realizó un seminario con los integrantes del diálogo tripartito; los trabajadores, el Gobierno y la Iglesia Católica, con la asistencia de OPS y OIT, para que las partes conocieran y aprobaran el anteproyecto elaborado. Los empresarios hicieron una contrapropuesta que está siendo estudiada por las actuales autoridades.

Este proyecto establece la necesidad de elevar la cotización de un 12% a un 19% y eliminar los topes. Esto implica un aumento de la recaudación en un 50%. Este aumento se aplicará en forma gradual, pues se considera que en estos difíciles momentos económicos que se viven en América Latina, y la República Dominicana no es una excepción, se deben cuidar los factores inflacionarios.

Por otra parte el aumento de la cobertura también se realizaría en forma progresiva y programada y la contribución financiera tendría que ir incrementándose paralelamente.

Junto con este enfoque financiero está tomando cuerpo en el seno del Instituto la idea de que no se podría encarar una etapa, como la que significa la incorporación de la familia a los servicios de esta institución, sin un cambio en el modelo de atención. Es decir que prácticamente estamos frente a una institución que transita los pasos previos que recorrieron Guatemala y Honduras. Ya está madura una nueva concepción de la prestación de servicios, lo que falta es armar y encarar los proyectos concretos.

Con ese panorama, comenzó la preparación de un diagnóstico de situación de cada establecimiento: existen 19 policlínicas, 19 hospitales y 120 dispensarios médicos o consultorios en el área rural. Cuando estos estudios se completen se puede iniciar la extensión de la cobertura porque la concebimos como un proceso. No la concebimos como algo aislado dentro del sector salud.

Se hace necesario que el sector salud, como tal, sepa coordinar esfuerzos como lo plantean Honduras y Guatemala, que dan ejemplos prácticos y claros de como se pueden coordinar acciones a nivel local. No creo que sea difícil, pero sí creo que necesita la voluntad política.

La extensión de la cobertura no puede ser un hecho aislado propio de las instituciones de seguridad social, tiene que ser un elemento aglutinador, coordinador, que aproveche todos los recursos disponibles, para dar a cada recurso la mejor utilización, de suerte que el elemento humano que va a recibir los servicios, lo haga de la mejor manera con todos los recursos disponibles. No es evidente la necesidad de recursos adicionales.

El Seguro Social tiene 350.000 afiliados, y como estimamos que cada familia tiene cinco miembros la cantidad de beneficiarios ascenderá a 2.000.000 de personas y ésta será la población a la que debemos prestar servicios.

Pero dicha población no está carente de servicios, alguna parte del sector salud la está recibiendo. O la recibe la Secretaría de Salud, el Consejo Estatal del Azúcar o el sector privado, u otra entidad que esté prestando servicios.

Creo que esta estrategia de la utilización plena de los recursos del sector salud, es la que debemos hacer realidad para conseguir los objetivos.

## **PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA NACIONAL DE ECUADOR**

Julio Larrea, Asesor, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

El gobierno actual está muy interesado en pagar lo que denomina la deuda social o sea enfrentar los problemas que por años han venido sufriendo las poblaciones urbano marginales y las poblaciones rurales y para eso se está instrumentando el programa de salud familiar, de cuyo éxito todavía no podemos tener un criterio concreto.

Además en el área de educación se ha determinado como una política fundamental en el Ecuador, disminuir el índice de analfabetismo cuyas cifras están por el 15% de la población. Se espera, con esta campaña, consolidar lo que se logró en su fase inicial.

En el aspecto de bienestar social y de salud obviamente hay una preocupación fundamental por combatir la desnutrición. Existe una población menor de cinco años de alrededor del 45% que sufre algún grado de desnutrición.

Otra preocupación es enfrentar el problema de la vivienda. Anualmente se produce un déficit de 100.000 viviendas y aunque todos los gobiernos se han preocupado en hacer algo en este campo, lamentablemente los fondos para hacerlo no han sido suficientes y el crecimiento de la población lo ha superado. La población ecuatoriana registra un crecimiento del 2,8% anual. Eso ha hecho que, según las cifras de población del último censo del Ecuador de 1982, que dió como cifra de 8,5 millones de habitantes, han sido superadas ya que Ecuador cuenta actualmente con 10.500.000 habitantes.

El sector salud está atomizado. Tenemos institutos de los sectores público y privado que conjuntamente forman lo que se denomina el "sector formal de la salud", y obviamente también existe un sector informal importantísimo.

Dentro del sector formal, los dos institutos principales son el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mantiene un convenio con el Ministerio para completar su acción, que cumple escasamente. El Ministerio de Salud atiende un 70% y el IESS un 12%. Ecuador tiene grandes deficiencias de infraestructura de salud y las cifras proporcionan una imagen de lo que está sucediendo.

La población urbana que tiene acceso a los servicios de agua potable es del 80%. En el área rural apenas del 30%. De la población urbana, el 60% tiene acceso a sistema de eliminación de excretas, mientras que en la zona rural apenas el 10%.

Sobre los recursos humanos generales del país, en Ecuador existe una proporción de 16 médicos por cada 10.000 habitantes, odontólogos 4,5%, enfermeras 3,7% y auxiliares de enfermería 13% con desequilibrios en la distribución típicos de los países de las características del Ecuador. El servicio de salud obligatorio fue el primer intento que se realizó para una ampliación de cobertura profesional hacia áreas tradicionalmente desprotegidas.

En cuanto a recursos materiales, existen más de 16.000 camas en nivel nacional, de las cuales el 50% pertenecen al Ministerio de Salud. El seguro social tiene el 20%, esto hace, si relacionamos la cantidad de camas con la población, que el Ministerio de Salud cuenta apenas con 0,95 camas por 1000 habitantes y el seguro social con 2,2 camas. El promedio nacional arroja 1,5 camas por 100 habitantes.

El IESS es quizás la más compleja de las instituciones en Ecuador; desgraciadamente se la conceptúa desde el punto de vista político, como la más poderosa institución

financiera y como una fuente inagotable de puestos de trabajo, hechos que han incidido sobre su situación actual.

Sin embargo, por su gran trascendencia en la vida nacional, el IESS debe ser conceptualizado fundamentalmente como un instituto de seguro social y como entidad aseguradora, regida por las normas técnicas propias de las entidades de seguro, y cuyas metas de desarrollo tienen que tomar en cuenta los principios establecidos en la doctrina de la seguridad social.

Sólo teniendo en cuenta los principios internacionales de la seguridad social, de solidaridad y universalidad, y comprendiendo las metas profundas de transformación que persiguen, pueden conceptuarse los organismos de seguridad social, y en nuestro caso al IESS, como una poderosa herramienta para impulsar a largo plazo una verdadera distribución del ingreso nacional, compatible con lo que exige la dignidad de cada individuo y de la comunidad.

Los ingresos anuales del instituto son aproximadamente del 45% del presupuesto nacional, y equivalentes aproximadamente al 4,7% del Producto Interno Bruto. El Ecuador está comprendido en el grupo de países miembros de la OIT, que destina los menores porcentajes de su PIB a lo social. El IESS cuenta con tres fuentes principales de financiamiento. La aportación del patrón, de afiliados, y el aporte del Estado. La principal fuente de ingresos es la patronal que se aproxima al 32% de los recursos totales anuales, luego la de los afiliados, que es de un 29%, sigue en importancia el rendimiento de las inversiones en la propia institución, y de otros ingresos menores con un 24%, y luego la contribución del Estado que se acerca al 15%.

El IESS participa en el sector salud mediante el Sub Sector Nacional Médico-Social, Seguro Social Campesino y la Dirección de Riesgos y Prestaciones, en la parte que se refiere a riesgos del trabajo. Estos organismos dentro de la propia institución son independientes entre sí. Este es un primer problema; no existe coordinación alguna entre estos organismos que son de la propia institución, lo que a un nivel nacional sucede con las instituciones que conforman el sector salud. Desde hace unos seis o siete años se están coordinando los diferentes institutos que forman el sector salud a través del Consejo Técnico en Salud, que es una institución de asesoramiento de las políticas y estrategias en el campo de la salud.

Se pretende optimizar la prestación de servicios para ofrecer una atención integral de salud de buena calidad. Vale la pena indicar que dentro de las funciones que cumple la

Dirección Médico-Social por medio de sus unidades operativas, el 80% de las actividades son de tipo de recuperación y el 10% de prevención y fomento. Esto marca una diferencia notable con las actividades del Ministerio de Salud, que ejerce entre el 70 y 80% de acciones preventivas y un 20% de actividades de recuperación.

La población ecuatoriana registra un crecimiento del 2,9% anual, con una población muy joven, un 41% que pertenece a menores de 15 años; con natalidad del 20,6 y mortalidad 5,7 por 1000 hab. La mortalidad infantil es del 47,7 por 1000 NV o mayor debido al subregistro existente. La mortalidad materna es del 1,7 por 1000 NV. De la población menor de cinco años, el 5,5% experimenta algún grado de desnutrición, que en la zona rural parece ser mayor.

Las principales causas de mortalidad se relacionan con enfermedades infecto-contagiosas, gastrointestinales y respiratorias agudas, seguidas por enfermedades cardio-vasculares y en quinto lugar accidentes por vehículos. En los últimos años ha tomado repunte la tuberculosis como causa de mortalidad, situándose en el séptimo lugar, octavo la desnutrición proteico-calórica, noveno tumores malignos del estómago y décimo suicidio y homicidio.

La población afiliada al seguro general es del 11 al 12% de la población total, lo que representa el 22% de la población económicamente activa. A este grupo de habitantes se han incorporado en los últimos años 600.000 afiliados que pertenecen al Seguro Social Campesino y al seguro agrícola que representan en total unas 100.000 familias, y sólo cubren al trabajador y al hijo de la afiliada, aunque se aspira a cubrir al grupo familiar.

La ampliación de la cobertura se hace por nuevos grupos de trabajadores de la construcción, domésticos, profesionales independientes y con seguro voluntario y agrícola. Existen además 50.000 jubilados.

El programa del Seguro Social Campesino es la primera experiencia seria en nuestro país de ampliación de cobertura hacia áreas rurales y urbano-marginales. Esta ampliación se hizo abandonando el criterio de protección al trabajador con relación de dependencia patronal y se proyectó a nuevos grupos humanos cuya actividad desarrollan en forma independiente. Asimismo se cambia la protección al individuo por la protección a la familia que constituye en el inicio de la ejecución práctica del principio de universalidad y solidaridad.

El Seguro Social Campesino comenzó teóricamente en el año 1968, pero no fue hasta después de 1975 en que realmente se lo implementó, mediante ciertas decisiones del gobierno nacional de entonces, para darle un sustento de carácter económico. En el año 1981 se determinó ya el financiamiento serio y estable de esta prestación. Está financiado a base del 0,30% sobre el monto de los salarios de cotización del IESS con lo que se puso en práctica con el principio de la subsidiaridad del Estado y el aporte del 0,35% del salario de aportación al IESS por parte de todos los afiliados que tienen remuneraciones periódicas y fijas, y el aporte de los patrones del 0,35% sobre el monto de los salarios de sus trabajadores. Con esto se cumple el principio de distribución y redistribución de la riqueza y la solidaridad con los grupos que más lo necesitan. También se concreta una transferencia de sectores de trabajadores de áreas urbanas a rurales.

Actualmente existen alrededor de 480 comunas inscritas en el programa del Seguro Social Campesino. El responsable de la inscripción en la comuna es el padre de familia que hace una aportación simbólica. En la parte médica, ese seguro se atiende en base a médicos contratados que prestan una atención itinerante en las distintas comunas establecidas y en dispensarios anexos del campesinado. En los actuales momentos existen más de 300 dispensarios en todo el territorio.

En los dispensarios se atiende el primer nivel y las referencias de pacientes se realizan a las unidades del IESS, que efectúan una facturación por servicios prestados que se carga al Seguro Campesino.

Además, por ley toda empresa con más de 100 trabajadores tiene obligatoriedad de instalar un dispensario que tome el nombre de dispensario anexo. Este dispensario es pagado por la propia empresa pero es controlado por el IESS. En el Seguro Social Campesino existen alrededor de 400 comunas que sirven a los 600.000 afiliados al sistema y refieren los pacientes a las 75 unidades de la Dirección Médico Social.

Esto ha ocasionado cierto problema de carácter económico para el manejo de las unidades propias del IESS. Los hospitales regionales provinciales se ven congestionados hasta en el 40% de su capacidad por los afiliados del Seguro Social Campesino.

El financiamiento insuficiente que no ha sido modificado desde hace 50 años, origina un déficit de la infraestructura que no ha permitido un desarrollo armónico en relación a las necesidades y desabastecimiento crónico de fármacos e insumos lo que ha incidido



en forma negativa en la calidad de la atención brindada. Este es el área que ocasiona más protestas y reclamos por parte de los usuarios.

No se ha realizado un programa nacional de reequipamiento de unidades médicas que, por efecto de su obsolescencia, se ha convertido en otro motivo de reclamación y supresión continua de actividades.

La incorporación de nuevos grupos de población al sistema del IESS ha ocasionado gran impacto en razón de que no ha existido, concomitante, una mejoría de sus propios recursos humanos y materiales en las unidades médicas. También, como ya se mencionó, ha existido escasa o nula coordinación del área médica con los otros componentes institucionales del sector.

La relativa importancia otorgada a las acciones de medicina preventiva, en relación con las actividades de recuperación, que se dan en la institución, debe destacarse como una de los temas que requieren medidas urgentes.

En 1985 se realizó un seminario muy importante en la ciudad de Cuenca en el Ecuador, en la cual, entre otros aspectos, se trató del Seguro Social Campesino y de la regionalización de servicios del área médica. Esta regionalización que en un principio se pretendió fuera médica se convirtió en una regionalización integral, o sea, administrativa, financiera y médica.

Se crearon nueve regiones administrativas, económicas y médicas, aunque existen propuestas para reducirlas a tres, con lo cual el manejo técnico, administrativo, económico del área será más fácil. Para esto existen propuestas de un programa de actividades estratégicas, para el mejoramiento de las prestaciones médicas y el plan de desarrollo del área institucional médica para 1989-1992.

## **COMENTARIOS SOBRE LA PRESENTACION DE ECUADOR**

Luis Asis Beirute, Consultor del Secretariado

Para comentar el caso del Ecuador debe tenerse en cuenta un antecedente que es muy importante. En Cuenca en 1985 entre el 12 y el 21 de abril, se llevó a cabo un encuentro entre expertos de diferentes países de América Latina, con funcionarios de la OIT, OPS y del IESS y se discutieron aspectos muy importantes del área médico-administrativa y económico-financiera.

Cuando escuchaba al expositor, me pareció que citaba parte de los comentarios y resúmenes de esa importante reunión, por el hecho de que en esos días, el entusiasmo y el empeño por establecer cambios estructurales y en la prestación de los servicios del IESS fueron de tal naturaleza, que todos salimos realmente muy entusiasmados y esperanzados de que se modificarían los datos del diagnóstico de salud de la población.

Uno de los puntos que se mencionó, en términos similares a los utilizados durante el Seminario, fue la situación de la administración del IESS que es evidente que pasa por un momento de grandes desajustes, que obstruyen o impiden el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Las características de la situación existente hacen necesario que no sólo deban considerarse soluciones técnicas, sino que también pueden requerirse soluciones de carácter extraordinario que permitan establecer un régimen transitorio para normalizar los obstáculos existentes en materia de controles duplicados, tramitaciones largas e innecesarias, procedimientos excesivamente dispendiosos, y hasta se habla de una reforma administrativa planteada, que vuelve a repetirse hoy nuevamente. En ese momento se dijo: "la reforma administrativa planteada, no producirá por sí sola todas las soluciones". Después de haber oído varias presentaciones de los países, creo que la reforma, por la reforma, aquí no va a solucionar los problemas. Son necesarias redefiniciones de la política general de la institución en varios campos.

Dada la envergadura de esta situación y de las tareas por realizarse se requiere una acción con el máximo apoyo político. El sector salud no sólo demanda acciones del IESS y el Ministerio, sino de la intersectorialidad y la interinstitucionalidad en la toma de decisiones.

Aquí aparece algo que hoy se pone en evidenci: los servicios de salud de IESS deben desarrollarse de acuerdo con una política nacional de salud, como acabo de decir, y por lo tanto las acciones correspondientes deberán coordinarse con las del Ministerio de Salud y demás entidades del sector. Sólo en esta forma sería viable la extensión de la cobertura a nuevos grupos de población, esto está determinado por la necesidad de dar plena utilización a la infraestructura física existente, complementándola cuando sea necesario.

Se mencionaba del número de camas que requeriría el IESS y el país en general. No parece, sin embargo, que aumentar el número de camas sea la solución del problema. Las acciones, las actividades y los planes con todos sus programas son los que van

a resolver definitivamente los problemas de la salud. La regionalización como está planteada tampoco podría resolver la situación, si no hay una regionalización funcional y estructurada de acuerdo a la capacidad resolutoria de los niveles de atención.

Otro aspecto importante es el financiamiento. Preocupa cuando se dice que el presupuesto del Instituto tiene el 35% para una población que no pasa del 12% y, sin embargo, el Ministerio de Salud con mucho menos presupuesto tiene el otro 90% restante de la población con una cobertura que no está satisfaciendo las necesidades, y el peligro de esto es que las inversiones en salud no se hagan en forma racional, y entonces se preocupe más por la infraestructura y el recurso físico que por el impacto y la calidad de los servicios en la población.

Por otro lado, la organización interna del IESS requiere una mayor coordinación entre los tres seguros: el Campesino, el de Riesgo de Trabajo y el Médico. No puede ser que tres actividades dentro de una misma institución no tengan la coordinación adecuada por el hecho que las tres van dirigidas a un sector de la población y en un momento dado, un trabajador puede tener un accidente y también un problema no ligado al riesgo del trabajo y requiere la atención. Así empezó el otro aspecto del seguro social que es la extensión horizontal de la cobertura de servicios y la apertura de las prestaciones y los beneficios de la población.

Debe tenerse en cuenta que un seguro social contiene dos esferas, una interna y la otra externa. La interna es el propio Instituto, que hay que verla hacia adentro, hacia la motivación del trabajador, la coordinación intrainstitucional, las normas y procedimiento de acuerdo al perfil diagramado a la población a la que se está prestando los servicios y la necesidad de que esa cobertura se extienda más allá.

Esta esfera interna no está aislada sino que tiene relaciones con otra esfera que está circundando la primera y está ligada a los patronos, las cámaras, los grupos en prestación, los programas de ajuste estructural, que en cierto sentido dirigen la economía de un país hacia una racionalidad de la utilización de los recursos y que en cierto sentido reorienta la institución a formas fundamentales dentro de la política de extensión de la cobertura de servicio.

También hay que puntualizar otros aspectos que antes mencionaba y uno de ellos es el de impulsar los servicios hacia la consolidación del Sistema Nacional de Salud y que estos esfuerzos de coordinación sean una verdadera realidad. Esto se discutió en Cuenca y en las diferentes reuniones que tuve el privilegio de participar. Creo que

este paso es importante, porque se está poniendo de manifiesto que el progreso de los seguros sociales no sólo está única y exclusivamente en la decisión política, sino en las responsabilidades institucionales de sus propios funcionarios, para convertir a esa institución en algo dinámico, en algo que le permita verdaderamente la extensión de la cobertura en forma adecuada.

El Seguro Social Campesino, en esencia es un seguro universal dentro de esa población y uno quisiera ver que éste no ocupará el 40% de las instalaciones. Estamos convencidos que las enfermedades infecto-contagiosas, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes, utilizando las estrategias de la atención primaria, pueden mejorar sus indicadores y en definitiva el seguro social se va a beneficiar, porque va a utilizar más racionalmente sus recursos.

Estamos viendo que la tendencia en la actividad es buscar una atención integral, y ésta no se puede llevar a cabo si no hay una capacidad de gestión, una capacidad administrativa para prestar los servicios que no se logrará con cambios de estructuras.

Lo que se necesita es una capacidad lo suficientemente racional y adaptada a las condiciones de progreso en las prestaciones de servicios médicos, de ahí que internamente considero que el Instituto debe analizar y meditar muy bien este proceso de cambio. Cuando se habla de la rigidez jurídica hay que verla internamente y no sólo en la esfera externa.

Es evidente que un país con esa tasa de crecimiento de más del 2,5%, obligatoriamente tendrá una demanda excesiva, pero no se va a resolver exclusivamente con el aumento del número de camas, sino con la coordinación intrasectorial, la coordinación de recursos físicos debidamente instalados, con el afán de poder utilizarlos racionalmente, ya fuese mediante convenios, o cambios en la prestación de servicios ambulatorios..

Ecuador no escapa a lo que ocurre en Guatemala o en México con los grupos étnicos, y a muchos de los países en Sud América. Sin embargo, el servicio de salud tiene que estar adaptado a las condiciones de su propio país.

Creo que plantearse la extensión de la cobertura sin resolver situaciones que todavía están pendientes y fueron mencionadas, va a ser muy difícil, porque el riesgo es mucho mayor y puede convertirse en un serio problema, debido a la demanda insatisfecha. Es necesario que las instituciones, al igual que el IESS, se planteen qué es lo que verdaderamente el país quiere a partir de diagnósticos que se tienen, qué hacer desde

el nivel local para poder conocer de qué se muere y de qué se enferma la población y con base en ello definir lo que puede hacerse para mejorar la calidad de vida.

La presentación ha sido muy sincera y ha mostrado un panorama de lo que ocurre en Ecuador. Esto demuestra el deseo que se tiene de mejorar esa calidad de vida y encontrarle solución a problemas tan complejos, porque debe reconocerse que no son nada sencillos. Decidirse a extender la cobertura del seguro social en los próximos años creo que debe ser el reto para todos. Una cosa es decirlo y otra verdaderamente hacerlo.

## **PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA NACIONAL DE GUATEMALA**

Rómulo Sánchez, Miembro del Consejo Técnico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y colaboradores (IGSS)

La delegación de Guatemala está integrada por un equipo de trabajo que se ha encargado, prácticamente desde el año 1985, de instrumentar la extensión de cobertura del programa de enfermedad-maternidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con una gran motivación. Queremos transmitirles esta motivación, este cambio de actitud que hemos tenido en el seguro social guatemalteco.

Guatemala es un país con múltiples problemas. Su superficie es de 108.000 km<sup>2</sup>., con una población de 8.680.000 habitantes, de los cuales son económicamente activos 2.500.000, están afiliados al IGSS 779.000, con una cobertura de 30.18% de la población económicamente activa.

La población protegida es de 1.316.000 habitantes con una cobertura del 15.2% de la población total guatemalteca. Es decir que es una cobertura mínima que va en contra de los postulados de la ley orgánica, que prevé que se debe atender a toda la población guatemalteca.

La distribución de afiliados muestra el centralismo del departamento de la Capital con un 45% de la población y luego le sigue en importancia el de Escuintla, que va a ser objeto del análisis, ya que el Instituto decidió extender la cobertura del programa de enfermedad-maternidad a esta área, con un modelo diferente de prestaciones.

En relación con el costo, en el modelo tradicional, los recursos han sido muy sofisticados, de muy alto precio, que lógicamente implican una subutilización, porque no corresponden a las necesidades de la población. Son de poco impacto ya que el Instituto tiene 40 años de funciones y, sin embargo, el impacto de la salud es prácticamente de cero, porque difiere de la realidad del país. Por otro lado, es elitista y como consecuencia tiene una insuficiente capacidad científica y tecnológica, que era lo que buscábamos en el modelo ideal. Primero que haya una racionalización del uso de los recursos, que se utilice de preferencia tecnología apropiada y que se aprovechen los recursos propios de la comunidad.

El diseño del modelo que se comenta busca estar acorde con las necesidades de la población a la que vamos a servir. Logicamente estamos buscando que sea solidario y debe tener una mayor igualdad, porque vamos a aplicarlo a una población que lo necesita. Por otro lado vamos a fortalecer la infraestructura tecnológica y el apoyo a la gestión de transferencia de tecnología.

Hay problemas en la toma de decisiones al nivel local por la centralización, y lógicamente esto provoca una lentitud en la gestión. Por ser muy centralizada la toma de decisiones los servicios son inoportunos e inaccesibles. Si analizan nuestros servicios se darán cuenta que en el sistema tradicional, éstos están ubicados solamente en el área urbana y lógicamente existe una anarquía organizacional, debido a que no se cuenta con una planificación que responda a las necesidades. Se buscaba en el modelo un diseño altamente desconcentrado, con una distribución adecuada y programada de los recursos, y una efectiva y racional toma de decisiones.

Estamos llevando la toma de decisiones al nivel local, y si queremos la participación comunitaria, también tenemos que aceptar que debemos trasladar el poder. Buscamos también una agilización en el trámite administrativo y lógicamente vamos a buscar satisfacer necesidades reales. Se van a delegar funciones y responsabilidades.

El último elemento que analizamos es el aspecto de satisfacción o insatisfacción. El modelo tradicional es altamente inaccesible, está ubicado a un nivel urbano. También como consecuencia, tenemos una sobreprestación por atender demandas no controladas y la sobrecarga produce deshumanización en el servicio.

Hay una capacitación improcedente de los recursos, porque no se logra definir cuáles son las necesidades de capacitación. Además, el sistema de información es totalmente inadecuado y poco real.

Entonces, debe reconocerse la necesidad de adoptar una nueva concepción del proceso salud-enfermedad. Creemos que este proceso es una resultante multicausal y como consecuencia multifactorial y pensamos ya no en salud exclusivamente, sino en mejorar la calidad de vida, a través de un objetivo intermedio que es la autogestión.

El modelo está basado en el conocimiento del individuo, la familia y la comunidad, con una programación integral y horizontal que persigue compartir la responsabilidad de las acciones por realizar y debe propiciar la participación de equipos multidisciplinarios para garantizar su integridad. Se pretende un modelo de bajo costo, efectivo y eficiente, que utilice tecnología apropiada a las necesidades de la población y que aproveche racionalmente los recursos y se traduzcan en una óptima calidad de atención; que responda a la realidad nacional, promueva y fortalezca el espíritu de solidaridad de la población y sea una red de apoyo a la gestión.

Otro aspecto importante está basado en la estrategia de la atención primaria, con una programación local, que tenga como base la situación epidemiológica local, utilizando como medios los sistemas locales de salud. No queremos ver a los sistemas locales de salud como una instancia burocrática más. Queremos que ellos tengan capacidad de decisión y de acción, es decir, que cuando ellos determinen cuáles son sus problemas, sean capaces de tomar acciones para corregirlos.

Otra cosa importante es que el modelo tiene un enfoque de riesgo en términos generales y, desde el punto de vista epidemiológico, partiendo del contexto familiar.

Además vamos a buscar los equipos multidisciplinarios, pero también queremos que dentro del sistema local de salud haya una coordinación amplia de todos los sectores que de alguna forma inciden en los aspectos de la calidad de vida y, en consecuencia, en el nivel de salud de la población.

A diferencia de lo que se ve en otros países, al promotor de salud se le paga, o sea, creamos un nuevo personaje dentro del equipo de salud, que tiene sueldo y que su trabajo es **promover la salud**. También incorporamos a la comadrona asumiendo su gasto para garantizar de alguna forma un control cercano al 100% de las embarazadas y el parto.

Este equipo trabaja internamente integrado, asesorando y coordinando las acciones de líderes comunitarios, de comadronas, de instituciones del sector, de las organizaciones no gubernamentales y otros sectores diferentes que conllevan al

mejoramiento de la calidad de vida, basándose en la estrategia de atención primaria e integrándose por medio de los sistemas locales de salud.

**El primer nivel** de atención no tiene ninguna infraestructura, ni siquiera un escritorio, ni siquiera un maletín de equipo, y ni siquiera una bicicleta para transporte; utiliza solamente los recursos de la comunidad, y eso da una idea de como se están usando los recursos de la comunidad, en la medida que cada equipo logra efectuar algunas acciones. Los equipos que no están haciendo nada, nos dan una idea de que no están utilizando adecuadamente los recursos del sistema local.

**El segundo nivel** tiene una variación total dentro del Instituto, está formado básicamente por dos equipos internamente relacionados. Por una parte tenemos un equipo de previsión comunitaria que es responsable de dirigir, coordinar, asesorar, capacitar, monitorear y evaluar el equipo de primer nivel, y está integrado por un médico comunitario que es el integrador del equipo, una enfermera graduada, un trabajador social y un inspector de seguridad e higiene. Están apoyados por odontólogos y psicólogos. Este equipo tiene una amplia comunicación y coordinación con el equipo de atención y se apoyan y complementan el uno con el otro.

El equipo de atención que se ocupa básicamente de dos áreas, una administrativa y de apoyo y otra de atención propiamente dicha. Este equipo también debe responder a las necesidades de la población, así como a los requerimientos complementarios de prestaciones económicas y de servicio. Está integrado por: médico general, enfermeras, odontólogos, auxiliares de enfermería y de odontología, técnico de laboratorio y personal administrativo de apoyo.

**El tercer nivel** que está representado por hospitales generales. Cuentan con los cuatro programas básicos de medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. Este nivel es también responsable de la dirección, coordinación y asesoría del nivel primero y segundo. Tiene un equipo de supervisión integrado por: médico, trabajador social, enfermera e inspectores de seguridad e higiene. Aquí existe la Dirección Regional que es la responsable de coordinar todo el programa, tanto desde el punto de vista comunitario, como desde el de atención.

En este tercer nivel se introdujo una modificación a la estructura actual, creándose un área de mantenimiento general, dirigida por un ingeniero mecánico que es el responsable del mantenimiento de todo el equipo regional. Pero también se le ha dado otra función muy importante que es la de producir el equipo necesario para la



instrumentación del programa. En relación a los costos resulta muy diferente lo que cuesta producir un equipo, de lo que costaría comprarlo.

Otro aspecto importante es que se creó la bodega regional, que es la responsable de surtir de medicamentos, material y equipo, y el personal encargado de la supervisión de todo el equipo y de los trabajadores.

Tenemos un **cuarto nivel** central, que comprende la Dirección Departamental que es la que supervisa en forma directa la región, la Dirección General de Servicios Médicos Centrales, la Gerencia, la Subgerencia y por último la Junta Directiva.

El modelo está en marcha, lo que no quiere decir que ya se han resuelto todos los problemas y empieza una nueva vida. La verdad es que ahora realmente empieza el problema.

El modelo era idealista, muy teórico, lograrlo era un enorme reto y un desafío. Uno de los principales problemas fue la relación entre la planificación y la ejecución. Realmente en la ejecución hubo problemas enormes para desarrollar lo planificado. El primer punto, primer razonamiento por el cual ocurrió un desfase, fue la muy deficiente base de información. El sistema de información nacional no funciona y mucho menos el sectorial y el institucional, por ello la planificación quedó desfasada.

Otro punto importante es que inicialmente se había planteado contratar, y así se presupuestó, la mayor parte de los servicios de nivel curativo con el Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, veinte semanas antes del inicio del programa, la Junta Directiva ordena, a nivel administrativo, utilizar la mayor capacidad de la infraestructura y de los recursos propios institucionales, sin modificar el presupuesto, ni la plantilla del personal y las demás previsiones de recursos. Estas modificaciones fueron muy difíciles de superar.

Otra de las cosas importantes en la planificación, fue que se había considerado que el Ministerio tenía una cobertura del 30% de la población nacional, sin embargo en Escuintla esto no fue cierto ya que los recursos con que cuenta el sector salud son muy limitados. Otro problema fue la ostensible demanda de servicios de tipo curativo desde la puesta en marcha del programa. Se había diseñado, con un modelo, una plantilla y unos indicadores de tipo preventivo, pensando que el 80% en el programa materno-infantil iba a ser resuelto a un primer nivel. Nuestra población y creencias, costumbres y valores no están identificados como un modelo de tipo preventivo. Toda la gente desde el inicio acudió a los servicios y era una población virgen.

En Escuintla, desde el primer día, los servicios se abarrotaron. Esto hizo que el sistema, aparentemente entrara en crisis y fue uno de los momentos más difíciles que hemos tenido. Hay que tomar en cuenta que esta población rural nunca ha tenido acceso a los servicios de salud y, que por años ha postergado la necesidad de ellos y cuando los encontró, evidenció la realidad. Paradójicamente y, hasta suena irónico, pero este programa dependía de un modelo curativo, para legitimizarse dentro de la población y darle realmente la fortaleza necesaria.

En este momento está a punto de firmarse un convenio con el sector privado que tiene servicios médicos en la región y van a formar parte de toda la red de servicios del Instituto mediante de un convenio específico, con lo cual esperamos resolver en gran parte el problema de la demanda no controlada de servicios.

Otro de los componentes fue la puesta en marcha a ritmo acelerado del área de infraestructura. Realmente fueron múltiples los problemas que en forma súbita aparecieron. No teníamos ninguna unidad propia en el segundo nivel y las propias del tercer nivel carecían de una adecuada infraestructura, que respondiera a un modelo de esta naturaleza, inclusive dentro de uno tradicional. Esta no solamente se vio deficitaria y mal diseñada, básicamente por la demanda elevada desde su inicio, hubo que arrendar inmuebles que hasta el día de hoy no se adecuan a las necesidades.

El equipamiento, a la fecha, es insuficiente, con este desfase en la planificación del 40 al 60% de los recursos iniciales planteados no ha llegado todavía. Se construyeron escritorios, camillas, bancos de espera y todo lo que el sistema requería y se piensa construir todo el equipamiento de las unidades regionales y ya no seguir ese sistema tan anacrónico, obsoleto y burocrático de compra de equipamiento.

Otro problema fueron los recursos humanos y en esto si vale la pena detenerse un poco. Primero se tenía una plantilla de personal que como se mencionaba, no estaba previsto para otorgar las prestaciones con los servicios propios, sino para contratarlo. Hubo que realizar lo contrario sin incrementar el personal y el presupuesto.

Y ahora, específicamente para este nuevo modelo, no hay promotores de salud inspectores de seguridad y ningún sistema que forme estos recursos. Nos vemos presionados a capacitar en servicio y desarrollar una serie de estrategias que estamos trabajando, con la colaboración de OPS, y que se puede sintetizar como sigue.

Una cosa es capacitar en servicio al personal porque no podemos prescindir de él y se necesita darle toda la herramienta tecnológica a pesar de ser limitados sus conocimientos de la salud y la segunda alternativa es la formación de personal que no existe y que requerimos para que el modelo prosiga. Es una propuesta que está siendo estudiada por las actuales autoridades.

El primer problema que tuvimos ocurrió en el área administrativa, a pesar de que a sus encargados se les dió un curso de instrucción de un mes y medio previo al inicio del programa, pero no fue suficiente. El personal no manejaba la estructura legal del régimen, no sabía como calificar derechos, trámites del expediente administrativo, como otorgar prestaciones. No funcionó con la eficiencia deseada y se hizo necesario nombrar un equipo multidisciplinario para fortalecerlo en estos aspectos.

Luego los perfiles ocupacionales no se terminaron completamente, sólo se cumplieron los requisitos básicos. Con los promotores, el requisito era que hablara el dialecto de la comunidad, que tuviera un grado de escolaridad básico y que nos permitiera brindarles enseñanzas complementarias para que proyectara y fomentara la salud. Pero los perfiles nunca se completaron porque ni nosotros mismos sabíamos como iban a comportarse dentro del contexto, dentro de ese sistema local. Entonces ahora que definitivamente trabajamos entre los promotores, la propia comunidad, los psicólogos, los trabajadores sociales, etc., ya tenemos los perfiles de los puestos de lo que se adecua a cada cargo y a partir de esto se empezaron a reorganizar todos nuestros manuales de organización y funciones por nivel.

Por último, la programación local que involucra el diagnóstico, el enfoque de riesgo, la programación específica y la supervisión y monitoreo del modelo, se logra aceptando únicamente actividades que la comunidad propone a través del sistema local. Hemos sido activistas, al hacer muchas cosas sin los programas que fueron adoptados para ganar legitimación dentro de la comunidad y organizarla mejor.

Ya estamos terminando la ficha familiar de recolección de datos, ayudándonos con la metodología de enfoque de riesgo que esperamos aplicarlos en el primer semestre del año entrante para trabajar con estrategias poblacionales, las familias, los grupos y los sectores prioritarios que requieran mayor atención. El sistema de supervisión no ha sido diseñado completamente, sino que sólo tenemos los esbozos, pero queremos complementarlo sólo cuando tengamos todo el diseño de la programación local.

Entre los primeros pasos decidimos presentar el modelo a las autoridades. Comenzamos con los alcaldes y los alcaldes auxiliares y todas las demás instituciones que laboran dentro de la comunidad. El comisionado militar dentro de las comunidades es muy importante y controla a las gentes extrañas que entran en ellas, nosotros necesitábamos presentarnos para no tener algún problema en el área.

No teníamos ningún local donde escribir, planificar, organiza, hasta que con el apoyo de la comunidad encontramos salones un poco más grandes, como es la Casa de la Cultura de la Municipalidad, las escuelas y algunas veces los salones municipales.

La organización no fue tan difícil, nuestros promotores de salud son los de mayor influencia dentro del municipio y fueron desplazados a cada área teniendo en cuenta la accesibilidad, la cantidad de población que iban a tener a su cargo, conjuntamente con el equipo multidisciplinario.

Comenzamos a lograr más contacto con la población, conocer cuáles eran sus problemas, poder tener una base y crear un programa verdadero. Nos dedicamos a conocer más a fondo a la comunidad y analizamos su actividad económica.

Después de conocer las condiciones verdaderas de la comunidad, necesitábamos transmitirles las pautas para ejecutar los programas que debían priorizar.

Tuvimos la necesidad de desarrollar un proceso de organización y la fuimos presentando no solamente a la gente de la comunidad sino también a los líderes verdaderos, teníamos que unificarlos. El Comité Pro-mejoramiento de su comunidad está muy interesado en elevar las condiciones de vida de ella, nosotros también, así como la Dirección General de Servicios Agropecuarios, el Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria y el Ministerio de Salud Pública.

Habían grupos muy interesantes, como las amas de casas, que también tenían que asumir una participación muy importante. Ellas son las que están dentro de sus hogares y saben que sus hijos no están vacunados, entre otras cosas. Teníamos que hacer una investigación participativa, este era uno de los mejores condicionantes y permitía involucrar a la población.

Se diseñó una boleta para hacer una investigación en la que se relevaran realmente los datos con participación. Esta fue una de las primeras acciones desarrolladas con el sistema nacional de salud.

## COMENTARIO A LA PRESENTACION DE GUATEMALA

Eduardo Guerrero, Consultor de la OPS/OMS en Guatemala

Es muy importante que las experiencias se escriban y se comuniquen, por eso felicito al grupo de Guatemala en su excelente presentación.

La gran pregunta que el modelo de Guatemala intenta responder es ¿cómo extender la cobertura de servicios de salud, cómo extender la cobertura de la seguridad social?

En países que han sufrido una crisis económica, que han tenido un modelo de desarrollo, que han tenido una forma de avance y de retroceso en la sociedad, realmente se produce el desafío de avanzar en esta intención de extender los servicios de salud de la seguridad social.

Vemos que el modelo de Guatemala se produce en un momento especial. La seguridad social de Guatemala nace en un oasis de democracia. Pero hoy en esta era, en otro comienzo de la era democrática de Guatemala, está naciendo un modelo diferente para extender la cobertura a toda la población.

Con una característica en esa construcción, el modelo busca avanzar hacia el fomento y la protección de la salud. Se construye una propuesta basada en transferir el poder a las comunidades y reconocerlo así como sus formas de organización, a través de los Sistemas Locales de Salud, entendiendo que en esa fuerza de descentralización, de desconcentración, de la discusión de los problemas en el nivel local, pueden surgir ideas diferentes del modelo biológico-curativo.

Esta construcción de ese modelo pasa por una ruptura con los programas de salud de la seguridad social tradicional, esa ruptura se da cuando intenta y produce un impacto en el sentido que la seguridad social asuma la responsabilidad de la salud de toda una población, dando paso a la equidad, dando paso a que toda la población que se encuentra en un espacio geográfico determinado quede bajo su responsabilidad.

Creo que la apertura del proceso democrático es un factor importante. Creo importantes las Reuniones Técnicas de la Seguridad Social promovidas por OPS/OIT iniciadas en esta década. Creo que las comunicaciones y un mundo cambiante están derribando muchos conceptos (muchos muros), derribando los conceptos de la centralización, de la planificación normativa, han tenido influencia real.

Todos estos factores son los que han confluído en Guatemala para que se estén transformando los modelos de atención y se busque un nuevo tipo de organización. Que es un nuevo tipo de organización de la sociedad, que da a los niveles locales y profundiza ese proceso de democratización.

Vemos como Guatemala, partiendo de un diagnóstico de situación y la crítica de un modelo de atención, de desarrollo, a una estructura social, construye una imagen objetivo que busca transformar la concepción de lo que es la prestación de servicios, dando ese enfoque comunitario, de participación social, orientado a las comunidades.

Partiendo del análisis del modelo actual nos dice: no busquemos transformar ese modelo vigente, empecemos algo nuevo y seleccionan un Departamento para iniciar el primer paso de un proceso.

Es importante observar cómo se da un período de convencimiento a nivel político, a nivel de los empresarios, de los bancarios, de los sectores de la agricultura para poder "vender" esta idea y creo que allí se demuestra que la seguridad social es política, y que la seguridad social exige concertación. Solicita diálogo, construcción de nuestras ideas y convencimiento a los líderes que actualmente se encuentran en nuestras sociedades, para poder darle paso a las nuevas ideas y a los enfoques renovadores.

Otro punto importante es que el nuevo modelo se basa en la fuerza del recurso humano, y es la fuerza de los hombres la que puede transformar la sociedad. Cuando se logra que esas 500 personas asuman una crítica constructiva de la sociedad, asuman un papel dentro de ella y busquen soluciones a los desafíos a que se enfrenta, creo que allí hay un factor de éxito fundamental que fue creer en los hombres, creer en las personas que van a transformar esa sociedad, dentro de este mundo en cambiante.

También debe remarcarse, y así lo señalan los documentos de Guatemala, que el modelo tenía que legitimizarse y que no podían ser fuerzas externas las que dieran ese modelo, y me parece muy importante el papel de los facilitadores que nace de los propios hombres del seguro social de Guatemala, que nace de una forma muy sencilla, sin pretensiones.

Entonces creo que ese proceso de capacitación fue otro de los factores de éxito para poder iniciar la construcción de esta propuesta.

El proceso de democratización que se está dando en Guatemala, donde están surgiendo sindicatos, se están formando ligas, la población se está organizando para resolver los problemas en el nivel local, donde se está abriendo paso a los consejos de desarrollo urbano y rural, donde se está transfiriendo una parte de los recursos a los niveles locales, sin duda ha tenido influencia determinante.

Es cierto que los indicadores fallaron, pero sus fallas permitieron la decisión de iniciar los servicios.

El equilibrio entre el modelo comunitario y el curativo, no se puede desligar de construir clínicas, hospitales, contratar servicios con el Sistema Nacional de Salud, no ocurrió, como se observa frecuentemente, sino que se inició el modelo, con un enfoque integral diferente.

Los contratos, las licitaciones, los suministros, la infraestructura de los servicios, todo eso sufrió un retraso, falló, y obligó a transformar las condiciones propias que el modelo estaba requiriendo. Y es así como se ve en este momento en Escuintla, con mucha satisfacción, que las salas de cirugía se transformaron, hay camillas construidas por el nivel local, y por el personal de mantenimiento con una tecnología apropiada y a un costo totalmente diferente. Hay una transformación que no llevó a la satisfacción en términos tradicionales, sino que dió cabida a la comunidad para elaborar su cobertura.

En una visita que realicé, me perdí, y cuando preguntaba a la gente ¿dónde estaba el seguro social?, la gente no sabía donde estaba, no identificaban al seguro social con un sitio físico, pero cuando la gente pensaba me decía, el seguro social tiene un personal comunitario trabajando aquí, está en las calles, o en una escuela o en el parque o en la casa de una familia. O sea que la respuesta es: el seguro social está en otro tipo de servicio, pero no se identificaba como un puesto de salud con una infraestructura física.

Lo que está ocurriendo en el proceso de Guatemala es algo muy importante que tiene que seguir siendo profundizado y que produce muchas interrogantes que ya el grupo las está identificando. Hay necesidad de cambiar los modelos de capacitación, hay necesidad de cambiar el tipo de recurso humano para afrontar estas nuevas realidades, ya tenemos unos grupos comunitarios que están trabajando allí, que no están muy preocupados de los medicamentos, que son importantes, porque están preocupados de las basuras, del medio ambiente, del control de los alimentos, del mercado, del problema de la rabia canina, del problema de la malaria, de las condiciones nutricionales de los niños de la escuela, y que indudablemente esa preocupación por

esas transformaciones y por ese reconocimiento de los grupos sociales, de los sectores que están alrededor de una comunidad, es importante que sigan avanzando y en esa experiencia hay que ganar muchísimo para fortalecer el fomento y la transformación de la sociedad en eso que es el mejoramiento de la calidad de vida.

Pero el modelo tiene que profundizar aquellas medidas que reducen la mortalidad infantil y materna, mucho más en un país donde los nacimientos ocurren por partos caseros en su gran mayoría. Con un enfoque de riesgo, el modelo tiene que profundizar en aquellos elementos importantes para poder influir en la disminución de las tasas de mortalidad, mientras se logra el mejoramiento de las condiciones de la calidad de vida

El modelo no puede olvidar ese desborde de la fase curativa cuando una población tiene derecho y se asegura, desborda los servicios y eso ha ocurrido en Escuintla. Las salas de partos se llenaron, los consultorios, los servicios del nivel secundario se llenaron, y entonces eso quiere decir que la organización de servicios también tiene que transformarse y no puede seguir operando tradicionalmente. Y tendrá que producirse una comunicación muy estrecha entre el grupo comunitario y ese nivel secundario para poder influir en la salud y la calidad de vida con la mayor oportunidad y eficiencia.

## **PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA NACIONAL DE HONDURAS**

Gonzalo Rodríguez Soto, Presidente Ejecutivo del Instituto Hondureño de Seguridad Social y colaboradores (IHSS)

Se presentó un caso concreto: la experiencia en la ciudad de Villanueva, Dep. de Cortés en la zona norte del país, que es el primer proyecto modelo combinado entre los sectores más importantes de la salud: el Ministerio de Salud y el Instituto de Seguridad Social.

Honduras es un pequeño país de América Central, con 100.000 km<sup>2</sup> y 5.000.000 de habitantes, donde hay un crisol de razas, cultura, civilización, costumbres y leyes, que todavía en su sector sur no han podido despegar sus programas de desarrollo social y económico.



En el mundo actual que ya llega a cinco mil millones de habitantes, que a principios de siglo sumaban una quinta parte, sólo mil millones, disfruta de los beneficios de una justicia social, y como admiradores de la doctrina de la seguridad social, observamos que ésta aún no ha producido impacto en la inmensa mayoría de la población del mundo y nosotros no somos la excepción.

La seguridad social en Honduras, como parte de un programa de desarrollo social, incluyendo su legislación en el área del Código de Trabajo, reforma agraria, autonomía universitaria, solamente sirvió para justificar un golpe de estado. La intención política calificó esta legislación de corte comunista, y esto retrasó el desarrollo de la seguridad social, que no sólo se estancó, porque no recibió el apoyo político ni económico de los gobiernos desde entonces, sino que también se fragmentó porque el Estado se preocupó por crear sistemas de seguridad social sólo para sus empleados, que no son verdaderamente sistemas de seguridad social, sino sistemas de pensiones, que pagan muy buenas cantidades al empleado público, al maestro y al militar.

El resto, es decir los trabajadores de la empresa privada, no reciben servicios de salud adecuados. Los servicios de salud en nuestro país son manejados primordialmente por el Ministerio de Salud que proclama tener una cobertura de un 60%, tiene más de 700 centros de salud de primero, segundo y tercer niveles, que tienen la infraestructura necesaria pero no la logística adecuada para cumplir sus funciones.

El seguro social por otro lado no ha logrado desarrollarse por la falta de apoyo político y de aporte económico. El Estado no ha cumplido como tal, ni siquiera como patrón, por consiguiente el principal problema de la seguridad social en Honduras es económico. En este momento se han tomado algunas medidas tendientes a la coordinación de esfuerzos con el Ministerio de Salud. Existe un primer convenio de intención, firmado en el año 1982 con el Ministerio de Salud y la Secretaría de Planificación, y un segundo discutido con la participación y el apoyo de OPS y OIT.

En el país se le ha dado más importancia al sector económico que al sector social. Inclusive existe lo que se llama el gabinete económico desde hace 50 años y se acaba de crear un gabinete social hace apenas cuatro, en el cual participa el Instituto.

Se considera que la salud es una necesidad del pueblo, un derecho a disfrutarla y, una responsabilidad de todos que requiere de la solidaridad para alcanzarla.

La articulación interinstitucional, elemento clave de cualquier estrategia de desarrollo del sector salud debe ser abordada desde dos diferentes dimensiones:

- Por un lado; la concepción del fenómeno salud-enfermedad como un fenómeno biológico, determinado y condicionado por múltiples causas de compleja interrelación, que obliga a diseñar estrategias de ataque que trascienden las posibilidades que pueden considerarse de dominio estricto de las instituciones responsables de la salud. Esto hace necesario identificar las acciones de dominio de otras instituciones que integran el quehacer económico-social. Por lo tanto la articulación de esas instituciones para asegurar la negociación y concertación de opciones eficaces, constituye un requisito ineludible.
- Por otra parte, el desarrollo histórico del sector salud de Honduras ha determinado la coexistencia de un conjunto de instituciones que desarrollan acciones de salud, que duplican esfuerzos y dejan vacíos, determinando la ineficiencia e inequidad del sistema y la imposibilidad de que concurra al desarrollo de la política nacional de salud con el consiguiente derroche de los escasos recursos.

Resulta perentorio buscar la convergencia de esfuerzos y desarrollar algún sistema de articulación entre las instituciones, factible y viable en el corto plazo, que asegure el cumplimiento en la práctica de la política nacional de salud. Al satisfacer sus requisitos de eficacia, eficiencia, equidad y participación social, podremos hablar de la vigencia de la solidaridad para alcanzar la salud.

La articulación interinstitucional no nace de la nada, existen esfuerzos de años anteriores, como ya se mencionara. Se comenzó en el año 1982 con la firma de la carta de intenciones entre el Ministerio de Salud Pública y el IHSS cuyo el propósito fue incrementar la racionalización en el uso de recursos, elevar la calidad de la atención médica y extender la cobertura de servicios.

En 1983 se suscribe otro convenio entre el Ministerio de Salud Pública y el IHSS. Además existía una propuesta concreta para iniciarlo en la Región Sanitaria Sexta, con una infraestructura que estaba por terminarse en el Ministerio de Salud Pública y que daba la factibilidad de que pudieramos buscar al menos una estrategia de articulación en ese sector.

Pero mientras los técnicos fueron profundizando el proyecto, se cambió su visión y definieron el propósito en función de sentar las bases programáticas, jurídicas, administrativas y financieras para la coordinación de esos servicios. O sea, de lo particular se fue a lo general y eso atrasó el proceso de articulación. No se creó la factibilidad ni la viabilidad para el desarrollo del proyecto local que se había concebido, ni se creó tampoco la apertura hacia el nivel nacional.

En 1986 continúan realizándose reuniones y una de ellas fue auspiciada por OIT/OPS, en noviembre de 1986 en San Pedro Sula, donde concurrieron ambas instituciones, y establecieron cronogramas de trabajo en áreas críticas que continúan persistiendo con proyectos definidos.

En la clínica del Seguro Social construida en 1985 en el municipio de Villanueva, se presentó un proyecto con el modelo tradicional, bajo los indicadores de programación tradicionales, pero resultó deficitario. Por ello fue rechazado por la Junta Directiva del IHSS porque exigía la participación del Estado. Se hicieron nuevos intentos pero todavía continuaban sin ser factibles de llevar a cabo.

En la búsqueda de alternativas para abrir esa clínica se concluyó que **había que redefinir el modelo de atención** para hacer factible que esa clínica operara y fuera financiada por los recursos con que el régimen de enfermedad y maternidad contribuirían en esa zona. O sea todo lo que aparentemente era desperdicio de tiempo a la larga se convirtió en una ventaja que ha permitido encontrar las formas de prestar servicios y sobre todo de generar nuevas opciones frente a la posibilidad de ampliar la cobertura. A partir de agosto del año pasado, ante el renovado interés producido por el proceso de conducción y gerencia del Ministerio de Salud Pública y los diferentes niveles del IHSS, fue creada la viabilidad, tanto política como técnica, para poner en práctica este proyecto que fue presentado con nuevas modalidades y lineamientos, utilizando la estrategia de la **Atención Primaria de la Salud**.

A finales del año 1988 este proceso se fue fortaleciendo por la creación de una comisión técnica superior que iba a vigilar el proceso de conducción y de coordinación entre el Ministerio y el IHSS con la participación de la Secretaría de Planificación.

El proceso de negociación concentró mayor cantidad de tiempo en los niveles políticos institucionales del seguro social, porque la implementación del modelo con estrategia de atención primaria, cambiaba y tenía serias implicaciones con respecto a lo que era

la aplicación de la Ley y los modelos tradicionales de prestación. O sea un cambio total de actitud, de estrategia y de concepción.

A la par que se negociaba en el nivel político este modelo, mientras se requerían nuevas ampliaciones y se volvía a negociar, se pensó entre los dos equipos del Ministerio y del IHSS, que había que encontrar una forma de concretar estas ideas en el nivel local, para el caso que se obtuviera la aprobación en el nivel político.

A partir de septiembre de 1988 cuando todavía se estaba negociando, se comenzó a trabajar en los niveles locales para determinar cuáles iban a ser los instrumentos que guiarían la acción de ambas instituciones.

Finalmente, los niveles políticos del Ministerio y del IHSS aprobaron el proyecto, para su desarrollo a partir de mayo de 1989. El 7 de abril se inauguró la clínica. En este orden de ideas cabe destacar el potencial dinamismo que revela el proceso de diálogo iniciado entre el Ministerio de Salud Pública y el IHSS.

El municipio de Villanueva, una localidad que es conocida como la ciudad que endulza a Honduras por su producción de caña de azúcar, es una comunidad de clasificación urbana localizada a 23 km. de San Pedro Sula, la población total del municipio es de 11.705 habitantes, de los cuales 8919 pertenecen al casco urbano y 2959 a las aldeas. De acuerdo a las proyecciones del seguro social la población protegida en ese sector industrial, es de 5181 como asegurados directos y 7494 como beneficiarios, sobre una población total de 12.675 personas. Cabe aquí destacar que la población que vive en la ciudad y la población cubierta por el seguro hay una aparente incongruencia, porque el municipio tiene límites que trascienden a la cobertura del seguro social, al ser una zona altamente industrial, y allí hay concentraciones y desplazamientos de población que viene de otros departamentos y de otras ciudades, pero que trabaja allí y que tiene derecho a la protección.

Un análisis a la población de este municipio en el casco urbano, permitió conocer el Censo Familiar de Salud (CEFASA del Ministerio de SP) el cual se hace casa por casa, para conocer las condiciones que existen en las viviendas, cuál es su estructura poblacional, las migraciones y la situación de las viviendas respecto al abastecimiento de agua, disposición de excretas y población sin escolaridad, que son tres de las variables que se medían para llegar a definir el grado de postergación de cada uno de los barrios o de las comunidades.

En este análisis se encontró que los habitantes casco urbano, 13,7% de la población, eran población derechohabientes, eso era un poco más alto de lo que había tradicionalmente de cobertura en la población en Tegucigalpa y en San Pedro Sula.

En aspectos de salud, el CEFASA levantado por personal institucional y comunitario a finales de 1988, indica que el casco urbano tiene 1797 viviendas de las cuales 0,3 carecen de agua segura, el 33,5% no tienen adecuada disposición de excretas y que el 11% de sus habitantes, mayores de edad son analfabetos.

Al analizar estos indicadores se concluye que en el área rural es donde se encuentran los más altos índices de postergación e inaccesibilidad a los servicios de salud. Dentro de esta postergación seis barrios se encontraban en escala entre el 21% y el 40% que constituían el 15,5% de postergación. Con esto se iba a redefinir la orientación de las actividades del programa.

El modelo de prestación de 1986 no tiene nada que ver con el que se presentó en 1988, pues se efectuó una redefinición completa de los lineamientos generales y la estrategia de atención primaria es la que predomina. Muchos de esos elementos están siendo o han sido modificados en la confrontación con la práctica.

La estrategia de atención primaria presupone algunos requisitos que debían cumplirse y se pensó que eso tenía serias implicaciones, en los aspectos económicos, sociales y jurídicos para el instituto. Fuera de eso, el objetivo seguía siendo lograr el acceso abierto, por lo que se introduce un nuevo elemento que es la sectorización del municipio.

En el mapa del municipio se estableció el área donde se encuentra la clínica del seguro social y el CESAMO (unidad o centro sanitario con médico) del Ministerio de Salud Pública. Viendo que a ambos lados de la carretera había unidades o centros asistenciales, se definió administrativamente la población correspondiente a dichas instituciones asignando igual cantidad de población a cada una. Con la medida anterior no sólo se logró delimitar la población de responsabilidad de cada unidad desde el punto de vista administrativo, sino que se favoreció el acceso a los servicios, se evitó la duplicidad de oferta, se posibilitó la programación de actividades y la fijación de indicadores que permitieran evaluar la labor contributiva de cada institución y el impacto de las acciones en el perfil epidemiológico.

Asimismo se buscó eliminar las diferencias en la atención de ambas poblaciones, entre la atendida por una institución rica y la cubierta por otra pobre, o entre formas

distintas de prestaciones, pues se crearían desplazamientos de la población de una institución a la otra.

También se definió cómo se otorgaría la atención abierta, y el modelo de atención del seguro social, sobre todo, pues contiene un componente predominante de atención por morbilidad, de atención curativa, con recurso nuclear, y para esto se utilizó la revisión del modelo del Ministerio de Salud Pública que fue adoptado con una combinación del anterior. Este modelo de atención es integral, ya que brinda tanto acciones preventivas como curativas, cuida el medio ambiente y practica la vigilancia epidemiológica. Por ejemplo, el expediente que utiliza el seguro social es individual, para los adultos, para la madre y para los niños, o sea que es una atención disgregada, mientras que el Ministerio ofrece una atención por grupo familiar. Se adoptó la atención familiar y también la carpeta familiar, en donde con un mismo expediente se atiende toda la familia.

Así se incorporaron dentro del modelo otros recursos institucionales, como es la enfermera profesional para atender actividades de crecimiento y desarrollo, y con respecto a la mujer, para el embarazo y puerperio normal, también se utiliza la partera empírica adiestrada dentro del modelo de prestación.

El seguro, en su modelo tradicional no utiliza el recurso comunitario, sin embargo, en este proyecto es uno de sus elementos básicos y ha permitido modificar algunos criterios de atención basándose en las costumbres de la comunidad. Por ejemplo, dentro de la población se estimó atender un 80 % de los partos como institucionales, y eso no es real, el 80% lo atiende la partera empírica. Ante esa realidad no podíamos decirle a la paciente o a la partera que los íbamos a atender en el seguro, sino que teníamos que darle capacitación, asegurarnos que esa partera tenía todos los elementos para atender en forma segura a esa paciente y es así que se empieza una capacitación a nivel de todas las parteras que hay en la población, en las aldeas, y se empieza lograr con ellas la información de cada parto atendido, de su control puerperal y así se va entablando un diálogo. Esta no es una labor fácil, porque ellas son muy celosas del personal institucional, necesitan tener mucha confianza de que no se les van a modificar sus costumbres ni a quitar su fuente de trabajo. Esa es una de las cosas valiosas que fueron ocurriendo dentro del modelo.

Aprovechando la infraestructura del Ministerio en el centro de salud en cuanto a odontología y a laboratorio clínico, el Seguro no podía duplicar esfuerzos y crear su propio laboratorio y su servicio de odontología, entonces ahí se creó una modalidad

de intercambio de insumos por servicios, o sea, el CESAMO que presta atención a la población protegida con los servicios anteriores y el Seguro les proporciona los insumos que va a utilizar en toda la población. Con los mismos medicamentos, se acordó que cada institución tendría su propia logística, pero que se daba la apertura de que se pudieran complementar dichas instituciones, y la Junta Directiva aprobó un intercambio de hasta 25.000 lempiras en material, suministros y equipo para el Ministerio de Salud Pública y con base en ello se intercambian productos farmacéuticos cuando están próximos a vencerse.

Para que ambas instituciones pudieran registrar los datos que van generando al proyecto, se hizo una revisión del sistema de información. Tuvimos que asumir o adaptar muchos de los instrumentos que utilizaba el Ministerio, incluso la terminología diagnóstica, modificarla a fin de que cuando pudiéramos evaluar las causas de enfermedad estuviéramos hablando de las mismas.

El último elemento, y posiblemente el más importante, se relaciona con la participación social. Tradicionalmente los servicios institucionales utilizan la participación social circunscrita a colaboración de la población con las actividades programadas y decididas por las instancias de los servicios, excluyéndola de la discusión de las razones que sustentan las acciones y la posibilidad de presentar opciones. Para buscar la participación conciente de la comunidad en el desarrollo del proyecto se concibió un mecanismo de deliberación y toma de decisión conjuntas para lo cual se introdujo el último y valioso elemento que fue la organización del comité local de coordinación de servicios de salud.

El comité local de coordinación, está integrado por representantes de la comunidad. Este comité está integrado por la municipalidad, el personal institucional de la clínica de emergencia del Seguro y el Ministerio de Salud Pública. Adicionalmente, a medida que ese comité ha ido trabajando y el proyecto se fue desarrollando, se incorporaron nuevos elementos y ahora cuenta con representación del personal voluntario, de los médicos privados y de las empresas. Esta es la comunidad que participa en un proyecto que es el taller de madres, donde se las prepara para la atención del parto natural y se dan todos los componentes de lactancia, de inmunizaciones y de programas de control de diarrea.

El objetivo del comité es la gestión del proceso de coordinación de servicios de salud dirigidos a la población de Villanueva y sus aldeas cercanas, bajo los principios de

equidad, eficiencia y eficacia. Es importante destacar que a medida que el proceso se ha ido desarrollando, la comunidad ha logrado una participación cada vez más activa.

La primera evaluación del proyecto ha permitido conocer algunos avances y en ella participó el personal comunitario, y el personal institucional. Algunos de los logros son: el mejoramiento de la detección y seguimiento de los casos de tuberculosis, un incremento de un 20% de la inmunización de los menores de cinco años y la cobertura del seguro social en el 25% de las familias.

La reconstrucción del centro de salud se realizó mediante el apoyo interinstitucional o sea la coordinación con el Instituto de Formación Profesional, que impartió un curso de carpintería y los beneficiarios reconstruyeron al centro de salud. Se convocó a todas las comunidades y los alcaldes de las mismas para que se unieran y presentaran una inquietud legislativa por medio de los diputados de los departamentos de Cortés. El anteproyecto prevé una contribución de las compañías azucareras al municipio, porque tienen un problema de inadecuada disposición de excretas y falta de agua y no tienen recursos. Eso ya está proyectado y a medida que las autoridades locales se han concientizado, se van relacionando con las instituciones de salud y dialogando con sus propios problemas, crean nuevas instancias para la búsqueda de soluciones.

Se han presentado programas específicos en coordinación con los recursos materiales de otras instituciones para mejorar la capacidad productiva de las familias, para incorporar a las madres en los procesos productivos, utilizar los predios existentes en las escuelas, de las clínicas del Seguro Social y del Ministerio de Salud Pública.

Para el Seguro Social ello ha sido beneficioso y toda una experiencia de acción educativa, que le ha permitido salir del esquema tradicional, conocer nuevas formas de prestaciones, ampliar la cobertura e incorporar nuevos elementos. También en Villanueva se está experimentando, la acción del médico que presta atención en la empresa a la población trabajadora, y bajo los lineamientos del Seguro atiende los problemas de salud ocupacional; eso permite mejorar la capacidad de respuesta de las instituciones y dedicar mayores esfuerzos en las aldeas.

Desde luego que de la evaluación surgieron algunos temas que fueron modificándose, sistemas de información que hubo necesidad de redefinir, objetivos que en la práctica fueron quedando desplazados, pero lo valioso de eso, es el diálogo permanente.



El proceso que se está desarrollando ha contado con gran número de factores que han favorecido su instrumentación, sin embargo solamente corresponde destacar algunos de los más importantes.

En primer lugar, la existencia de una firme decisión política, en los niveles directivos de ambas instituciones, para desarrollar el proyecto sumado a la apertura que ocurrió en el Seguro para permitir la deliberación y contribuir a la concepción de un nuevo modelo, no obstante las restricciones legales existentes.

Otro de los factores propiciatorios ha sido la participación de la comunidad en forma activa, decidida, incondicional y ha sido un elemento valioso en la implementación del proyecto. La comunidad actuó como participantes en el proceso en términos de creatividad, motivación y entusiasmo.

En cuanto a las limitantes que se han presentado, la de mayor relevancia probablemente es la rigidez administrativa de las instituciones en sus diferentes instancias, y esto a su vez se ha sentido un poco más en el Ministerio de Salud Pública, lo cual permite asimilar e institucionalizar las modificaciones que el nivel local está requiriendo para dar una respuesta más eficiente y efectiva a su comunidad. Por ello existe una discordancia entre el avance que se obtiene ante la comunidad y en el nivel local y las instituciones en sus diferentes niveles jerárquicos.

Se hace necesario también, desarrollar la capacidad nacional para evaluar la eficacia, la eficiencia, la factibilidad de las propuestas, en términos de costo-beneficio, político, técnico, legal y administrativo que implica cada una de las opciones.

Los resultados obtenidos en este primer proyecto coordinado han facilitado el diálogo para extenderlo a otros municipios como Choloma, Puerto Cortés, Bajo Aluar, El Progreso y Comianilla.

Para concluir debe enfatizarse la importancia de la coordinación interinstitucional para la ampliación de cobertura de servicio de salud y su inmenso potencial como un elemento generador de equidad, eficiencia y eficacia en un sistema de prestación de servicios.

En Honduras el primer hospital, Hospital General del Estado, fue construido hace un siglo, pero luego la evolución fue muy lenta hasta hace 50 años que se creó un Ministerio de Salud. La seguridad social hasta ahora había atendido solamente a sus afiliados y en

los casos excepcionales en que se requieren servicios que sólo están disponibles en el Seguro Social a población no cubierta, como por ejemplo, hemodiálisis, transplantes renales, etc.

También puede afirmarse con satisfacción que es el primer proyecto de salud que opera con superávit, en estos momentos a cinco meses de operación ya se ha logrado una economía de 40.000 lempiras mensuales, que equivale a \$ 20.000 US al cambio oficial.

La realización de esta integración o articulación entre los ministerios de salud y la seguridad social, como la extensión de su cobertura hasta alcanzar cifras significativas que reemplacen la función asistencial de dichos ministerios, nos exige su redefinición, su organización y funcionamiento. Los ministerios de salud son sin duda los entes rectores del sector, responsables de fijar las políticas de salud y evaluar su cumplimiento.

## COMENTARIOS SOBRE LA PRESENTACION DE HONDURAS

Marlaw Kwitko, Consultor del Secretariado

Estoy muy complacido en comentar la presentación de Honduras, país en el que en el año 1984 pude obtener mi primera experiencia internacional. Trabajamos intensamente en temas relacionados con la extensión de cobertura y de coordinación interinstitucional, un proceso ya iniciado dos años antes. En 1986 participé también en el seminario conjunto entre el Ministerio de Salud y el IHSS en que se discutió y profundizó el tema de coordinación con miras a la extensión de cobertura de salud.

Me siento muy optimista al constatar que ese proceso se puso efectivamente en marcha, basado en una clara decisión política de las dos instituciones. Me parece absolutamente correcto desde el punto de vista estratégico, el enfoque hondureño de enfatizar el componente local del proceso. Hay ejemplos claros de que las experiencias impulsadas básicamente del nivel central no avanzan. Tengo experiencias personales en Brasil. Una en el ámbito nacional y dos o tres experiencias que obtuve en estados de ese país, que comenzaron en el ámbito central. Organizamos el nivel central, después el regional y el local que se suponía que operaría con facilidad, pero lamentablemente no fue así.

Me parece que Honduras, como Guatemala, están absolutamente en lo cierto y Honduras propone empezar, poner en el tope del proceso la organización y el desarrollo de un sistema local de salud (SILOS), después de varios sistemas locales, con el Municipio de Villanueva, Depto. de Cortés.

En el ámbito que interesa a la población, en el ámbito esencial, es la prestación de servicios con capacidad real de resolución. La idea es lograr intercambios locales entre las instituciones y con adecuaciones difíciles de obtener, para después por pasar al ámbito regional y central de las instituciones.

Con un concepto amplio de atención en salud, se utiliza la idea de universalización, de integridad, de equidad y principalmente de participación social auténtica y no instrumentada. Se conforma la aplicación de la Ley de Seguro Social de Honduras y en el ámbito local se pueden conocer las necesidades de salud de la población, para programar las acciones adecuadas.

Honduras está buscando poner en marcha la extensión de cobertura de las prestaciones de salud para la población, mediante de un proceso de coordinación institucional que se desarrolla a partir del ámbito descentralizado de los sistemas locales de salud.

Por otro lado, es oportuno hacer un comentario paralelo que no se refiere específicamente a la estrategia de Honduras sino a la conceptualización vigente de los SILOS. A mi juicio se subutiliza el potencial inmenso de la propuesta de los SILOS, cuando solamente se la emplea como estrategia para buscar el desarrollo de una programación local de salud en base a las necesidades de la población y con su participación, coordinando y racionalizando el uso de los recursos sociales pero no se utiliza para buscar la identificación de grupos poblacionales potencialmente afiliables al seguro social y de las posibles variedades de cotización que podrían obtenerse a partir de la participación de representantes de sindicatos, cooperativas agrícolas, entre otras organizaciones intermedias, en los comités de gestión.

También en el nivel local se puede buscar, con esa participación, el mejoramiento de recaudación del Seguro Social y en función de estos dos puntos se está utilizando esta estrategia para canalizar recursos efectivos para el financiamiento de la extensión de cobertura de las acciones de salud a la población. O sea, que los SILOS podrían ser más ampliamente concebidos como sistemas locales de salud comprendiendo los componentes de la seguridad social.

La cuestión abordada se aplica a Honduras y al municipio de Villanueva en donde es bajo el porcentual de afiliados del Instituto 13,7%. Creo que se debe ampliar esta cobertura.

Por otro lado, no se trata de presentar aquí una visión simplista de que extendiendo la afiliación se va a ampliar la obtención de recursos financieros y al ampliar la obtención de dichos recursos se va a aumentar la prestación de servicios de salud. La propuesta de Honduras es muy clara en ese sentido, en cuanto a buscar los cambios del modelo de atención los cuales deben estar asociados al incremento de afiliación.

En este sentido les puedo dar el ejemplo negativo de Brasil; a partir de la década del 70, ocurrió una extensión progresiva de la cobertura de los seguros sociales hasta alcanzar casi su universalización (90%) pero no se avanzó en diez años en lo que se refiere al modelo de prestación de salud: opera un modelo eminentemente curativo, y con altos costos, alta cobertura, pero con un modelo tradicional, y por tanto con baja racionalización en la utilización de los recursos y con una carencia de compromiso con la integralidad de la atención.

En cuanto a la universalización (90%) es nominal, ya que la cobertura real de servicios es más baja, por las diferencias de acceso y de oferta de los servicios.

En lo que se refiere a la equidad existe desigualdad entre las prestaciones otorgadas a las poblaciones urbanas y rurales: estas últimas con derecho a un espectro menor de prestaciones y un acceso más difícil, tanto a las de corto, como a las de largo plazo.

La participación y la racionalización no tienen vigencia debido a una importante centralización sin participación social y sin vinculación entre las redes de servicios del seguro social, del Ministerio de Salud, de los estados, los municipios y los privados contratados por el seguro social. Hay paralelismo de acciones y de gastos y baja utilización de servicios, baja racionalización en el uso de recursos de salud del país, sin ninguna participación de la población en ese proceso.

Por eso en Brasil en el año 1985, comenzaron a producirse cambios graduales. Es importantísimo buscar una alta afiliación e incorporación a la seguridad social pero es fundamental también visualizar un modelo de atención y una organización de servicios descentralizados con apoyo de los ámbitos regionales que atiendan en forma racionalizada e integral y con participación social, a las reales necesidades de salud de la población.

También es necesario poner énfasis en algunas sugerencias adicionales que pienso que podrían ayudar a Honduras a consolidar su estrategia en lo que se refiere a la integralidad del modelo de atención propuesto, el cual es un avance en cuanto al modelo tradicional curativo, pero podría avanzar aun más a través de la búsqueda de una concertación con otras instituciones relacionadas a vivienda, saneamiento, educación, o sea buscar el fortalecimiento de acciones intersectoriales.

Por fin quiero manifestar mi sincera confianza en el futuro de ese proceso de coordinación y de extensión de cobertura en Honduras cuya sola puesta en marcha es elocuente.

## **PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA NACIONAL DE MEXICO**

Georgina Velázquez, Coordinadora del Programa IMSS-COPLAMAR

En las Consultas Técnicas Regionales anteriores (1982 y 1985) sobre estrategias para el desarrollo de los programas de salud de la seguridad social, se trataron aspectos doctrinarios y metodológicos de la atención primaria de salud y los avances logrados por los países de la región en la aplicación de la misma. En esta reunión estamos comprometidos a analizar los resultados alcanzados por las instituciones de seguridad social en la universalización de las prestaciones de salud y el mejoramiento de su calidad; así como en su vinculación con los sistemas nacionales de salud, con otros sectores de la administración pública, y con las políticas de desarrollo económico y social de los países.

Los presentes seguramente recordamos las recomendaciones de reuniones internacionales anteriores, relativas a que las instituciones de seguridad social reorienten sus políticas y acciones hacia el bienestar del individuo (1951); hacia las acciones de medicina preventiva (1958) y a que éstas se extiendan a toda la población (1969-1970). Los países de la región en foros mundiales (OMS 1977) y regionales (Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980), adquirieron compromisos importantes para lograr la salud para todos en el año 2000.

El Plan de Acción de 1981 se refiere fundamentalmente a la obligación de los gobiernos de hacer accesible la atención de salud a la totalidad de la población, mediante la estructuración y expansión de los servicios para mejorar su "equidad,

eficacia y eficiencia"; promover la articulación intersectorial y mejorar la cooperación regional. Se fijaron metas específicas, coincidentes de alguna manera con los indicadores elaborados por la OMS para evaluar los avances de atención primaria de salud.

En la Segunda Consulta Técnica Regional sobre Estrategias para el Desarrollo de los Programas de Salud de la Seguridad Social (1985), se apreciaron avances significativos de los países en la aplicación de la atención primaria de salud y en la coordinación de esfuerzos entre los organismos responsables del cuidado de la salud dentro del sector público. También se señalaron los retos del futuro a la luz de la deteriorada situación económica de la mayoría de los países.

En términos generales es interesante revisar la situación de México, a través de los avances del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria que desde 1974 opera el Instituto Mexicano del Seguro Social y acerca del cual ha informado en las dos Consultas Técnicas anteriores.

La Ley General de Salud (vigente a partir de 1984), garantiza el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos y sienta las bases para establecer el Sistema Nacional de Salud, cuyas principales características son la planeación, integración, coordinación y descentralización.

En los últimos años se han logrado avances importantes en la coordinación interinstitucional para la mejor utilización de recursos y la ampliación de cobertura, si bien cada institución trabaja con su propia población y hay mucho que avanzar aún.

En la evaluación de las instituciones del Sistema para los años 1983-1986 se señalan los siguientes avances:

- La expectativa de vida al nacer ascendió de 65.7 a 69 años lo que hace suponer que se puede alcanzar la meta de 70 años del Plan Regional 81.
- La tasa de mortalidad infantil descendió de 33.0 a 28.4 por 1.000 NVR en 1986, inferior a la que se estableció en el Plan.
- La tasa de mortalidad pasó de 30.8 en 1983 a 27.3 en 1986, acorde con la meta nacional.
- La tasa de mortalidad materna descendió de 0.87 a 0.80 por 1.000 NVR, cifra inferior a la meta nacional.

- Al inicio de 1983, 14 millones de mexicanos no tenían acceso a los servicios de salud, en 1986, permanecían en esta situación 9.5 millones, lo que significa que en dicho período se amplió la cobertura, si se toma en cuenta que la población del país aumentó en 4.9 millones.
- En 1986 se destinó el 1.6% del PIB al sector salud, cifra inferior al 1.7% destinado en 1987. El gasto público destinado al sector fue de 8.6% para 1986 inferior también al 10.1% destinado en 1987.
- El 93% de la población es alfabeta según cifras de 1987. Superior al 70% que se propone el Plan Regional para el año 2000.
- Hay carencias en saneamiento; para 1986 solamente el 49.8% de las viviendas tenían agua entubada propia o cercana y el 57% no tenía sistema de desagüe.

Un aspecto positivo, es que se han ampliado las coberturas de los programas de inmunizaciones, hidratación oral y nutrición, pero aún persisten los problemas en estas áreas, especialmente en los grupos urbanos marginados y rurales. Se estima que el 31% de la población puede considerarse rural, que se asienta en 1.831 localidades entre 2.500 y 15.000 habitantes (rural concentrada) y en 123.169 comunidades de menos de 2.500 habitantes, de las que el 89% tiene menos de 500 habitantes, reside la población rural dispersa.

De la población que habita el territorio mexicano, el 49.7% está protegida por los diferentes sistemas de seguridad social, el 41.4% utiliza los servicios de salud a población abierta; de éstos el 12.1% corresponde al ámbito del Programa IMSS-COPLAMAR, el 4.6% a la medicina privada y el 24.7% a los servicios de la Secretaría de Salud y los estatales descentralizados. El 8.90% de la población total, por su dispersión y carencia de infraestructura básica de servicios públicos, aún no tiene acceso a servicios permanentes de salud, aunque recibe los beneficios de las campañas médico-preventivas de nivel nacional.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, pionero en la realización de actividades médico-preventivas (1953) y en proporcionarlas a toda la población (1972), también lo fue en la extensión de la protección a los trabajadores del campo, mediante diferentes sistemas (1954).

En junio de 1974 se iniciaron los servicios de solidaridad social, con objeto de "brindar un mínimo de protección a aquellos grupos que hasta hoy han permanecido al margen del desarrollo nacional y que debido a su propia condición no tienen capacidad contributiva suficiente para incorporarse a los sistemas de aseguramiento ya

existentes", con base en la nueva facultad que le confirieron a la Institución las modificaciones introducidas a su propia Ley General en 1973. Este programa se financió con el 40% de recursos institucionales y el 60% de fondos federales. Para 1976 estaba constituido por 310 unidades médicas rurales de primer nivel y 30 hospitales, ubicados en 19 entidades federativas .

En 1979, el gobierno federal decide establecer servicios de salud para atender a 10 millones de campesinos sin capacidad contributiva para integrarse a la seguridad social y firma a través del organismo COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República, que agrupaba a 11 organizaciones de desarrollo rural), un convenio para estos fines, con el Instituto Mexicano de Seguro Social. El programa se denominaría IMSS-COPLAMAR y sería financiado totalmente con recursos federales.

El gobierno federal confió al IMSS la administración del Programa, tomando en cuenta su liquidez financiera, estructura administrativa y su experiencia de 17 años de atender la salud de trabajadores rurales y 5 de haber establecido el programa de solidaridad social. De esta manera, se integran en un solo programa operativo, dos que tuvieron origen y financiamiento diferente.

En abril de 1983, desaparece el órgano COPLAMAR y el Instituto Mexicano de Seguro Social asume entonces la total responsabilidad operativa del programa que continúa siendo financiado por recursos federales. Para esta fecha se había elaborado el Diagnóstico de Salud de la Población Atendida (1981), se tenía más experiencia para adecuar las normas institucionales al medio rural y se pudo, en consecuencia, establecer un Modelo de Atención Integral a la Salud, que se sustenta en la estrategia de atención primaria de salud que sirvió de base para el que la Secretaría de Salud aprobó en 1984 para la población abierta del país.

El objetivo del IMSS es atender a la salud de la población rural marginada, teniendo a las otras estructuras como apoyo para construcción de caminos, educación, organización comunitaria, electrificación, producción de alimentos, etc.

En el momento que en 1983 se termina el convenio y el Instituto tiene la posibilidad de absorber toda la responsabilidad, se gesta una situación muy importante que para entonces también se ve beneficiada por la experiencia obtenida.



A partir de 1981 nace un modelo de atención integral de salud que se sustenta en la atención primaria y que posteriormente se aprueba en 1984 para que sea este el que opere en la población abierta del país.

Actualmente el programa opera una infraestructura de servicios de 2.667 unidades de primer nivel, llamadas unidades médicas rurales (UMR) y 52 de segundo nivel llamados hospitales rurales. Estos están ubicados en 17 estados del país, abiertos las 24 horas todos los días de año, zonificados (20 UMR forman una zona) y regionalizados para facilitar la derivación de pacientes, capacitación continua, supervisión, abasto, conservación, información, evaluación y control financiero

En los 14 estados restantes, (México tiene 31 entidades federativas), los servicios con que el programa atendía a un poco más de cuatro millones de habitantes, fueron entregados a los gobiernos estatales entre 1985 y 1988, con motivo de la aplicación en el país de la estrategia de descentralización de la vida nacional.

En estos estados, si bien es poco el tiempo transcurrido para efectuar una evaluación se puede ver que se habla mucho de medicina asistencial y la participación de la comunidad es muy limitada.

Actualmente la población que protege el Programa alcanza a 11.000.000 de habitantes que corresponde al 62% de la población rural y se encuentra ubicada en 20.289 localidades, de las cuales el 96.25% tiene menos de 2.500 habitantes, lo que hace evidente el reto que representa operar servicios ubicados en localidades dispersas con poca densidad de población. En efecto, en el 77% de las localidades las viviendas se encuentran disgregadas .

**La estructura del Programa IMSS-COPLAMAR** está formada por cuatro niveles: central (nacional), delegacional (estatal), zonal y operativo.

**El nivel central** corresponde a la Coordinación General, que depende de la Dirección General del Seguro Social, tiene funciones normativas y de control en el ámbito interno y de coordinación y concertación en el externo. Agrupa al 3% del total del personal (12.100 trabajadores).

**A nivel delegacional**, el Delegado del Instituto representante del Director General, es el responsable de la administración del Programa, el jefe de Servicios Médicos, quien depende del delegado, supervisa técnica y administrativamente la operación,

dirige uno o más equipos multidisciplinarios de supervisión (médico, enfermera, administrador y técnico en acción comunitaria), y tiene a su cargo uno o más grupos de supervisión zonal, formados por un médico (asesor auxiliar), un promotor de acción comunitaria y un técnico polivalente, que además de fungir como chofer, resuelve problemas de mantenimiento del edificio y del equipo y asesora al personal y a la comunidad sobre procedimientos sencillos de conservación de inmuebles.

Los equipos multidisciplinarios supervisan los hospitales y a los grupos zonales, cada uno de éstos a su vez supervisa 20 UMR mediante visitas periódicas y reuniones mensuales de capacitación, análisis y solución de problemas operativos, mismas que también sirven para entregar y recibir informes, pago de sueldos, etc. En el nivel zonal y delegacional se encuentra ubicado el 10% del Personal del Programa.

**En el nivel operativo** se encuentra el 87% del personal que en las UMR está constituido por un pasante de medicina en servicio social (último año de la carrera), o un médico cuando no se presentan pasantes y dos auxiliares del área médica. Ambas son de la localidad, en áreas indígenas son bilingües, reciben un curso de capacitación y mantienen un programa de capacitación continua al igual que el resto del personal. El médico vive en la Unidad, que en una superficie de 110 metros cuadrados de construcción tiene los servicios básicos. Las UMR atienden a la población de la localidad sede y de tres más que se denominan de acción intensiva, lo que significa una población entre dos y cinco mil habitantes. Operan con un cuadro básico de 92 medicamentos para atender la patología más frecuente.

Los hospitales rurales ubicados en localidades de aproximadamente 15 mil habitantes con servicios públicos básicos y medios de comunicación, atienden a pacientes derivados de las zonas que les corresponden y cubren en promedio la demanda de 12 localidades cercanas a la sede. Tienen entre 10 y 70 camas, un cuerpo de gobierno, médicos de tercer año de la residencia de medicina familiar, y médicos residentes del último año de cirugía, medicina interna, pediatría y ginecología. También hay pasantes en servicio social en medicina, odontología, enfermería, trabajo social, químico farmacobiología y dietología.

El personal de base de los hospitales está formado por auxiliares que son en su mayoría de la localidad y capacitados como polivalentes, a efecto de optimizar el recurso humano. Está adscrito a los hospitales un promotor de acción comunitaria que participa en la capacitación de la población y promueve y asesora las acciones de participación comunitaria en el ámbito de aquellos. También forma parte de la planta permanente

un ingeniero de conservación responsable de esta área. Los hospitales operan con un cuadro básico de medicamentos adecuados a la patología predominante (212) claves.

Con el objeto de ampliar la cobertura de servicios a localidades muy dispersas, por falta de personal médico, se han capacitado con un curso de seis meses a técnicos rurales de salud que habían trabajado como auxiliares de enfermería; y durante dos meses a asistentes rurales, estos últimos actúan en tres localidades cercanas a las sedes de promoción de salud, con acciones médico preventivas (manejan 12 medicamentos) promueven la participación comunitaria y reciben retribución mínima para traslados.

La atención a la salud de la población se sustenta en la concepción de que el proceso salud-enfermedad es multicausal, debe enfocarse integralmente y es en definitiva la manifestación concreta de la organización social de un país.

Un análisis crítico de la experiencia, la consolidación de servicios básico de salud escalonados por niveles y el mejor conocimiento de las condiciones de vida y de salud de los grupos rurales marginados (Diagnóstico de Salud 1981), permitieron el diseño y aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud cuyo financiamiento es factible para el país (el costo promedio anual por habitante adscrito para 1989 se estima en \$18.176.00 en moneda nacional).

Se involucra a la comunidad para que participe en el análisis y la jerarquización de los riesgos y problemas locales de salud y sus causas, elaborando el Diagnóstico de Salud Local, mediante un proceso conjunto y continuo de reflexión y diálogo respetuoso, para facilitar la toma de decisiones en los diferentes niveles; desde la planeación de acciones de acuerdo con expectativas, posibilidades y recursos locales, para luego actuar sobre las causas y consecuencias de los daños a la salud y más tarde en la evaluación periódica de procedimientos, compromisos y resultados.

En tanto no partan los programas de las condiciones locales y la gente se comprometa y decida qué va a hacer en un año y con qué lo va a hacer y que no haga primores pensando que va a haber recursos mandados por los cielos, sino que conozca sus recursos y los use racionalmente, es en la medida que pensamos se puede tener éxito. Entonces el diagnóstico de salud, que es lo más importante, no se puede hacer en el escritorio, es necesario hacerlo ahí, es necesario hacer los planes ahí y es necesario evaluar y comprometerse ahí, en el campo de acción.

El proceso mencionado, apoyado en servicios médicos con capacidad resolutive, forma parte del enfoque integral a la salud que aplicamos y se completa con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes que se agiliza por medio del sistema de radiocomunicación, que permite además, asesoría técnica y apoyo en la solución de problemas administrativos.

De la integración y reflexión sobre las bases antes señaladas, buscando el intercambio de experiencias y conocimientos a través del diálogo, han resultado mecanismos adecuados para lograr que la población participe en el autocuidado de su salud y se involucre en actividades individuales y colectivas tendientes a mejorarla.

La organización comunitaria parte de la asamblea general, constituida por la población de cada localidad conforme a los patrones culturales locales, tiene la facultad de intervenir en reuniones comunales, le corresponde aprobar el plan de trabajo, el programa de actividades derivadas del Diagnóstico de su comunidad y conocer y opinar acerca de la evaluaciones periódicas.

El Comité de Salud, electo por la asamblea general, actúa como intermediario entre el equipo de salud y la comunidad y promueve la formación de **promotores sociales voluntarios** y su integración a las actividades comunitarias. La labor de los promotores sociales voluntarios se centra principalmente en contribuir cada uno al bienestar de un grupo de familias incluida la propia.

Se concede especial importancia a la medicina tradicional, en virtud de que es parte de la cultura e importante recurso para la salud. Se conoce el número de terapeutas tradicionales del ámbito de trabajo del programa, los padecimientos que diagnostican y los productos herbolarios utilizados con más frecuencia para el tratamiento de éstos.

Desde 1974 el programa se inició en el Instituto la capacitación de parteras rurales; a la fecha trabajan con él 6.463 que participan activamente en la atención del parto, la detección de embarazos de alto riesgo y actividades de planificación familiar. Su aportación en la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud es de gran importancia.

Estas parteras reciben capacitación del Instituto pero ninguna retribución económica, les cobran a sus pacientes de la forma tradicional, en dinero, en granos o gallinas. Nuestra relación con ellas es muy cordial, pueden acudir a nuestras unidades asistenciales como cualquier profesional, cambiarse de vestimenta y desarrollar su actividad con su paciente.

La población se involucra también en la formación de grupos recreativos, culturales, de alfabetización, alcohólicos anónimos, etc.

Un hecho importante de señalar es la autoevaluación anual que se realiza en todos los niveles de organización y en la que se relacionan logros con propósitos, utilización de recursos y calidad de las acciones. Se promueve una actitud crítica-constructiva, de reflexión y reconocimiento para que este proceso mantenga su utilidad, no se burocratice y cumpla propósitos educativos para el personal y para la población..

Después de importantes esfuerzos para la simplificación ahora tenemos una información menos abigarrada; lo que necesitamos es que el análisis de esta información y las de decisiones se tomen en los niveles en que ésta se genera. Eso parece que no es tan simple. Y sin embargo se está logrando.

Actualmente trabajan comprometidos en actividades para mejorar su salud 8.277 comités de salud, 2.876 asistentes rurales (atienden padecimientos de baja complejidad y promueven la participación comunitaria en el 40% de las localidades cercanas a las unidades médicas), 45.667 **promotores voluntarios** equivalentes a uno por cada 26 familias .

Los promotores, principalmente mujeres, son modelos a imitar y detectan embarazos de alto riesgo, niños desnutridos sin esquemas completos de vacunación, etc., es decir, vigilan la salud de su familia y de otras y participan y promueven actividades individuales y colectivas de saneamiento y mejoramiento.

Se mantiene relación con 5.137 terapeutas tradicionales y existen 6.200 grupos de alfabetización y educación básica, 1.100 alcohólicos anónimos y 11.500 de actividades artísticas, culturales y deportivas.

Por su importancia en el control de la mortalidad por enteritis conviene señalar que de 1984 a 1988 se logró un aumento del 70% al 100% en la cobertura de la administración de soluciones orales a niños enfermos de diarrea. La proporción de tratamientos preventivos fue paulatinamente mayor a la de los curativos y la frecuencia de enfermos deshidratados disminuyó de 25% a 6% asimismo la frecuencia de niños que recuperaron su estado normal de hidratación sin medidas terapéuticas adicionales se mantuvo en 94%. En estos logros desempeñaron un papel importante los Centros de Hidratación Oral, abiertos con base en un protocolo de investigación,

en los hospitales rurales; la experiencia sirvió para que posteriormente las normas de trabajo se generalizaran a las unidades médicas rurales.

Aún son limitados los avances en planificación familiar, dado que la cobertura de usuarias activas es de 12% en relación con las mujeres en edad fértil.

Debido a la participación de los promotores voluntarios se aumentaron los estudios para identificar pacientes con paludismo y la aplicación de tratamientos de cura radical.

La frecuencia de padecimientos prevenibles por vacunación ha sido muy baja en el período 1984-1988 y con tendencia al descenso o la erradicación como ocurre con la poliomielitis, padecimiento del que sólo se registró un caso en el trienio 1986-1988.

Reconocemos las dificultades de evaluar los resultados de un programa de las características del que estamos presentando. En esta tarea estamos empeñados en valorar los cambios cualitativos que se están produciendo en las formas de organización y estilos de pensar y vivir de la población.

Estamos empeñados en no sólo registrar acciones sino en relacionarlas con su utilización, desde el agua, los mismos desechos y las letrinas.

El aprendizaje y el cambio, desde nuestro punto de vista, se están produciendo entre otros factores, porque se basan en una relación respetuosa, porque el conocimiento que se comparte tiene significado para la población, es concreto, cotidiano, vinculado a su vida, le sirve, los compromisos son factibles de cumplir, no tienen un alto costo social y financiero, son compartidos, y básicamente porque los resultados son tangibles y producen beneficios.

Algunos factores que demandan especial atención para el logro de los objetivos del programa son los siguientes: aún no se tiene una adecuada cobertura de atención materno-infantil; es necesario simplificar más los procedimientos administrativos para que el personal operativo dedique más tiempo a su labor sustantiva, consolidar el diálogo reflexivo y crítico con la población, para que su espontánea solidaridad, genere formas de autogestión organizada que contribuyan a alcanzar las metas de salud y justicia social en que todos estamos empeñados.

El involucramiento de la comunidad y su participación se ven afectados por procesos migratorios internos, por esquemas tradicionales de actuar, pensar y sentir frente a los programas verticales y el ancestral paternalismo de nuestros sistemas.

El desarrollo del IMSS-COPLAMAR ha significado para el Instituto una fuente de retroalimentación. Al tener el IMSS sólo un Director, éste ha estado muy atento a las diferencias entre el nuevo programa y los tradicionales del IMSS, como a las diferencias en la morbilidad entre las poblaciones, los resultados obtenidos y los costos.

Todo esto ha permitido que el seguro social en su régimen ordinario tenga un programa de fomento de salud en el que está buscando la participación comunitaria. El IMSS tendrá que dar, en su régimen general, un giro en su quehacer tradicional de reparadores de la salud al promover y fomentar la salud de 30 millones de derechohabientes.

El futuro de la atención a la salud en México es similar a la perspectiva latinoamericana, dado que todos los países, en diferente medida, están afectados por la crisis económica del mundo en desarrollo. Lo anterior significa incremento de costos, mayor demanda de servicios, impaciencia social por deterioro del ambiente y de las condiciones de vida que contribuyen, por la depauperación, a la falta de empleo y precios inflacionarios, a agudizar las condiciones de salud y sobrevivencia. La influencia de la comercialización y de los medios de comunicación de masas fomenta hábitos contrarios a la salud que agudizan más el precario equilibrio de ésta.

Nuestros objetivos entonces consisten en ampliar la cobertura de atención mediante diferentes estrategias cuidadosamente estudiadas, mejorar su calidad y lograr el óptimo uso de los recursos disponibles.

La situación actual exige de nosotros imaginación, creatividad y compromiso para aplicar la estrategia de atención primaria de salud, lograr su extensión a todos los mexicanos y trabajar cada día más unidos con la población, a efecto de enfrentar mejor los retos del futuro.

## **PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA NACIONAL DEL PARAGUAY**

Raúl Boettner

El régimen del seguro social paraguayo es administrado por el Instituto de Previsión Social (IPS), creado en 1943.

Es un organismo autárquico, con personería jurídica y patrimonio propio. Su gobierno, dirección y administración están a cargo de un Consejo Superior y un Director General. El Director General es nombrado por el Poder Ejecutivo y preside el Consejo. Este está integrado por seis consejeros, los dos representantes del gobierno corresponden, uno al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y otro al Ministerio de Justicia y Trabajo. Los otros cuatro corresponden, dos a los patronos y dos a los asegurados.

Están incluidos dentro del régimen del seguro social los trabajadores asalariados, los aprendices, y el personal de los entes descentralizados del Estado o empresas mixtas. También están cubiertos los maestros y catedráticos, personal del servicio doméstico y los veteranos de la guerra del Chaco, en virtud de una ley especial. El seguro protege al asegurado, esposa o concubina, hijos menores de 16 años, ascendientes directos que dependan económicamente del asegurado y vivan bajo el mismo techo.

Están excluidos del campo de aplicación los sectores público, bancario, militar y policial. Lo mismo los trabajadores ferroviarios afiliados a su propia caja.

En cuanto a su extensión geográfica tiene aplicación en la capital y en el interior del país. El seguro cubre prestaciones a corto y a largo plazo. Las prestaciones a corto plazo: atención médico quirúrgica y dental, medicamentos, prótesis y hospitalización, además de subsidios en dinero. A largo plazo jubilaciones, pensiones y beneficios por muerte; para cumplir estos compromisos el Instituto tiene los siguientes recursos: cuota mensual de los trabajadores, cuota mensual de los patronos, y el aporte del Estado. Quiero agregar que el Estado nunca ha aportado a la caja del seguro y además tiene dos representantes con voz y voto en el Consejo Superior; así que es un doble contrasentido.

Los servicios que cubre el seguro abarcan todo el territorio nacional, son propios o contratados, y se dividen en servicios médicos de la capital y del interior.

En el interior los servicios están regionalizados según complejidad de atención en: enfermería, puestos sanitarios, hospitales locales y unidades regionales. El hospital central de IPS en Asunción es el hospital base del sistema, todas las unidades médicas dependen de la dirección del departamento médico y son sometidos a supervisiones y evaluaciones periódicas.

Los grados de atención, en el nivel primario, están constituidos por la enfermería y puesto sanitario tipo A y B en el que se otorgan prestaciones médico especiales



preventivas a toda la población de un sector y prestaciones médicas de carácter curativo para todas aquellas afecciones que pueden ser tratadas ambulatoriamente o a domicilio.

El nivel intermedio del sistema está constituido por los hospitales locales de 20 a 30 camas según el tamaño del sector y cuentan con servicios médico-quirúrgicos y gineco-obstétricos básicos y con la ayuda de elementos del diagnóstico también simples; constituyen el primer respaldo del sector de salud de la comunidad y están destinados especialmente a la práctica de intervenciones quirúrgicas sencillas y atención de afecciones que sin necesidad de alta especialización tampoco son susceptibles a ser tratados ambulatoriamente.

En el nivel regional existe un hospital general completo, con todas las especialidades más corrientes de la medicina y cirugía.

Constituye el recurso médico máximo de la región y debe ser, con el comienzo de los demás establecimientos de menor complejidad, autosuficiente para atender la casi totalidad de los problemas de la región correspondiente. Sólo quedan fuera de su campo de acción los casos altamente especializados que requieran métodos de diagnóstico muy complejos y que por mayor costo no puedan impartirse en las otras regiones.

En el nivel central existe un hospital de especialidades, adiestramiento e investigaciones que está destinado al tratamiento de enfermos seleccionados y que necesita de gran concentración de recursos y además debe participar en la formación de profesionales en las distintas especialidades de la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación.

En los últimos años se ha puesto especial énfasis en una coordinación con la Universidad Nacional y en este momento estamos teniendo 148 médicos internos y residentes de uno y dos años, para tratar de mejorar los niveles de los médicos, la preparación de acuerdo a nuestras enfermedades. Nosotros consideramos que la Facultad de Medicina no forma los profesionales suficientemente preparados de acuerdo a la morbilidad del país.

Los servicios contratados del Instituto son fundamentalmente hospitales del Ministerio de Salud Pública y generalmente de especialidades: tenemos los hospitales de neumología, psiquiatría, enfermos de cáncer y quemados. Estos servicios se

contratan por paciente, que pagan una cifra preestablecida de acuerdo a un convenio y las facturaciones son mensuales. La coordinación con Salud Pública en los últimos tiempos ha tratado de incrementarse pero evidentemente exige una mayor dedicación para pulir las aristas que existen entre ambas instituciones.

A partir del mes de febrero de este año hemos tenido una transformación en el sistema de gobierno que ha traído un cambio total. De ahí que estamos tratando de comenzar del nivel cero para reencauzar las políticas institucionales.

En esta nueva instancia democrática se abre una posibilidad de mayor interpretación con el Ministerio de Salud, superando la simple contratación de servicios para ir al desarrollo de programas de salud.

En 1987 hubo un seminario taller del seguro social, apoyado por OIT/OPS, en donde nos habíamos planteado una serie de cambios un poco violentamente y a partir de febrero pudimos poner en práctica algunas cosas con resultados bastante buenos.

En aquella oportunidad ya habíamos hablado de la necesidad de redistribución interna del personal de las unidades médicas. Habíamos hablado de limitar la designación de personal no calificado, habíamos pensado en ajustar un sistema de creación de cargos a las reales necesidades y a propuesta de las unidades médicas, porque anteriormente se nombraban a nivel central y uno tenía que estar en los hospitales buscando el cargo para la persona que le era enviada.

También se habló de adiestramiento de personal, elaboración de guías terapéuticas y cuadros básicos de medicamentos, política de adquisición de medicamentos, control de stock, sistemas de información, etc.

La realidad es que tenemos ahora una situación difícil; hay la voluntad para el cambio, estamos preparados para eso pero sería necesario que las organizaciones internacionales también pudieran cooperar con nosotros, para evitar los errores que han cometido otras instituciones. De todas formas podemos agregar que en el Paraguay, el IPS, durante los últimos 20 años ha tenido un escaso desarrollo en lo que se refiere a la incorporación de nuevos contingentes, y aún no se ha realizado ningún tipo de actividades específicas de aumentar los asegurados en los grupos ya cubiertos.

Actualmente tenemos problemas para la atención médica, por eso no hemos tratado de intentar incorporar nuevos grupos, hasta solucionar estos problemas.

Se estima que el número de trabajadores es de 400.000 y nosotros tenemos cubiertos apenas el 25% de estos, esto quiere decir que el 75% no está cubierto. Lo que sí podemos decir es que en los últimos años se ha incrementado la construcción de hospitales, de unidades médicas, y se incorporaron muchos equipos de alta tecnología. Se da un contrasentido en estas unidades médicas, en la capital están abarrotadas y en el interior los hospitales no sobrepasan el 30% de ocupación.

Evidentemente que esa inactividad que tuvo el Instituto durante los últimos 20 años, ha contribuido en un incesante deterioro de la imagen de la seguridad social, a tal extremo, que se ha planteado a nivel parlamentario, la privatización de los servicios médicos del IPS. Este planteamiento fue hecho a través de la coordinación de médicos.

Para tratar de mejorar nuestra imagen hemos iniciado una campaña de soluciones al déficit de mantenimiento de nuestras instalaciones físicas y de equipos, tratando de aumentar los salarios de los profesionales, buscando mayor incorporación de profesionales y eliminando a la gente no profesional. Estamos viendo que en algunos casos los resultados son interesantes.

Pero considero que para lograr mayor impacto en la población, tenemos que cambiar la concepción actual. Debemos preguntarnos si ofrecemos los servicios médicos que desea y que necesita el asegurado y sus familiares y si no sería aconsejable incluir, dentro del esquema médico, aspectos de medicina tradicional o folclórico. En un país donde el 90% de la población consumimos yerbas medicinales

Así nosotros siguiendo el esquema clásico de la medicina social, ya superado, no tenemos mayor participación en los programas de medicina preventiva. También creo que el sistema clásico del médico en su consultorio atendiendo a los pacientes que a él concurren, con cada vez más marcado desinterés en un examen físico minucioso y prescripción sistemática de medicamento, no puede continuar practicándose. Una demostración clara y evidente del fracaso del sistema actual, es la proliferación extraordinaria de los seguros médicos privados, los cuales sin cubrir las contingencias más costosas gozan de evidente prestigio.

Yo pienso que la seguridad social debe dar un vuelco en su concepción filosófica, en mi país, ya que existen verdaderos contrasentidos en la medicina institucional que estamos practicando. Tenemos equipos costosísimos, gastamos grandes recursos y

divisas y empleamos recursos del país para formar un médico al nivel de las instituciones en el exterior y sale el paciente con un hermoso diagnóstico pero no se le puede tratar.

En el proceso político que estamos viviendo, donde la palabra privatización genera resistencias, creemos que tenemos que hacer algo urgente para cambiar la imagen a fin de que podamos seguir subsistiendo y creo que estamos en este momento en una situación realmente interesante donde podemos convencer al país y a nuestros familiares que somos capaces de manejar la situación. Y que tenemos que salir adelante, ya que comenzar de cero tiene una serie de ventajas y mayores probabilidades de éxito, porque vamos a evitar todos los desórdenes que cometieron otras instituciones en la misma condición.

De todas maneras yo creo que hemos tratado de enumerar algunos problemas. El gobierno actual no ha definido aún su política de salud. La semana pasada hemos mantenido con la nueva Ministro de Salud algunas conversaciones, tratando de coordinar las actividades y creo que el futuro es auspicioso.

## **COMENTARIOS A LA PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA NACIONAL DEL PARAGUAY**

Arizmendi Diaz Santana

Afortunadamente hay algunos elementos en la situación del Paraguay, que también los vivimos en mi país -República Dominicana- y quizás puedan ayudar a darle alguna orientación en ese sentido. En primer lugar capto que la situación del IPS reúne las características generales de la mayoría de las instituciones de seguro social de nuestros países, salvo aquellos que ya han alcanzado niveles elevados de cobertura y consolidación institucional.

Además de eso hay una situación especial de apertura democrática en este momento que va a producir una serie de fenómenos dentro los cuales todos estamos preparados para ayudar a los colegas paraguayos.

La posibilidad de expresar las necesidades con la apertura democrática se va a traducir en una mayor demanda de servicio, en una fuerte presión por el incremento

de la cobertura, tanto vertical como horizontal. Porque el Instituto en estos últimos 20 años estuvo paralizado en ese aspecto y esta apertura democrática, como ha ocurrido en Santo Domingo y en otros países, se traduce en una serie de presiones sociales de parte de la población más necesitada por mejores atenciones en los diferentes niveles de la salud.

También se da un fenómeno muy parecido al de República Dominicana, guardando las proporciones y las distancias, en el sentido que este vacío de 20 años, si el Instituto no reacciona rápidamente, va a ser aprovechado por un sector privado que aparentemente tiene fuerza en el Paraguay y además de eso está auspiciado por una política general de privatización a nivel mundial. Y entonces ahí es donde se señalaba una reacción nacional rápida, porque no es que estemos en contra de la participación del sector privado, ni mucho menos, pero la misma debe ser también programada adecuadamente.

Sabemos que el sector privado ejerce la medicina como un negocio, y nunca va a abarcar los servicios generales que requiere la población ni los va a concebir desde el punto de vista de la seguridad social. De modo que el sector privado sin un instituto fuerte que por lo menos le sirva de rector y de mecanismo de competencia en la prestación de servicios, podría deformar mucho la calidad de esa prestación en cualesquiera de nuestros países.

Me parece interesante lo que se planteó, que en esa coyuntura a nivel público de aceptación se trata de consolidar lo que tienen y sobre esa base ganarse nuevos sectores. En ese sentido se parece mucho a la experiencia que estamos tratando de desarrollar en la República Dominicana porque también el gobierno nacional se ha trazado esa misma estrategia de consolidar y mejorar la prestación de servicios a la población ya incorporada al seguro social.

También es muy válida la preocupación sobre la necesidad de establecer una política para retener el personal calificado, porque si el sector privado se va a desarrollar, lo va a hacer a costa de los mejores recursos del área de salud del sector público, como es natural.

Si bien estas estrategias son válidas, las circunstancias políticas de Paraguay, con la última apertura democrática, que intensifican la demanda, sobre todo la más postergada y la presión por la privatización de servicios, debe hacernos ver la

necesidad de no demorarnos mucho para mejorar los servicios y la imagen y proyectar la extensión de los mismos aplicando la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

Esta extensión de la cobertura implica un cambio en el modelo de atención que ponga el énfasis en la promoción y prevención de la salud y en el fortalecimiento del primer nivel de atención. Este nivel no necesita ni unidades médicas, ni gran equipamiento, ni grandes recursos para su implementación y es una manera de abordar, con una buena planeación, de inmediato la extensión de la cobertura y poder satisfacer las expectativas de la población antes que la medicina privada tome la delantera y desplace los recursos a una atención basada en un modelo tradicional que sabemos no da resultados.

La medicina de primer nivel es muy simple pero muy efectiva y útil, y puede evitar esa plétora de la demanda a nivel secundario y terciario, y puede permitir al Paraguay, sin necesidad de ampliar la infraestructura, una mayor cobertura, sobre todo si pensamos en esa capacidad ociosa del 30 al 40% en las zonas rurales.

Parece muy interesante sobre todo en el caso del Paraguay y por la experiencia que vimos de México y otros países, que también se tome en cuenta la necesidad de combinar la medicina tradicional con la medicina folclórica. O sea la experiencia de muchos años, de muchos siglos en algunos casos, que tiene nuestra población y a veces la población indígena, que son válidas, pero que no tienen el reconocimiento académico.

Combinando estos elementos se puede lograr un servicio más equilibrado, sobre todo a la población informal, a la población marginada que ningún instituto está en condiciones de incorporar con todas las consecuencias a la medicina moderna. Entonces, creo que estamos frente al caso de un instituto que de repente se le van a abrir las puertas y va a comenzar a recibir una gran presión de los servicios con el acicate de que existe un sector privado que está tratando de aprovechar esa coyuntura para fortalecerse.

## ***PARTICIPACION DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES***

El Consultor del Secretariado **Dr. Guido Miranda G.**, a la vez Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, realizó una intervención orientada a plantear su visión de los aspectos sobresalientes que tienen frente a sí los administradores de la seguridad social, de tal manera que se completaran los antecedentes brindados por los expositores que se refirieron a las experiencias nacionales con miras a enriquecer las discusiones de la consulta.

En su exposición realizó una introducción en la que describió el panorama socio-político en el cual debe desarrollarse la seguridad social de nuestros tiempos y con muy precisas citas históricas efectuó comparaciones de la realidad actual con circunstancias que influyeron en las distintas etapas de desarrollo en el pasado. Más adelante G. Miranda expresó:

Cada comunidad explora hoy, con preocupación, las vías para fomentar y promover la salud y el bienestar de la población, así como los sistemas de prestación de servicios para atender la enfermedad. La universalidad y la equidad son las líneas conductoras del pensamiento para la planificación de la salud, aplicables tanto a los sectores urbanos como a los rurales, junto con el establecimiento de una escala de prioridades.

Ante la demanda creciente de servicios, tanto por el incremento de las expectativas como por el aumento de la población, que contrasta con las escasas disponibilidades de recursos, se exploran todas las vías generadoras de ingresos, así como los modelos de distribución.

La economía de la salud plantea la eficiencia como un objetivo prioritario, lo cual justifica y obliga a la revisión de los sistemas operativos tradicionales. La limitación de los recursos, con restricciones severas que parecen haber adquirido el carácter de permanentes, exige la determinación de una escala de prioridades para cubrir las necesidades de los grandes grupos.

Dentro de ellos quiero compartir con ustedes una preocupación por los adolescentes ya que no vivimos en una sociedad que ha diferenciado la adolescencia todavía, de modo que necesariamente tiene que incorporarse como parte de la dinámica social ya que se trata de un grupo dentro del cual vive la quinta parte de la población de nuestros países.

La otra característica de nuestra población es la migración que se produce del campo a las ciudades. Este fenómeno es tan pronunciado, que se ha establecido que muy perentoriamente, a finales de este siglo, tres de cada cuatro latinoamericanos van a vivir en ciudades. Pero, los jóvenes y estos grupos de migrantes, son poblaciones en las cuales toda la patología social de nuestras comunidades en el futuro se va a generar. Son los grupos de población en donde la frustración cultural, educacional, económica, va a encontrar el mejor de los medios para generar los grupos, que ya en este momento aparecen con los indicadores más alarmantes de lo que significa la violencia en las ciudades.

Vamos a ver aparecer también una patología del trabajo que antes nunca preocupó, porque la permanencia del hombre en el trabajo ni era mucha ni tenía connotaciones significativas, de hecho hace 50 años atrás, cuando empezaron a aparecer en América Latina los primeros programas de pensiones, la edad de retiro que se ofreció fue de 50 años y en la mayor parte de los países donde se ofreció una edad de retiro a esa edad, ni siquiera la expectativa de vida era de 50 años, pero ahora que se mantengan sistemas de pensiones de 50 años, o que el hombre por razones laborales se deteriore hasta el punto de que es un inválido, como sucede con nuestros capesinos o con nuestros trabajadores de fuerza bruta al cumplir los 50 años, significa un recargo económico descomunal e insostenible en los sistemas de pensiones de la seguridad social o de cualquier otro que se quiera establecer, de acuerdo con la capacidad económica de los países.

El grado de disgregación familiar que vamos a encontrar de esta población en los años venideros va a ser uno de los hechos más espectaculares. Porque hemos ido creando políticas, si se quiere, de contrasentido. Por lo menos en Costa Rica, cuatro años atrás con bombos y platillos aprobamos una ley que se llamó código de la familia, en la cual establecimos que el núcleo de la sociedad era la familia, y entonces, alrededor de este núcleo social se establecieron una serie de condiciones, requisitos, privilegios.

Pero en este momento, las organizaciones de defensa de los derechos de la mujer en Costa Rica y en muchos otros países, están luchando por una ley que se llama igualdad de sexos, en donde la mujer tenga iguales oportunidades que el hombre, que va a significar que la mujer, para poder mantener la sociedad de consumo y un doble ingreso de la familia, se va a ir de la casa a trabajar o a tener un ingreso adicional, y entonces va a desaparecer la madre y la esposa del hogar, que pueda ser sustituida por un microondas y alimentos congelados para los efectos de la comida, pero no se va a poder sustituir a las madres para la crianza de los hijos, y entonces esto



va a provocar una disgregación de la familia, mucho más grave aún en América Latina, en donde los recursos económicos no son suficientes, como lo son en los países desarrollados, para aportar una serie de facilidades materiales que compensen la ausencia de la mujer en el hogar.

Y esta desestabilización de la familia que podría ser sustituida por un sistema de crianza de los hijos en donde la vigilancia y la educación estén a cargo de mecanismos de guarderías o de apoyo que, en nuestros países, no pasan de ser meros enunciados de carácter político, porque nuestra sociedad no tiene capacidad para desarrollarlos.

Finalmente esta población nuestra se envejece y se envejece significativamente. No tanto como lo hacen otras poblaciones en el mundo, especialmente en Europa o en Estados Unidos, pero el envejecimiento de nuestra población va ligado a una definición de derechos de la tercera edad en donde un sistema de vida se está empezando a perfilar, y fundamentalmente toda una estructura económica que la sostenga retirada de su trabajo. Hay algunos que a lo largo de su trabajo han tenido el privilegio de acumular un beneficio económico pero en nuestros países eso queda reducido a una minoría.

En los próximos 25 años la mayor parte de la gente nuestra que alcance más de 60 años no va a tener socorro económico propio o mediante algún sistema colectivo que le permita garantizar su pensión. De modo que la mayor parte de los gobiernos van a tener esta carga económica como una responsabilidad financiera.

Dentro de este marco de responsabilidades, como ya se mencionó aquí, el crecimiento económico de América Latina por muy favorable que fuera, no va a pagar el crecimiento vegetativo de la población, ni asumir el costo del envejecimiento, ni las expectativas que nuestras sociedades van desarrollando.

El modelo anterior que tuvimos que fue un modelo asistencial de servicios médicos que la seguridad social desarrolló, fue un modelo individual, porque estaba basado fundamentalmente en las características del momento que fueron la pobreza, la infección y la desnutrición. Que produjo la larga lista de enfermos que llegaron a los hospitales, los pobres especialmente con tuberculosis, los hambrientos y desnutridos con una condición biológica sobre la cual se implantaron muchas enfermedades y la infección y la parasitosis como consecuencia de estas condiciones higiénicas, económicas y sociales de gran pobreza.

Pero aparece este enorme desarrollo económico y su repercusión social que se ha producido en los últimos años y bruscamente, porque en sólo 30 o 40 años, para la evolución de una sociedad, es prácticamente fenómeno brusco, el modelo cambia totalmente y hoy en día, aparte de que hay grandes sectores de la población que todavía tendrán que seguir manejando el modelo de la pobreza, la parasitosis y la desnutrición, tenemos que manejar el modelo de la abundancia. Entonces la abundancia comienza a producir efectos positivos, porque vemos multiplicarse por todas partes y si no se multiplican se abren las expectativas para que la salud quede condicionada a la construcción de viviendas y de acueductos, a la instalación de cloacas, de letrinización, a la disposición de basura, a la mejora de las condiciones del medio ambiente, a la electrificación, a las comunicaciones.

Todo este componente económico que las sociedades hoy en día conocen, lo empiezan a incorporar como un derecho adquirido.

Porque está bien que Lenin pidiera tres generaciones para educar a los comunistas y transformarlos en fanáticos, pero hoy en día a nadie se le ocurriría pedir tres generaciones para que nuestras comunidades se esperaran a que las condiciones de vida mejoraran. No se pueden imponer plazos tan largos y necesariamente estas expectativas, las de la abundancia, están a la vuelta de la esquina para toda la población.

Está la expectativa de la sobrealimentación que es una realidad ya para muchos grupos latinoamericanos, si bien alguna parte todavía tiene condiciones de desnutrición, la sobrealimentación en otros países o en otros grupos de la América Latina, ya propicia indicadores claros de obesidad. Ya hay indicadores claros en el aumento de la incidencia de diabetes e hipertensión, de enfermedades vasculares, etc.

Si bien es cierto, algunos tendrán que padecer todavía sarampión y tosferina en muchos países, la verdad es que la mayor parte de los niños van a quedar liberados de esto, pero van a encontrar otras patologías. Estos niños, van a quedar sujetos a los rigores de la violencia y de las condiciones de deterioro en la sociedad, como, el alcoholismo, la droga, la muerte violenta; los accidentes de tránsito van a empezar a cobrar tasas que por lo menos en Costa Rica las hemos visto subir tanto, en algunas áreas, que hemos dicho que los niños que estamos salvando de diarrea y de tosferina y sarampión en la infancia se están matando diez años después en accidentes de tránsito, por la enorme incidencia que hay de muertes de adolescentes en estas áreas.

Fundamentalmente las enfermedades neoplásicas conforme envejece la población, van a ir haciendo su aparición y si queremos brindar servicios asistenciales adecuados el único recurso será hacer el diagnóstico más temprano. Tendremos que crear las condiciones de prevención más adecuadas para minimizar su aparición, para minimizar su evolución mediante el diagnóstico temprano.

Todavía nos queda toda el área de la herencia y la genética dentro de nuestro grupo de población, en donde la sociedad inevitablemente tendrá que entrar a legislar en algún tiempo las condiciones genéticas del desarrollo de sus ciudadanos, por lo que significan las cargas de taras hereditarias en nuestra sociedad.

De modo que frente a esto es muy claro ver como va apareciendo el perfil de los retos por asumir en el próximo futuro y cuando se empieza a contar y a repasar las fuerzas que tenemos para asumir estas responsabilidades, las posibilidades para luchar contra estos males de la sociedad, entonces nos encontramos que los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social están todavía años detrás de este perfil. Aquí se ha comentado muy claramente como los ministerios de salud no están entendiendo qué es lo que ocurre en el área de la integración y cómo las instituciones de seguridad social, siguen apegadas a coberturas muy bajas, y a regímenes tradicionales, esquemáticos, fijos, que más bien están facilitando o propiciando la diferenciación de grupos sociales, protegiendo a los trabajadores que más tienen, dejando desprotegidos a aquellos grupos de más alto riesgo.

Tenemos que partir de la base de que nuestras instituciones debieran pasar por un proceso de autoanálisis con el objeto de que logren una diferenciación muy clara de lo que tenemos y lo que es necesario tener para obtener cuanto antes un avance significativo en ese sentido.

Pero esto que se dijo que la paz y la democracia son mecanismos facilitadores de la demanda de servicios, compromiso que asumen los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social que tienen que hacerle frente a esta demanda con mucho dinamismo. Los representantes de Guatemala nos relataban como sus cálculos de demanda de servicios habían sido sobrepasados por una avalancha de gente, que se vino, no solamente a buscar un modelo tradicional, sino a recuperar siglos de desventaja social, ahora que le abrieron la oportunidad y esto lo vemos en todos los niveles, en todos los países y en todos los grupos en donde abramos nuevas perspectivas de servicios.

La guerra, decía días atrás, sirve para justificar la no implantación de determinados sistemas, pero la paz y la democracia se fundamentan en esos sistemas, en la equidad, en la distribución justa, en el trabajo, en el progreso y en el desarrollo, de modo que la demanda de servicios va a ser mucho más grande de lo que nosotros podamos planear, ya que nuestras comunidades tendrán, probablemente, la primera oportunidad de contar con servicios a su disposición.

El desarrollo social que viene generándose en nuestros países no solamente propiciará la demanda, sino que es indispensable que los ministerios y las instituciones de seguridad social comprendan que este es uno de los fundamentos de la salud. Pensar que sólo con lograr la salud se va a resolver el problema o a generar bienestar no tiene sentido, son otros elementos también que no son ni el médico, ni el medicamento, ni el instrumental los asociados del desarrollo para cuyo logro las instituciones de seguridad social serán coparticipes y entrarán a formar parte del conjunto de instituciones, que tienen que luchar por el programa de desarrollo de cada una de las comunidades y compartir responsabilidades con otras áreas.

El cambio de actitud que se ha mencionado aquí implica un proceso de educación muy profundo, tenemos que cambiar casi siglos de un modelo cultural y hay que intentar cambiarlo a una concepción de salud diferente, a una concepción de la utilización de los servicios completamente distinta y entonces las comunidades deben tener muy claro qué significan las posibilidades de su bienestar. No un bienestar utópico, sino sus posibilidades y sus realidades para que logren conseguirlo.

Los recursos humanos de cada una de las instituciones tienen que comprender también muy claramente, cuál es su nueva función, completamente diferente del pasado, y para ello no queda más que el proceso educativo muy profundo que tiene que ser ya no solamente de nuestros recursos y de la comunidad, sino que tiene que ir a los instrumentos de educación de la sociedad. El individuo tiene que ser educado ahora en lo que se ha llamado el autocuidado, desde niño, porque si bien es cierto existen los mecanismos reparadores de la salud, se hace necesario prepararse bien para circular en este universo lleno de riesgos durante 75 años. La verdad es que hay que tener mucha habilidad para poder llegar a los últimos períodos en condición aceptable, porque el mecanismo de reparación y de transplantes comenzará a funcionar cada vez con mayor eficiencia pero no van a existir posibilidades para todas las necesidades ni creo que la sociedad va a soportar los costos de un mecanismo para garantizarle transplantes a todos los casos que se presenten.

En este proceso de educación, creo que es donde debiéramos, casi como una confabulación, intentar llevarlo por todas las vías posibles, a las escuelas de medicina. Mientras las escuelas de medicina sigan produciendo lo que nos están dando, estamos discutiendo o discrepando entre colegas de esta generación de cambio. Y la verdad que es una lucha no solamente muy difícil sino que consume una cantidad descomunal de recursos y siempre existe el riesgo de que otros vientos desestabilizadores empiecen a soplar a los modelos nuevos y los pongan en peligro.

Este proceso en Costa Rica se inició en el año 1974 en que habíamos incorporado a las escuelas de medicina un cambio curricular. Durante unas semanas nos encerramos los profesores de la Escuela de Medicina e hicimos el diseño del médico que el país necesita (1974). Como en 1984 no veíamos circular ese médico que el país necesitaba todavía, entonces nos volvimos a reunir a ver qué había pasado, y la revisión que hicieron los expertos y los profesores demostró que el curriculum estaba bien, lo que teníamos que cambiar eran los profesores de la Escuela de Medicina y traer otros nuevos que enseñaran lo que el curriculum decía porque de lo contrario era letra escrita, pero letra muerta si los profesores no cambiaban en el mismo sentido.

En el diseño que explicaron los colegas de Guatemala, hablan de un médico general, de un médico de comunidad, pero estos objetivos no son suficientes para el modelo. Hay que tener un médico que entienda los fundamentos de lo que significa la comunidad, su desarrollo y sus necesidades, si es que realmente queremos acelerar este proceso. Y eso tenemos que lograrlo en las escuelas de medicina. Y para esto la seguridad social tiene que realizar esfuerzos en materia de formación. En mi país tenemos un pequeño centro en el que la formación de recursos humanos se realiza con una actitud específica y delineada para que se consiga acelerar y consolidar este proceso.

Todos hemos visto como los Sistemas Locales de Salud (SILOS) vienen practicamente a configurar en este momento casi un modelo de excepción, y digo excepción porque todos los otros modelos que se intentaron en el pasado resultaron incompletos por alguna razón. En cambio los SILOS logran la descentralización, la democratización, la participación de la comunidad, la interacción de las instituciones de salud y que los servicios de salud mantengan ese contacto con los usuarios y los beneficiarios, que es lo único que puede hacer que estos sistemas realmente tengan una vida propia.

En el sector salud los SILOS para mí han significado el cambio más importante en la segunda mitad de este siglo en salud para la población. Ya no estamos hablando de grupos, sino de toda la población.

Las mejores definiciones que hemos visto nosotros de SILOS nos la han hecho los miembros de las propias comunidades que participan en ellos. Las mejores descripciones y críticas de los SILOS, no la han hecho nuestros cuerpos ni del seguro, ni el ministerio, cada uno de ellos tiene un esquema fijo, del cual no quieren despegarse. Son las comunidades las que le han dado una vitalidad enorme a este modelo y de hecho la definición que estamos utilizando de los SILOS la dio un hombrecito agricultor de la zona del Atlántico cuando cerramos los tres días de jornadas y la comunidad le pidió a él que hablara en nombre de la comunidad.

Este hombre nos dio la definición que estamos utilizando en Costa Rica cuando dijo que los SILOS eran "los gobiernos locales de salud". Si analizan ese contexto, decir gobiernos locales, es haber dejado el gobierno central, es una expresión democratizadora por excelencia y es el encuentro que muchas de nuestras gentes han andado buscando con la nueva forma de gobierno. Los municipios, muchas veces comprenden ese mismo concepto, pero que nunca se les entregó poder suficiente para que fueran gobiernos locales. En salud hay la alternativa y nosotros debemos darle un gran apoyo, porque representa la forma de conjugar todos los elementos que en este momento nosotros tenemos para garantizar la salud.

Finalmente el otro elemento que debemos considerar dentro de esto, es la seguridad económica de la población envejecida, porque hablar de salud, hablar de bienestar y ofrecerle a la población la posibilidad de llegar a los 60 años, para a los 60 años decirle que está en la tercera edad, pero que no tengan soporte económico ni una situación estable, me parece que hay algo como de postergar el engaño para ofrecerselo un poco después, cuando el hombre está un poco indefenso.

De modo que debe lucharse muy fuertemente por esta parte del régimen de seguridad económica para lo cual los regímenes de pensiones son la herramienta más poderosa.

El **Lic. Agustín Barbabosa Kubli**, Secretario General de Conferencia Interamericana de Seguridad Social intervino en los debates y brindó importantes antecedentes sobre el avance en materia de instrumentación de las nuevas estrategias de salud en los países miembros de la Conferencia.

La CISS desde sus inicios ha tenido gran interés en conocer la evolución de la seguridad social en el continente y ha mostrado gran disposición a la realización y a la participación en estas Consultas Regionales, toda vez que involucran de una manera muy directa a la seguridad social y a su evolución. Desde 1982 en que se realizó la primera Consulta y la segunda en el año 1985 ha tenido participación y los resultados de estos eventos se han tratado de reflejar en las distintas acciones organizadas por sus elementos fundamentales de acción que son las Comisiones Americanas de Seguridad Social (CASS) y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

Convendría recordar que en la primera Consulta, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social CPISS hace referencia a la vinculación estrecha de la seguridad social con las políticas de salud, a la vez que mencionaba las actividades derivadas de seis Congresos Americanos de Medicina de la Seguridad Social, de la Comisión Americana Médico Social, así como los avances de la docencia en este campo y los desarrollos de las instituciones de seguridad social en cuanto a las prestaciones médicas a su cargo.

En la segunda Consulta, en 1985, se trataron las principales reformas legislativas y programas nacionales de salud y la participación de la seguridad social referida también a actividades internacionales, captadas a través de reuniones especialmente en materia de APS.

Las conclusiones derivadas de la segunda Consulta permitieron apreciar una mayor presencia de las estrategias de la Atención Primaria de la Salud en los sistemas de la seguridad social, así como un creciente reconocimiento a nivel político y técnico sobre las necesidades de aunar esfuerzos coherentes entre las distintas instancias responsables del cuidado de la salud.

Sobre las actividades regionales de estrategias de APS podemos comentar que en apoyo a estos programas la CISS ha participado en la promoción de los siguientes eventos: con el lema de "El perfil de la Seguridad Social Americana en el siglo XXI" la XV Asamblea General de la CISS realizada el pasado mes de noviembre en San José de Costa Rica, hizo una especial consideración a la estrategia de la APS y a su impulso como un medio idóneo para incrementar la capacidad de respuesta de la seguridad social en el mejoramiento del nivel de vida de la población.

Con las experiencias nacionales que recogen el desarrollo de los países de la región, formalmente la CISS reconoce a través de la Resolución 109 que la APS es una

estrategia que permite la utilización de múltiples mecanismos acordes con las características de la población en que se aplique. Se emiten criterios en torno a la aplicabilidad flexible de esta estrategia, enfatizando la participación conciente y responsable de la comunidad para que de consumidora pasiva se convierta en sujeto de transformación. Se pondera su impacto, se señala su idoneidad y se traza una línea estratégica de acción.

Los aspectos resolutivos se refieren a una línea conductora acordada por los países americanos para facilitar el intercambio de experiencias identificadas y desarrollar las mejores estrategias, impulsar las actividades docentes y la investigación aplicada, a la vez que propician que la unidad programática básica parta de las necesidades locales de la población, orientada hacia la APS.

Otros puntos resolutivos se refieren al análisis de la capacidad financiera real, y a la distribución equitativa de los recursos, apoyar acciones articuladas y coordinadas sectoriales e intersectoriales y a mantener una acción fluida que contribuya a fortalecer los propósitos de este nuevo enfoque de salud. Asimismo se reafirma un compromiso de enfrentar juntos el reto de un futuro con menos diferencias por efecto de la solidaridad.

En el noveno Congreso Americano de Atención de la Salud de la Seguridad Social, noviembre de 1986, Lima, Perú se recomendaron acciones de fomento de la salud y el impulso a la estrategia de APS como una meta social que requiere el compromiso y la participación de todos los sectores. Asimismo en el octavo Congreso Interamericano de Prevención de Riesgos en el Trabajo, efectuado en 1986 en Colombia, se reconoció su importancia dentro de la atención integral en la región.

En cuanto a la docencia en materia de APS, el CIESS durante los últimos cuatro años ha organizado eventos académicos en los que aborda como tema central la APS. Así en 1985 tuvo lugar un curso sobre modalidades de atención a la salud en el medio rural con el propósito de que el educando aplique programas y acciones de protección social que repercutan en un mayor estado de salud de la población campesina. En estos eventos, invariablemente se ha contado con el apoyo del programa IMSS-COPLAMAR que maneja el IMSS, de donde se ha podido tener un contacto directo con la realidad y tener entonces no sólo el enfoque docente teórico, sino igualmente el práctico.



En 1986 los cursos y seminarios del CIESS en materia médico social incluyeron un evento académico específico sobre la APS a la población marginada urbana cuyos propósitos fueron avanzar en la aplicación de programas en favor del sector informal de la economía que constituye una parte importante de dicha población. En 1987 se realizó el seminario sobre Programas Prioritarios de la Atención Integral de la Salud y un curso específico sobre fomento a la salud en donde se revisó la aplicación de la epidemiología y la estadística para la elaboración de los diagnósticos locales de salud.

En 1988 y 1989 diagnósticos locales de salud académicos sobre fomento a la salud en población marginal urbana, cuyos propósitos similares a los anteriores eventos, van enmarcando criterios de enfoque acerca de esta problemática. De igual manera en el 1ro. y 2do. diplomados de estudios sobre seguridad social dictados en 1988 y 1989 se introducen conceptos referidos a la APS considerados básicos dentro de un evento que aborda la problemática general de seguridad social en América y sus perspectivas.

En los países americanos y muy especialmente en lo que se refiere a los programas de extensión de la seguridad social, se puede apreciar un paulatino desarrollo de la incorporación de la APS. No obstante que el avance no es homogéneo en la región, se pueden captar algunos criterios comunes. El establecimiento de mecanismos particulares en la región como son las líneas de coordinación de la seguridad social, con el sector salud y el desarrollo, en fechas recientes, de SILOS, impactan en la infraestructura de dichos servicios y continúan con el proceso de articulación de la seguridad social en materia de salud, recurriendo a diferentes modalidades que se implementan en cada país de acuerdo a su propia realidad en lo social, económico y político.

El **Act. Alvaro Vindas**, representante de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), intervino en los debates y destacó lo actuado por la entidad en esta materia.

La AISS ha tenido mucho interés en este tipo de reuniones pues tienen características especiales muy positivas. Este es un evento que permitió hablar con toda amplitud y humildad para narrar las experiencias, informar el nivel de desarrollo que cada una de las instituciones aquí presentes, sin vanidades, sabiendo que todo no ha estado bien, ni todo ha estado mal, que ha habido muchos esfuerzos y muy buenas intenciones por avanzar, y al final de cuentas, todos encuentran apoyo en la solución de problemas administrativos.

De la integración y reflexión sobre las bases antes señaladas, buscando el intercambio de experiencias y conocimientos a través del diálogo, han resultado mecanismos adecuados para lograr que la población participe en el autocuidado de su salud y se involucre en actividades individuales y colectivas tendientes a mejorarla.

La organización comunitaria parte de la asamblea general, constituida por la población de cada localidad conforme a la participación de la seguridad social en la formulación y el desarrollo de las políticas de salud, que indudablemente deben adoptarse en coordinación con todas aquellas instituciones y entidades encargadas de enunciarlas y posteriormente llevarlas a la práctica, sin resabios y sin intereses opuestos. Aunque por algunas razones no siempre ministerios y entidades autónomas logran ponerse de acuerdo en forma total.

Esta reunión también es importante para afianzar la idea de la complementariedad en todos los programas de salud, estableciendo áreas de responsabilidad, de los distintos componentes de los programas y de una estrecha relación entre las entidades de seguridad social y los Ministerios de Salud, que remarcando la necesidad de centralización normativa y la coordinación de los distintos componentes de los sectores de salud y también la necesidad de enfocar las soluciones a los requerimientos locales de las distintas áreas en que operan las instituciones.

Hay que destacar también la necesidad de mantenerse en un constante análisis de orden financiero, con el objeto de mantener la estabilidad financiera de los distintos regímenes, por cuanto es conveniente garantizar así la continuidad de los programas que se acuerdan.

Se agrega la racionalización del financiamiento del sector salud y la seguridad social en general y se recuerda que debe existir siempre un principio de solidaridad, de orden financiero, a fin de poder atender a las áreas más críticas de la población, porque ya como bien lo sabemos, la seguridad social en sus distintos programas de salud en general, no se justifica si no se atiende al grupo familiar completo y a toda la población nacional. Como hay áreas que pueden financiarse y otras que no se pueden financiar por si solas, es necesario fomentar y desarrollar el principio de solidaridad auténtica entre los grupos.

La seguridad social en este momento y en su desarrollo futuro está presentando retos muy serios. En las recientes reuniones que se celebraron del Comité Permanente Iberoamericano de Seguridad Social en Costa Rica, el Dr. Guido Miranda presentó un

análisis muy bien sustentado de orden estadístico que obliga a reflexionar con gran seriedad sobre la gran posibilidad que van a tener las instituciones ante el requerimiento de una serie de factores preocupantes.

La civilización avanza y con ella aumentan las necesidades de los pueblos. Las mejoras que se obtienen en algunos aspectos repercuten en otros. Habrá actitudes, y aquí se ilustró muy bien la actitud de Guatemala, decididas a lo que sea y a cumplir metas para mejorar y superar todas esas dificultades coyunturales que indudablemente se van a presentar.

Las mayores necesidades tendrán que ser resueltas con mejores fórmulas, más técnicas, más productivas y con grandes esfuerzos por superarlas. Y por eso repito, con optimismo y con esperanza no habrá nada que no podamos superar en el futuro, por más dificultades o situaciones difíciles que el avance de la civilización como consecuencia de ese mayor grado de civilización, nos presente.

En el ámbito de la economía, poco a poco han ido entendiendo que desarrollo económico per-se no es exactamente la orientación correcta, lo importante es dar vigencia a la función del desarrollo de hacer de los pueblos grupos de más amplia satisfacción, con mayor grado de felicidad. Si vamos a tener un desarrollo que no se oriente hacia esto, debiéramos preguntarnos para qué sirve.

Creo que con decisión y con esfuerzo, con comprensión con aunar esfuerzos de todas las partes se podrán tener los mejores sistemas de salud y protección en la seguridad social. Con fe y con entendimiento llegaremos al logro de lo que todos estamos buscando: "Un avance más prometedor".

El **Lic. Alfredo H. Conte Grand**, Consejero Regional en Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo, expresó en los debates su opinión sobre los temas centrales de la Consulta otorgando importancia fundamental a la búsqueda de los motivos por los cuales han existido tantas dificultades para extender la cobertura a toda la población en los países de la región.

En el curso de las discusiones se ensayaron varias respuestas a este interrogante y posiblemente el motivo más frecuentemente esgrimido fue la dificultad de obtener decisiones políticas o, en otras palabras, lograr la voluntad política para avanzar en la extensión y racionalización de la seguridad social. El representante de Ecuador

presentó una serie de respuestas y una lista de motivos por las cuales él interpretaba que no se había podido avanzar en la extensión de la cobertura y en la racionalización de los servicios médicos del IESS, dentro de ellas incluyó la dificultad de las decisiones políticas, pero también mencionó problemas de administración y financieros muy importantes.

Hay que subrayar que aquí se conocieron ejemplos muy interesantes, como es el caso de México, donde en su momento se adoptó una decisión muy terminante, con una voluntad política muy clara de ir a cubrir a poblaciones marginales rurales, con el proyecto IMSS/COPLAMAR.

Vimos el caso de Colombia con una explicación muy coherente y transparente del representante de ese país, cuando nos habló de concertación en la política y dijo que tenemos un acuerdo, una concertación y queremos ir en el camino de esa concertación.

Pero también se analizó el caso de Guatemala donde se nos señaló que prácticamente existía una negación de una voluntad política de extender el programa. Nos hablaron de los inconvenientes que surgieron con una decisión de la Junta Directiva de imponerle ciertas condiciones que por poco no permitían la extensión de la cobertura a la costa sud-occidental y, sin embargo, se lanzaron a hacerlo como nos explicaron con toda claridad.

Entonces la conclusión que podemos sacar es que la seguridad social, indudablemente se está convirtiendo cada vez más en una herramienta del poder político, para el desarrollo de la política social y tenemos que reflexionar si realmente se han realizado los esfuerzos de negociación y se ha dedicado el tiempo necesario a la elaboración de estas medidas políticas, en etapas previas y aún durante la instrumentación de los programas.

Probablemente nos hemos esforzado en la búsqueda de soluciones técnicas, en la búsqueda de fórmulas para la resolución de los problemas, pero ellos traen consigo un contenido político al cual le hemos dedicado poco tiempo y elaboración.

La discusión en el ámbito tripartito, que fuera realizada, con el apoyo de la OPS/OIT, para el análisis de las fórmulas que permitirían extender la cobertura a la familia de los trabajadores, forma parte de la esencia de esta seguridad social que tenemos vigente en la región por cuanto, prácticamente en todos países, se ha reconocido la

importancia de actuar en concertación de todos los interesados y es por ello que están representadas las tres partes o sea, el Estado, los empleadores y los trabajadores, en los órganos de dirección de las instituciones gestoras.

Por lo tanto posiblemente tenemos que darle mayor importancia o prioridad a la elaboración de las políticas ya que probablemente se ha procedido con ligereza frente a este importante tema y debieran perfeccionarse las estrategias por adoptar frente al mismo.

Un segundo punto que deseaba también tocar se refiere a la relación de la seguridad social con el medio en que actúa, en el cual se ha pasado por diferentes etapas. Desde algunos ámbitos se la acusó de socializante, desde otros se afirmó, en su momento, que se utilizó como amortiguador de conflictos y problemas, dando a los trabajadores una cobertura en salud para no realizar cambios fundamentales.

Y para ser breve en una cronología que debía ser más amplia, en este momento estamos frente a unas observaciones muy concretas que hacen llegar a la conclusión de alguna gente, que hay que modificar todo, e inclusive, de allí vienen a mi criterio estas ideas, que hay que privatizarlo.

Creo que estas ideas que se mencionaron aquí y que encontramos en cada rincón de la región sobre una llamada privatización, hay que contribuir para que se clarifiquen por cuanto parece haber muchos interesados en que este proceso no sea muy claro. Por mi parte me adhiero, en forma incondicional, a los argumentos tradicionales en el sentido de que es necesario aprovechar todos los recursos disponibles, siempre que se cumplan los objetivos de asegurar la salud y el bienestar que se persiguen.

Entonces está muy claro. Este tema de la privatización me preocupa, y debemos analizarlo desde el punto de vista de que hay un sector privado que tiene en sus manos la ejecución de las acciones de salud y de bienestar y que hay que aprovecharlo. Pero estas ideas no son nuevas, siempre se proclamó la necesidad de acciones integradas o coordinadas con el sector privado. Otro tema se relaciona con la introducción de esquemas lucrativos en la cobertura social. Tiene que encontrarse el mecanismo idóneo que no se preste a desvíos, por cuanto en el bienestar social y la asistencia no hay muchos negocios.

Lo preocupante es encontrar las fórmulas para que ese sector privado que ya existe y ejerce acciones similares a las que corresponden a la responsabilidad de la

seguridad social, se involucre en el plano operativo y logre que dentro de su idea de lucro, lo consiga, pero además aporte soluciones a los problemas operativos encuadrados en los programas globales del sector.

Continuaremos observando este fenómeno y debemos preguntarnos si constituye una línea apta para encontrar las soluciones que se requieren, y en todo caso será necesario estudiar estas posibilidades de donde surgirán propuestas nuevas y muy probablemente van a ser positivas para esa concertación con otros sectores, a fin de llegar a la coordinación o integración para el logro de nuestros objetivos.

Ahora bien, ese compromiso de enfrentar estos retos es lo mismo que decir que tenemos el compromiso del cambio o sea, aquí se ha hablado de la necesidad del cambio del modelo, de la necesidad del cambio de estrategias y no tengo la menor duda de que estamos frente a una necesidad imperiosa de cambio, que lo imponen las circunstancias, la sociedad, el mercado de trabajo, las características de la economía, todo lo que rodea a la seguridad social cambia en forma brusca y vertiginosa, por ello deberá cambiar ella también. Se ha hablado de cambios, turbulentos, incontrolables e imposibles de prever y de seguir, y eso infuirá fuerte y directamente en la seguridad social.

La dinámica de estos momentos y que muy probablemente continuará a la salida de esta crisis económica será de cambios bruscos, en lo político, y con mayor razón lo mismo ocurrirá en el campo de lo social. Ese cambio que está imponiendo la realidad, se va a dar en esta oportunidad.

Estaba repasando un trabajo de A. Toffler "La Empresa Flexible" y dice que como norma las grandes organizaciones introducen cambios significativos sólo cuando se dan ciertas condiciones previas:

Primera: deben haber enormes presiones externas. Creo que se puede constatar con absoluta objetividad que existen sectores que están objetando la seguridad social. Uno de ellos, los que están proponiendo estas privatizaciones. Otro, quienes dirigen la economía que están preocupados por el rendimiento de los recursos y están objetando la ineficiencia, muchas veces con razón.

Segunda: debe existir dentro de la organización gente muy descontenta del orden vigente. Tengo la absoluta seguridad que dentro de la seguridad social tenemos una autocrítica importante y disconformidad. Los médicos protestan, los

empleados no están conformes, los dirigentes mismos objetan la administración. Hay toda una actitud clara y evidente de cuestionamiento interno dentro de las organizaciones.

Tercera: debe existir una alternativa coherente incorporada a los planes o visión del futuro. También creo que hay propuestas, porque varios países están ensayando nuevas alternativas, algunas de ellas son las que hemos visto aquí.

Si aceptamos estos criterios podemos concluir que la seguridad social está en condiciones de producir el cambio necesario.

Ahora bien, además de buscar estos modelos que estamos analizando en lo que se refiere a los programas de salud, de los cuales no voy a hablar por no ser mi formación, tenemos que poner en vigencia en las organizaciones un nuevo "estilo" de administración, totalmente diferente al que hemos tenido hasta ahora. Debe reconocerse que la administración ha estado aceptando el cambio como uno de los males necesarios y sin embargo hay que establecerlo como un impulsor permanente de estas administraciones que, de esta forma, no se mueven en la medida de la necesidad.

Por otro lado hemos estado dedicados a contabilizar, a controlar y a objetar todo lo que se hace. En estos días vemos con toda claridad como no se logra comprar lo que tiene que comprarse y como se discute u objeta el tipo de administración que provee sus insumos a la parte médica, y eso evidentemente hay que modificarlo. Para ello se necesita una inversión de los valores que hemos estado manejando porque debemos darle menos prioridad al control, a la distribución de la responsabilidad, para realmente dedicar todos los esfuerzos a conseguir los objetivos que tenemos que lograr.

Se ve con claridad que al apoyar los objetivos se hace una administración dinámica, riesgosa, y me parece muy importante subrayar la palabra riesgosa porque siempre que se toman decisiones, se toma un riesgo. Pero si el objetivo lo vale, el riesgo habrá que tomarlo. Aquí se analizaron ejemplos muy interesantes con este enfoque, como el caso de Guatemala.

Esto que estamos mencionando es un tipo diferente de administración que realmente no se vislumbra todavía en la seguridad social, pero que no se puede dejar de mencionar en un ejercicio como el que estamos haciendo en esta Tercera Consulta Técnica Regional, porque sin la adecuada administración, el mejor modelo no conseguiremos hacerlo operativo y tampoco logrará las metas propuestas.

Entonces debieran instrumentarse juntos los dos cambios, el que se impone en materia de estrategias de atención de la salud y este en la administración que tal vez por deformación profesional, les traigo en este momento. Lo que les pido es que no se olviden de ello, cuando sigamos hablando del modelo de salud.

La **Lic. Jeannette Mondragón**, Directora del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, intervino para hacer una detallada descripción de los cursos que el CIESS ha realizado sobre los temas bajo análisis, pero también se pudo tomar conocimiento de la programación para el año 1990.

Explicó también las actividades del Centro que se instrumentan en forma permanente para detectar las necesidades de capacitación en todos los países miembros. En este sentido el Centro distribuyó entre los miembros de la CISS una cédula de opinión sobre las actividades académicas de 1989-1990 mediante la cual se detectaron, en forma sistemática, las necesidades de capacitación a las que tiene que ofrecerse respuesta mediante el programa de actividades de las distintas divisiones.

Puso en conocimiento de los participantes el detalle de organización y funcionamiento del Centro, explicando los programas de cada división como también el método de estudio y características de los cursos, talleres, seminarios y diplomados.

Asimismo, comentó las posibilidades que se ofrecen a los países miembros para organizar cursos que se adapten a necesidades específicas fuera de la sede central, en lugares y fechas a determinar con los interesados, para lo cual el CIESS desplaza coordinadores y expositores con la consiguiente ventaja en el costo.

Hizo mención a la cooperación que el Centro recibe de instituciones de México y de organismos internacionales que como la OPS y la OIT se interesan en esta fundamental actividad de capacitación que se desarrolla y ofreció toda la colaboración para aquellos países que tengan interés en impulsar programas o enviar funcionarios a los cursos en México.



## **TEMAS DE DISCUSIÓN**

### **TEMA I. Nuevas formas de organización y de atención en las Prestaciones de Salud de la Seguridad Social.**

Enfrentar el reto que significa para la seguridad social de la región la extensión de la cobertura requiere la búsqueda de nuevas formas de prestación de servicios y de organización, configurando nuevos modelos de atención de salud, distintos a los desarrollados hasta hoy por las instituciones de seguridad social.

Estos nuevos modelos deben responder a las características sociales, sanitarias, tecnológicas, económicas, políticas y jurídicas de cada país y a sus necesidades de salud, por lo tanto no es posible hablar de un nuevo modelo, sino de muchos nuevos modelos, que respondan a estas circunstancias nacionales, regionales y locales. Esto no impide que se puedan encontrar bases comunes, que permitan profundizar el análisis de cada realidad, intercambiar experiencias y hasta formular una tendencia del pensamiento de la seguridad social en este campo en el plano internacional para los países con circunstancias semejantes a los aquí reunidos.

Estas nuevas formas de prestación y organización de salud de la seguridad social no sólo se registra como una de las estrategias fundamentales para el desarrollo de la cobertura, sino que es consecuencia de múltiples factores generados en los cambios científicos, técnicos, culturales, sociales y políticos que vive aceleradamente el mundo y nuestra región.

Así las nuevas concepciones en el concepto de salud-enfermedad amplían el campo de los fenómenos estrictamente biológicos a la consideración de factores tales como la conducta individual y grupal, los problemas del medio ambiente, las condiciones sociales, económicas y políticas, y a los mismos sistemas y servicios de salud.

Los avances realizados en todos los campos de las ciencias médicas y el formidable desarrollo tecnológico han aportado nuevos e importantes medios de diagnóstico, tratamiento y prevención de muchas enfermedades y situaciones de salud y han creado nuevas condiciones a la organización de los servicios, exigiendo una mayor eficiencia en el uso de los recursos. En gran medida esto se ha traducido en el aumento de la complejidad de las organizaciones y el incesante incremento de los costos.

El **desarrollo de la administración** y los importantes aportes realizados por las distintas escuelas y corrientes de pensamiento surgidas en las últimas décadas han creado nuevos enfoques en la administración de salud, que permiten enfrentar estos nuevos problemas con formas innovativas de organización y administración.

Los cambios demográficos, con el aumento de la población, la ampliación de expectativa de vida al nacer, su envejecimiento y la rápida urbanización, inciden significativamente sobre el perfil epidemiológico, los problemas de morbi-mortalidad por enfrentar, y las formas de organizar estos servicios desde la seguridad social.

Las crecientes expectativas de la población en materia de servicios de salud y el mejor nivel educacional, incrementan la demanda de más y mejores servicios y condiciones de vida.

Por último, la creciente democratización social y la importancia desarrollada por los niveles locales y regionales de gobierno, que viven los pueblos del mundo y en particular la región, crea nuevas condiciones para los sistemas de salud de la seguridad social.

Los modelos de prestaciones médicas de las instituciones, no eran necesariamente malos, sino que se correspondían con una etapa de desarrollo de las sociedades que han sido superadas, o que están en vías de serlo, a través de un proceso de renovación de las estructuras económicas, sociales y políticas.

El modelo anterior estaba enfocado exclusivamente a la población laboral del sector formal de la economía, mientras la universalización era una promesa que ahora deberá cumplirse. Plantear la cobertura de toda la sociedad, incluyendo a los que no tienen capacidad contributiva, significará transformar un régimen de seguro en un verdadero régimen de seguridad social y un régimen de "atención del riesgo de enfermedad" en uno de promoción y cuidado de la salud. Se trata de una nueva forma de aplicar la doctrina de la seguridad social, y esto tiene profundas implicaciones en el modelo que debe aplicarse, en su organización y en su financiamiento.

El diseño de los servicios de salud que se hizo en aquel entonces estaba muy matizado por el momento histórico que vivía la región, de auge económico y expansión industrial; hoy la situación es totalmente diferente, hay una prolongada crisis y los ajustes económicos obligan a racionalizar procesos que antes se veían normales.

En la situación política el panorama también es muy distinto, en aquella época predominaban los regímenes autoritarios, hoy hay una apertura en la mayoría de los países, hacia un proceso de democracia formal y en alguno de ellos a una mayor democracia participativa, por esta razón los modelos anteriores eran altamente centralizados y burocratizados.

Esta apertura a toda la población incide directamente sobre el modelo de atención, hoy la extensión de la cobertura va a todos los sectores, incluyendo los de menor capacidad contributiva y eso implica una mayor disciplina en el uso de los recursos y la introducción de métodos más económicos, pero también significa una transformación cultural al asumir las pautas y valores de las sociedades a las que se dirigen nuestras acciones.

Para avanzar en la búsqueda y definición de estas nuevas formas de prestaciones de salud en las instituciones de seguridad social, es conveniente analizar las características fundamentales que van tomando en los países que participan de esta Consulta Técnica Regional y extraer de estas experiencias bases comunes para aplicar en las distintas realidades. Surgen así dos aspectos fundamentales que se deben analizar: la forma de prestación de los servicios y su forma de organización.

### **La forma de prestación de los servicios**

- 1 - La primera característica de estos nuevos modelos es actuar con **base poblacional**. Es decir dirigirse a toda la población, sin distinciones, cumpliendo el principio de solidaridad universal, sobre la protección de los grupos con mayor capacidad de demanda. Objetivo que puede demandar etapas en el cumplimiento de un proceso, que admite distintas estrategias, pero siempre orientado en el sentido de actuar sobre toda la población, como forma concreta de hacer efectivo el derecho a la salud de todos los integrantes de la sociedad, como lo sostienen las bases constitucionales y jurídicas de los países y dar cumplimiento al principio de equidad.
- 2 - Actuar sobre toda la población requiere una estrecha relación con ella y la especificidad en las acciones frente a los problemas que se quieren solucionar teniendo en cuenta sus necesidades, los factores condicionantes y los recursos con que cuenta esa comunidad. Esto hace necesario emplear el **enfoque de riesgo** a nivel comunitario, grupal e individual.

- 3 - Estos nuevos modelos para considerar las necesidades de la población deben **responder a las nuevas concepciones de la salud**, transformando las prestaciones de "enfermedad y maternidad" en acciones integrales de salud, abandonando los tradicionales modelos "curativos" y "biologistas" por enfoques más amplios de promoción y protección de la salud, en particular en el nivel primario de atención y en la acción comunitaria. Surge como una necesidad imperiosa el desarrollo de la prevención en todas sus formas lo que puede resultar más económico o no, pero que seguramente produce una mejor utilización de los recursos y el logro de mejores resultados individuales y colectivos.
- 4 - Esto lleva a otra característica fundamental que deben tener los modelos que es **la integralidad** de las acciones, abarcando los aspectos físicos, psicológicos y sociales, como las funciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Esta integralidad también debe darse en el sujeto de la atención, que no sólo es el individuo, sino también la familia, la comunidad.
- 5 - El desarrollo del concepto "tecnología" y su creciente importancia en las acciones de salud muestra la necesidad de emplear para cada problema y en cada circunstancia la **tecnología apropiada** que permita resolverlo científicamente al más bajo costo, con los recursos que dispone la comunidad. Esto demandaría la búsqueda de nuevas soluciones para los problemas y la variación de formas tecnológicas que puedan tener las acciones de salud.
- 6 - Otra característica de este modelo debe ser la de lograr un **impacto** sobre la salud de la población en términos de reducción de la morbilidad y la mortalidad, lo que depende de la orientación dada a las acciones, la tecnología escogida y la calidad lograda en la ejecución.
- 7 - Los resultados de las acciones también deben asegurar **la satisfacción de los usuarios, la comunidad y de los prestadores** de los servicios, lo que sólo se puede lograr con una efectiva participación en la determinación de las necesidades, la fijación de prioridades, la búsqueda de soluciones y la evaluación. Sólo se obtendrá una real satisfacción de los usuarios y el personal cuando se responda efectivamente a sus necesidades y esto sólo se logra cuando hay participación.
- 8 - Esta participación nos debe llevar a una real asunción de los valores y pautas de cada comunidad y el desarrollo de un **liderazgo real** por parte de los que

ejecutan las acciones de salud, incluyendo a la misma comunidad. Es importante contar con un recurso humano, que como se ejemplificó, además de saber "vacunar" sea capaz de motivar a la comunidad para que todos vacunen. Desarrollar este liderazgo requiere de un nivel muy alto de motivación en todos los participantes de los programas como se puso de manifiesto en las presentaciones de las experiencias nacionales de México, Guatemala y Honduras.

- 9 - Junto con todo lo expuesto es necesaria una alta **eficiencia**, reduciendo los costos y aprovechando al máximo los limitados recursos disponibles. La difícil situación económica que se vive y las expectativas crecientes en la demanda de servicios hace cada vez más imperioso que los nuevos modelos que se adopten sean de gran eficiencia

### **Las formas de organización de los servicios**

Los nuevos modelos de prestaciones de salud de la seguridad social también están definidos por sus características organizativas. No es posible este cambio sin una transformación de las organizaciones, las que deberán adecuarse a las características propias de cada proyecto, país e institución.

- 1- La característica más importante es sin duda la **descentralización y desconcentración** de las organizaciones, sus administraciones y sus sistemas de servicios. En realidad se trata de un cambio completo de las actuales organizaciones, colocando su centro en la comunidad.

Los esquemas tradicionales sobre los que se ha trabajado en el pasado fueron eminentemente centralistas. Los clásicos esquemas piramidales de regionalización son centralizados y rígidos. En ellos se toman decisiones en la cúspide y el efecto de estas decisiones tiene que llegar a la periferia, no siempre llega.

En este enfoque de la descentralización y desconcentración, tiene prioridad la realidad local, es decir deben reconocerse en ella los sistemas de servicios de salud y estimularse su articulación e integración, y desarrollar una organización apropiada para administrar estos servicios en el ámbito local. Lo que significa

abandonar definitivamente los esquemas piramidales clásicos de servicios, hacer horizontal su administración y mantener nexos funcionales entre ellos, no necesariamente de dependencia.

Se trata entonces de disponer y administrar al nivel local los recursos, trasladando el poder y la toma de decisiones a ese nivel, lo que permite y necesita de la participación de la comunidad a ese directamente o en sus distintos niveles y formas de organización.

En muchos casos este proceso no es un proceso aislado del sector salud, sino que es parte de un proceso mayor de descentralización nacional, como en el caso de las "municipalizaciones" observadas en México y Colombia.

Esta descentralización permitirá la articulación intrasectorial entre las distintas instituciones del sector público (ministerios de salud pública, institutos de seguridad social, etc.) y con el sector privado (entidades no gubernamentales, entidades lucrativas y no lucrativas) buscando un aprovechamiento pleno de todos los recursos que se disponen al nivel local.

De igual forma, la atención de muchos problemas de salud requiere la acción intersectorial con otras entidades públicas o privadas, abocadas a la educación, el saneamiento ambiental, la vivienda y los servicios básicos.

- 2 - Una característica que deberá tener la organización es la **integralidad** del modelo en la articulación de todos los organismos y elementos y entre las funciones técnicas administrativas en todos los planos de resolución articulando las funciones de salud con las de apoyo en infraestructura, suministros, informática, financiero-contable, mantenimiento, etc. puesto que no es posible cumplir adecuada y oportunamente con las primeras, sin coordinación con todas las demás.
- 3 - Esta integralidad también debe considerarse en los distintos planos de resolución o niveles de atención, desarrollando una adecuada relación funcional entre ellos, superando los esquemas piramidales rígidos de regionalización.

El replanteo del modelo de atención y de los sistemas de servicios, se presentan no sólo para el nivel primario de atención, sino que debe incluir a los niveles secundarios y terciarios donde deben perfeccionarse las formas y sistemas de atención.

La crítica a los modelos existentes como "biologista y curativo", se refiere a la primera instancia de atención por cuanto la segunda y tercera son eminentemente individuales y la acción está orientada a la curación y rehabilitación, y es necesario una alta eficiencia en estas funciones.

Es necesario rescatar los aspectos curativos junto con los preventivos y sobre todo la integración de estas acciones para asegurar la continuidad de la atención.

- 4 - La transformación de los modelos prestadores requerirá también la mayor **agilidad y flexibilidad de la administración** produciendo su desburocratización y dotando a la organización de la necesaria agilidad y dinamicidad para adecuarse a los continuos cambios en los escenarios y en las necesidades a satisfacer para lo cual se deben desarrollar y aplicar metodologías de administración y planificación dinámicas.
- 5- Esta transformación tiene como elemento fundamental para su realización al recurso humano, no sólo por su alto nivel de participación en todas las estructuras de servicios de salud, sino por su acción conciente. Esto demandará como características importantes de los nuevos modelos la formación de **equipos multidisciplinarios** que incorporen a la comunidad en forma activa y desarrollen un alto grado de motivación, lo que muestra la necesidad e importancia de la capacitación.
- 6 - La organización deberá estar concebida en función de las demandas de niveles periféricos: comunitarios, ambulatorios, hospitalarios y deberán estar preparados para dar una respuesta orgánica y eficiente. Se deberá entonces definir nuevas funciones para los ministerios de salud y los institutos de seguridad social para sus niveles centrales y regionales, lo que lleva a nuevas formas de organización y de actuación en la medida que se va cumpliendo este proceso.

La experiencia desarrollada por los países que están aplicando nuevos modelos de atención de salud nos muestra una sucesión de pasos para llegar a la definición de el modelo más adecuado para esa realidad y para llevarlo a la práctica. Estas etapas han sido coincidentes en las experiencias presentadas por México, Guatemala y Honduras y de ellas se pueden establecer criterios comunes que pueden ser de utilidad para otros países.

### **Diagnóstico de situación**

La definición de un nuevo modelo de atención debe partir de un profundo conocimiento de la realidad en la que se quiere actuar, para ello es necesario ordenar nuestras vivencias, conocimiento e información del medio y de la institución, tratando de lograr la mayor objetividad posible. Este diagnóstico debe considerar tres aspectos fundamentales: la demanda, la oferta y los factores condicionantes.

Para conocer la demanda se debe partir de un conocimiento lo más completo y profundo de la población que tiene el riesgo de enfermar y morir. El análisis de sus circunstancias demográficas y epidemiológicas permitirá una mejor aproximación a sus necesidades de salud. El estudio de la oferta con la que en la actualidad se satisfacen esas necesidades permite analizar sus características, los recursos de que se dispone y su rendimiento y eficacia. Por último, los factores condicionantes como vivienda, educación, alimentación, comunicaciones, aspectos socio-económicos, políticas sectoriales y políticas de otros sectores, que inciden sobre la oferta y la demanda, modificándola cuantitativa y cualitativamente.

El análisis de los factores condicionantes debiera efectuarse en forma holística e integral.

Este primer diagnóstico general permite establecer el **objetivo**. Esta definición de objetivos claros permitirá orientar el desarrollo de todo el proceso y evaluar su cumplimiento.

Sobre la profundidad y extensión de este diagnóstico se presentan criterios opuestos y contradictorios, entre un diagnóstico muy completo y la urgencia de su realización. Es bastante común la experiencia de largos diagnósticos que envejecen muy rápidamente y no tienen ninguna utilidad práctica.

Se debe distinguir un primer diagnóstico, que se prepara para su presentación a los niveles directivos, del que luego se debiera efectuar, en la etapa de ejecución, para seleccionar con la comunidad los problemas a atender. En todos los casos, el lenguaje que se emplee debe estar proporcionado a la experiencia y conocimientos de quien lo va a recibir, para evitar tecnicismos que le hagan perder claridad en su mensaje.



**Definición del modelo**

Un método seguido por el equipo de Guatemala para establecer las características más importantes que debe tener el modelo a aplicar fue el hacer un análisis comparativo con el modelo existente y con el objetivo propuesto analizando cada uno de sus componentes. Así se tomaron cuatro variables considerando en cada una de ellas distintos componentes. Estas variables fueron: 1. La cobertura y el impacto, 2. La concentración del sistema, 3. El costo y 4. La satisfacción de usuarios y prestadores, y se compararon con lo que se quería lograr, analizando todas las alternativas existentes para lograrlo.

Estas variables y sus categorías descriptivas pueden variar de un país a otro, según las circunstancias de cada país o región donde se vaya a trabajar. De esta forma surgen una cantidad de características que servirán de base para la confección del modelo. El próximo paso fue tratar de organizar estos elementos que eran deseables y de plasmarlos en un modelo de atención y en un proceso administrativo que caracterizara lo que quería obtenerse.

**Planificación Programación**

Establecidas las características del modelo y sus estrategias de aplicación se debe proceder a elaborar un plan y programas, que permitan establecer actividades por cumplir, recursos por emplear y costos.

En el caso de Guatemala esto fue muy importante pues le permitió demostrar que con un nuevo modelo se tendría mayor impacto y menores costos.

El principal obstáculo que se encontró en la práctica fue la carencia de indicadores válidos para la realidad del departamento sobre el que se iba a trabajar, pues al tener la población un alto nivel de atraso asistencial, al aplicar los nuevos programas y comenzar a brindar servicios que no existían, la demanda creció en forma explosiva superó las previsiones realizadas con valores históricos de comunidades con servicios médicos suficientes (Ej. odontología, intervenciones quirúrgicas, consultas, etc.)

### **Negociación política**

Llegado este punto se presenta la necesidad de desarrollar un proceso político que lleve a la adopción del proyecto por las instituciones y el compromiso con su ejecución.

Este proceso político debe desarrollar el convencimiento de los distintos niveles políticos de las instituciones para apoyar y facilitar el cambio hacia una nueva forma de servicios en la seguridad social. Este proceso implica convencimiento y compromiso con el proyecto, capacidad de convencer y de concertación. Sin concertación y negociación en todos los niveles no hay cambio real.

Una variable que debe tenerse en cuenta en la planificación para permitir el proceso político, son los posibles cambios de gobierno, que se dan en los países, producto del juego democrático. Es necesario lograr en este campo que los procesos sean irreversibles, para lo cual la negociación política se debe realizar con todos los grupos de poder y todos los partidos, sin olvidar a los trabajadores del propio instituto y los usuarios actuales de nuestros sistemas, que temen el deterioro de los servicios existentes y la opinión pública en general.

La principal estrategia para el fortalecimiento de las acciones es fortalecer la participación comunitaria y enseñarle a la comunidad a ejercer su propio derecho en la toma de decisión sobre cómo los organismos de salud van a actuar.

### **Aplicación del modelo**

La ejecución del modelo en la realidad concreta de cada país y cada comunidad, debe salvar esa distancia que hay entre la teoría y la práctica y/o entre la planificación y la realidad. Ninguna programación puede contemplar todas las variables en su punto exacto, siempre habrá diferencias de fondo o de matices, y elementos no previstos.

Llevar el modelo a la práctica es por lo tanto un arte, que consiste en desarrollar un proceso político en todos los niveles y en cada momento, en el que participan las jerarquías institucionales, la dirigencia política, los representantes sindicales y empresariales, los profesionales, los usuarios y la comunidad toda.

La experiencia de los países que han avanzado en este sentido es muy valiosa y las vivencias de esta Tercera Consulta Técnica no es posible traducirla en palabras,

procesos como los de México, Guatemala, Honduras y Costa Rica tienen el valor de la realidad y están cargados de ricas enseñanzas.

La base de estas nuevas formas de atención tiene el eje del proceso en la participación de la comunidad. Es con ella y a partir de ella que se debe comenzar a edificar estos modelos de salud. Esta participación comienza con la organización de la comunidad y la formulación de un diagnóstico que permita identificar los problemas que la comunidad considera más importantes para encarar, y las alternativas con que se cuenta para su solución.

Esta organización de la comunidad se puede hacer mediante comités o consejos técnicos básicos, como en Costa Rica, asamblea como en México, u otras formas y a partir de allí proyectarse en formas regionales y nacionales, como las comentadas por Honduras. En cada medio se deberá lograr la forma más adecuada de organización y administración local.

En este proceso se debe emplear un lenguaje y metodologías sencillos, se utilizan las mínimas cifras o indicadores, para avanzar sobre vivencias concretas para todos los participantes. Junto con ellos se deben elaborar las estrategias para enfrentar los problemas y analizar los recursos que se pueden movilizar de la misma comunidad a partir de los institucionales. Así surge la acción intersectorial.

En algunos casos los puntos de vista de la comunidad no coinciden con los de los programas establecidos por los niveles centrales y la transferencia del poder puede originar distorsiones. Este riesgo debe enfrentarse no rompiendo el esquema sino conciliando la necesidad de los programas centrales con los de la participación comunitaria, una forma es la definición de "marcos de referencia" que permitan contemplar las necesidades sentidas por la comunidad y los requerimientos nacionales.

El apoyo político institucional debe traducirse en recursos para el programa, lo que significará una reorganización de la asignación de recursos dentro de las instituciones de seguridad social, priorizando el nivel primario sobre los otros dos.

La participación de la comunidad, también permite un control sobre las acciones. Si se involucra a la comunidad, ésta va a estar vigilando. La evaluación es un elemento muy débil y no conocemos las debilidades y fortalezas de ese modelo para replantear las soluciones del problema, si es de bajo impacto, alto costo, o limitada aceptabilidad

social. Todo el empeño científico y objetivo puesto en la formulación de los programas y del modelo de atención, se diluye cuando en la evaluación se dejan predominar los aspectos subjetivos y emotivos sobre los racionales.

Para ello y para la programación, es necesario desarrollar sistemas de información adecuados a esta filosofía de la atención de la salud, con programas, niveles, indicadores y datos que correspondan a la concepción de los nuevos modelos.

En la medida que avanzamos en la aplicación del modelo va surgiendo el camino a seguir, no es posible anticiparse, ni hay riesgo de perderse, la experiencia que se ha logrado con la comunidad va haciendo posible nuevos avances.

Este proceso no es fácil, hace muchos años que se habla de descentralización, atención primaria y participación, pero poco es lo que se ha concretado en la práctica.

## **TEMA II. Financiamiento de las Prestaciones de Salud de la Seguridad Social**

La extensión de la cobertura a toda la población, empleando nuevos modelos de atención, constituye un reto a los sistemas de financiación de la seguridad social, pues implica incorporar a los sectores con baja o nula capacidad contributiva, por lo que es necesario buscar nuevos modelos de financiación que se adecuen a las características del desarrollo económico-social de cada país.

La seguridad social nace en la Europa de la Revolución Industrial y se trasladó a América, con mayor o menor presencia en cada país en la medida que el sistema económico se adaptaba y que los grupos con mayor capacidad de presión la demandaban como derecho, transformándose, en algunos casos en un privilegio para ciertos grupos de población.

Hoy se plantea algo distinto, porque se reconoce un contexto político, económico y social que reclama nuevas soluciones. La seguridad social es un instrumento de la política social de los países, y extender su cobertura a toda la población es aplicar una política para cada nación, sin distinguir su capacidad económica, sustentada en el principio de la solidaridad universal.

Se trata de que los nuevos modelos de desarrollo que haya que poner en práctica, dentro de los cuales actúan todos los conceptos, y que no sólo se reconozcan la equidad y la justicia social, sino que se les ponga en vigencia.

Por eso se esta hablando de una sociedad diferente, una nueva civilización y para la que se deben modificar los modelos de atención, de organización, de prestación de servicios y de financiación.

También es evidente que el desarrollo de los nuevos programas de salud requieren sistemas de financiamiento adecuados a nuevas estructuras económicas que en gran medida no han entrado aún en ese proceso de "industrialización" y a nuevas realidades sociales de creciente marginalidad rural y urbana.

Encontrar la solución para este dilema es el desafío por asumir si se quiere avanzar con paso firme en la transformación de los sistemas de salud. Atender a toda la población con base en un sistema de financiación sobre el salario del trabajador, según los moldes tradicionales no es posible; es necesario encontrar nuevas fuentes de recursos genuinos que permitan asegurar la aplicación y desarrollo de estos programas.

A su vez debe mantenerse el equilibrio financiero-actuarial permanente y un manejo riguroso, preciso y transparente de las transferencias financieras, en caso contrario no es posible realizar los programas que se discuten, con carácter estable y permanente.

Ignorar esto y por voluntarismo o improvisación lanzarnos en un salto al vacío, sin rigurosos estudios actuariales que muestren la factibilidad de las previsiones, tendría efectos negativos, pondría en peligro la realización de los programas y significaría, en muchos casos, su anulación. Una de las ventajas de la seguridad social ha sido precisamente esta asignación de recursos genuinos independientes a las contingencias políticas y a las fluctuaciones, a que se ven sujetas las asignaciones presupuestarias.

La adopción de un modelo financiero tiene profundas implicaciones, más allá de la disponibilidad de los recursos y sus efectos económicos. Influye en la organización, los servicios y la forma que estos llegan a la población, siendo uno de estos el sentimiento de derecho que percibe el afiliado de su contribución, lo que configura un derecho personal y concreto y no la dádiva paternalista de la beneficencia o el Estado. Derecho a la salud y al bienestar de la cuna a la tumba, que es el objetivo de

la seguridad social, es un sentimiento arraigado en la población que no debieramos abandonar porque perderíamos una parte muy importante de las fórmulas que estamos manejando.

Este replanteamiento es aún más urgente frente a la crisis económica que viven nuestros países y las políticas de ajuste aplicadas y sus consecuencias sobre la seguridad social, lo que ha merecido la preocupación de los especialistas en casi todos los países y la aparición de numerosas publicaciones al respecto.

La reducción de los ingresos por disminución del nivel salarial de los trabajadores, el desempleo, el aumento de la economía informal, la mayor evasión por parte de los empresarios y del mismo Estado, el aumento en los costos por encarecimiento de los insumos y la mayor utilización de los servicios por limitación de la capacidad económica de los sectores medios que anteriormente recurrían al sector privado, son algunos de los factores involucrados en esta grave situación, que reducen la capacidad económica de los sistemas y que tienden a agudizarse y prolongarse en el tiempo, transformándose de una circunstancia coyuntural en una nueva situación dentro de la cual se deberá actuar varios años.

Esta situación general también ha determinado que el Estado recurra a la seguridad social como una fuente de recursos, transformando sus reservas técnicas en bonos u otros certificados, que muchas veces quedan sin protección contra las devaluaciones y en el caso de los países que han llegado a situaciones de hiperinflación, padecen graves pérdidas.

Ante este difícil panorama económico y la deficiente capacidad administrativa que presentan nuestras instituciones, se comienzan a escuchar voces a favor de los sistemas privados, dentro de la idea general en favor de las privatizaciones, que amenazan la integralidad del sistema.

El análisis de este tema presenta dos vertientes complementarias, el origen de los recursos y su captación y su utilización.

Un primer paso para lograr los recursos necesarios consiste en mejorar la recaudación de las fuentes tradicionales, es decir el aporte de los trabajadores, las empresas y el Estado en su doble papel, como empresario y como contribuyente.

Esto se debería lograr mediante la mejora de los sistemas de recaudación y control de la evasión, como por una fuerte decisión política de asegurar los aportes estatales, entendiéndose que como por parte de la política social y ante la crisis es necesario mejorar los mecanismos de solidaridad que permitan atender las contingencias sociales.

Para lograr una mejor recaudación también es necesario mostrar al Estado y a las empresas una mayor eficiencia en el uso de los recursos y lograr la satisfacción de los usuarios y los empleadores con los servicios que se brindan. Medidas de acercamiento a las empresas como las **aplicasas** en Costa Rica y Ecuador, permiten lograr este mejor servicio y a la vez reducir los costos (médicos de empresa, dispensarios, anexos)

El desarrollo de formas de administración local y la participación de la comunidad, son también elementos que pueden servir para una mayor inscripción de empresas y mejorar la regularidad en el cumplimiento de los aportes. En algunos países se considera necesario un cambio legislativo que permita una mayor coerción legal frente a las moras en un contexto inflacionario. El cobro de los servicios a los morosos se menciona como una forma posible de mejorar los ingresos.

La ampliación de la cobertura a nuevos grupos de población con capacidad contributiva total o parcial, hace necesario estudiar nuevas formas de afiliación y recaudación tanto en las áreas rurales como en las urbanas donde el desarrollo de la economía informal ha generado amplios sectores de población con capacidad económica, pero no alcanzables por los regímenes tradicionales de afiliación. Se han dado varios ejemplos de esto como la organización del sector informal, la afiliación por grupos o comunidades, la formación de cooperativas, etc. Para ello se señaló como muy importante penetrar en el conocimiento de la economía informal urbana y rural comenzando a entender sus mecanismos y funcionamientos. Los sistemas locales de salud también pueden ser de gran ayuda en esta tarea.

Aparte de esta población, si deseamos lograr la universalización de la cobertura, debemos reconocer la existencia de una gran cantidad de población sin capacidad económica, que se encuentra por debajo del nivel de satisfacción de las necesidades básicas y que tampoco tienen estructuras de referencia. En estos casos es necesario pensar en otros aportes entre los que se mencionaron, la contribución en especie como la utiliza México, donde se paga con trabajo en obras de salud (agua, viviendas, desagües, etc.) , aportando el Estado por el indigente o definiendo sistemas de impuestos afectados.

En este sentido el cambio pasa por reconocer y aplicar estas nuevas fuentes y ponerlas en funcionamiento, el futuro probablemente será de formas mixtas de financiación que permitan concretar los beneficios con una forma transparente y estable de financiación y que haga efectivo el concepto del derecho a la salud para toda la población.

Los modelos actuales y su administración centralizada y burocrática son poco eficientes y en el transcurso del tiempo han venido deteriorándose.

Por ello se piensa que la principal fuente de recursos para la extensión de la cobertura está en mejorar la eficiencia en la administración de los recursos que se disponen, para lo cual se debe hacer más racional el modelo de prestación de los servicios y mejorar los procedimientos administrativos para reducir los costos.

La eficiencia en los servicios con una mejor planificación que corrija los errores existentes en la asignación de recursos, la modificación del modelo prestador, aplicando la estrategia de la Atención Primaria de la Salud y formas innovativas de atención que permitan la reducción de los costos y una mejor satisfacción de los usuarios deben tener alta prioridad. Pero además se debieran estructurar programas para evitar el despilfarro, para lo cual debe ponerse énfasis en el control del gasto médico en indicación de estudios, hospitalizaciones, medicamentos, tratamientos, y en el otorgamiento de licencias y el reconocimiento de invalideces.

Esto en realidad pasa por un plano más profundo de análisis, que es el estudio y corrección de las formas de la toma de decisión clínica, que es lo que determina la sobreutilización de medios diagnósticos y terapéuticos, y la normatización de los procedimientos seguida de la indispensable educación médica.

La seguridad social pone en manos del médico estas responsabilidades y es necesario que él comprenda que en los momentos actuales no es posible dar todo a todos y es preferible dar lo básico a la mayoría. Se ha afirmado que esto contrasta con su formación profesional, es por lo tanto necesario dotarlo de una mayor visión social y de formación administrativa.

Otro factor es la corrupción que facilita el sistema, al encontrar un gran poder en pocas personas y la falta de mecanismos eficientes para su corrección, ocasiona un nivel importante de pérdida en casi todos los países. Este derroche se estima superior al 50% de los recursos disponibles, lo que muestra su magnitud y la significación que tendría su corrección.



En otro orden de ideas, es necesario desarrollar nuevas formas de financiación y contratación de los servicios médicos como los aplicados por Costa Rica.

El médico de empresa, que es nombrado y pagado por la empresa y actúa en ella, debe indicar estudios o tratamientos a cargo de la seguridad social.

El médico de medicina mixta que atiende en su consultorio y cobra sus honorarios al paciente, pero que está incorporado al sistema, también debe indicar estudios, tratamientos y medicación.

El sistema de capitación aplicado en un área experimental, en la cual se paga al médico por el cuidado integral de la salud de un número de pacientes inferior a 3200, cubre todo el primer nivel y las emergencias domiciliarias.

Por último, el Sistema de Cooperativas médicas, donde se contrata por capitación a la atención integral de una comunidad. Se ha ensayado en cooperativas formadas por los profesionales y se está por ensayar en una cooperativa de usuarios.

En este orden de cosas ha llegado el momento de pensar en modificar las asignaciones presupuestarias fijándolas no en términos históricos, sino en términos de lo que va a ocurrir por unidad de población y per capita en el primer nivel de atención, previendo de esta forma el sistema financiero y a pagar por prestación la atención hospitalaria, como forma de controlar la utilización de este nivel y financiar este elemento que es el más caro, en relación con su producción.

En resumen hay que cambiar los esquemas conceptuales de la administración financiera dentro de la seguridad social. Buscar nuevas formas implica estudiar los procesos y la dinámicas diferentes que están ocurriendo en los países, e identificar las alternativas que van a generar los nuevos modelos de atención.

### **TEMA III. Desarrollo Sectorial.**

La extensión de la cobertura de salud de la seguridad social a toda la población, y la aplicación de los mismos modelos de atención, con las características definidas, no sólo requiere y produce profundos cambios en el papel de las instituciones del sector salud, en particular en los ministerios de salud y los institutos de seguridad social, sino también en las relaciones entre ambos.

Estos cambios son procesos que se dan en el tiempo, en la medida que se avanza en la aplicación de estas políticas, debiendo acompañar la transformación institucional al cambio que se opera en los programas y servicios.

Esta revisión y redefinición tendrá carácter diferente en cada país y muy posiblemente se den situaciones mixtas en las que los ministerios de salud participen en la prestación de algunos servicios que la seguridad social no puede cubrir, en tanto se desarrolla, dando lugar a distintas combinaciones posibles, acordes al desarrollo sectorial de cada medio.

Si se sigue hablando de articulación, se corre el riesgo de mantener el incentivo para la separación. Se debe mirar con criterio sectorial sobre la base de políticas nacionales de atención, y como parte de esta política, establecer las correspondientes a la seguridad social y su función en los sistemas de salud.

Un ejemplo muy interesante de este desarrollo es el de Costa Rica, donde se ha ido dando gradualmente dicha transformación.

Las relaciones entre los ministerios de salud y la seguridad social adoptó distintas formas en el intento de integrar el sector salud, así en los años sesenta se propiciaba la integración administrativa, en los años setentas se intentó la coordinación de sistemas nacionales de salud, en la década de los ochentas se habló de articulación con homogeneización de objetivos y en este momento se plantea la necesidad de iniciar un desarrollo sectorial, reconociendo que hay varias instituciones y que hay necesidad dentro de esa visión sectorial de revisar y redefinir, los roles que le corresponden a cada una, coordinando su accionar en los niveles locales, regionales y centrales.

Como se ve, es largo el camino transitado y los intentos realizados en cada país. Al principio eran los institutos de seguridad social los que veían con mucho recelo estos intentos, temerosos por su independencia y el cuidado de sus recursos para el cumplimiento de sus fines específicos. Hoy son los ministerios los que miran con temor este avance de la seguridad social en el campo de la salud, temiendo perder su función asistencial y administradora. En la mayoría de los casos, los convenios y acuerdos suscritos no han aportado, en la práctica, más que reglas para la compra de servicios entre ambas instituciones o la realización de algún emprendimiento común. Fue necesario que llegara la descentralización y la administración local de salud para concretar en la práctica una verdadera integración entre ambas instituciones como se puede ver en los casos de Honduras y Guatemala.

Estos cambios de concepción en los programas de salud, demandan también cambios en la organización y funcionamiento de los niveles centrales, y el perfeccionamiento de sus tecnologías de gestión, para hacer posible la conducción y realización de este proceso de transformación de los modelos de atención.

Las organizaciones deben estar orientadas a promover los niveles locales y satisfacer sus demandas. Se trata de un cambio fundamental que traslada el centro de este universo, de la cúspide de la pirámide a la comunidad y los sistemas locales de salud.

Este cambio requiere de nuevas metodologías de planificación, nuevos sistemas de información, nuevas formas presupuestarias y contables, nuevos procesos de abastecimiento, etc. que es necesario desarrollar, al adecuar y fortalecer las organizaciones centrales para poder ejecutar esta política.

Esta revisión de la relación entre los elementos del sector salud debe reconocer también la pluralidad de la seguridad social y la necesidad de articulación entre las instituciones que conforman este subsector, en particular en aquellos países en que esta multiplicidad de instituciones es muy grande, y establecer mecanismos de coordinación y complementación que nos acerquen a la idea de solidaridad universal, frente a las formas grupales.

Es importante fijar políticas de seguridad social que tiendan a la integración, mediante mecanismos de complementación y vinculación entre las organizaciones, y fijar también estándares mínimos bajo los cuales no puede admitirse ningún esquema nuevo que surja de la aspiración de un grupo. Esto implica realizar el necesario esfuerzo de racionalización dentro de la propia seguridad social.

La extensión de la cobertura a toda la población requiere la utilización de todos los recursos de que dispone la comunidad para el cuidado de la salud, bajo fórmulas que consideren la naturaleza jurídica y la propiedad pero tengan muy en cuenta los objetivos prioritarios de la comunidad. Así es necesaria la participación del sector público y privado, lucrativo y no lucrativo.

Las formas como se plantee esta incorporación, incidirán significativamente en las condiciones y funcionamiento técnico y económico del sistema de salud, en particular en lo que se refiere a las formas de contratación, los servicios que se demandan, las formas de pago y los mecanismos de control. En este sentido es importante aprovechar las experiencias positivas y negativas de los países que más han avanzado en esta relación (Costa Rica - Argentina - Brasil - Uruguay).

La seguridad social, al actuar como tercer pagador responsable de los servicios que brinda a sus beneficiarios y del uso de los recursos que se le confían para ello, aporta la fuerza necesaria para hacer efectiva esta regulación del sistema, complementando los mecanismos normativos y legales empleados desde los ministerios de salud pública. De esta forma abre el camino para la auditoría médica, la acreditación y categorización de servicios, los sistemas de información en el ámbito privado, la normatividad de las prácticas médicas y la ordenación general del sistema.

Este trascendente tema para la organización de los sistemas de salud, requiere el aporte de la investigación para conocer con mayor profundidad los efectos de los mecanismos de relación de la seguridad social con el sector privado, pues alrededor de estos problemas giran muchas de las dificultades de financiamiento de los servicios.

Un capítulo particular es el relacionado con las entidades no gubernamentales de bien público (sin fines de lucro) a las que se han agregado los grupos y sectas religiosas y que constituyen un importante recurso de la comunidad para el cuidado de su salud pero que necesitan de mecanismos de coordinación y control eficientes. Es necesario tener conocimientos más amplios sobre su existencia, sus fines, sus recursos, las fuentes de financiación, sus programas y proyectos, y sus realizaciones.

#### **TEMA IV. Estrategias para el desarrollo de los recursos humanos.**

El elemento fundamental para la aplicación de los nuevos modelos de salud que hagan posible la extensión de la cobertura, es el recurso humano. Estos nuevos modelos son ante todo un cambio en la concepción de la salud y la enfermedad, en las formas de actuar para su cuidado, y un cambio en los sistemas de valores y las acciones que se vienen aplicando en la seguridad social en nuestros países.

Se trata, por lo tanto, de un cambio cultural que transforme los hábitos y las actitudes de las personas de la comunidad y de los propios agentes proveedores de los servicios. Se trata también de un profundo y vasto proceso educativo que se realiza en un medio donde se dan manifestaciones distintas en favor y en contra, y en el cual existen múltiples intereses que se pueden sentir afectados o comprometidos, además de la tradicional resistencia que todo cambio produce por la incertidumbre que genera.

Además, del proceso político y la necesidad de este cambio en los niveles superiores de las organizaciones se requiere un proceso educativo y de capacitación para aplicarse y desarrollarse que debe realizar el programa.

Para ello debemos diferenciar los universos a los que va dirigido el proceso de capacitación, reconociendo cuatro grupos: la comunidad, los usuarios, el personal y los cuadros directivos y administradores de las Instituciones.

1. **La comunidad** Los nuevos modelos propuestos toman a la comunidad como parte activa de su desarrollo, y deben intervenir en todas las etapas desde el planeamiento a la evaluación. Por lo tanto la comunidad es el agente propio de los programas y acciones. Es ella la que debe modificar sus pautas y hábitos y sumar su esfuerzo y participación en la tarea común. Es por lo tanto a ella que debe estar dirigido, en primer lugar, el esfuerzo docente.

Esto implica la necesidad de basarse en la organización social existente y cuando ésta sea insuficiente, estimularla. En esta acción, todos son actores y receptores de este complejo proceso educativo. Un lugar muy destacado, es el de aquellas personas que ejercen el liderazgo sobre la comunidad, ellos serán los facilitadores, por medio de los cuales podemos llegar a todo el cuerpo social. Su identificación, capacitación y orientación permanente debe ser una preocupación en los programas locales, se deben desarrollar para ello metodologías apropiadas a cada medio, respetando las diferentes culturas que existen en este rico mosaico etnográfico que son los países de la región, y aprovechar sus pautas culturales en cuanto al cuidado de la salud, como la existencia de la medicina tradicional de cada pueblo, considerando sus sistemas de valores y sus idiomas.

No se trata de destruir algunas pautas de las distintas civilizaciones, sino de posibilitarles una vida más sana partiendo de sus propias culturas y aportando los valiosos recursos que la medicina ha puesto a disposición de toda la humanidad.

2. **Los usuarios** . La extensión de la cobertura transforma en "beneficiarios" a toda la población, la cual debería establecer un vínculo con los servicios, aprender a utilizarlos adecuadamente y participar activamente en las acciones de salud ya que son verdaderos sujetos de la atención mediante el autocuidado de la salud y no objetos pasivos, a los que se le entregan prestaciones.

En esta relación el beneficiario es parte de un núcleo familiar y sobre él se deben enfocar las acciones.

La universalización de la cobertura producirá también la incorporación de los programas de seguridad social de todos los grupos etáreos, pues existen situaciones distintas en los niños, las madres, los adolescentes, los adultos y la tercera edad, y también se presentarán en estos grupos distintas necesidades de salud, que configuran diferentes problemas por encarar. Esto permite el desarrollo de acciones grupales específicas donde los integrantes participan activamente en la solución de los problemas. El empleo de técnicas grupales (dinámica de grupos, etc.) será una valiosa ayuda en este tipo de trabajo, del cual existen muchas experiencias al respecto en todo el mundo.

3. **El personal de salud.** Este replanteo que surge con los nuevos modelos de atención, significa una modificación de el tradicional equipo de salud y las actividades, destrezas y conocimientos que deben poseer sus integrantes, no sólo en el primer nivel de atención, donde este cambio es más amplio, sino también en los niveles hospitalarios del segundo y tercer nivel.

Este cambio requiere desarrollar en todo el personal una actitud social muy diferente a la que actualmente tiene, incorporando a los conceptos básicos de la seguridad social, el concepto actual de salud y enfermedad y una visión de integralidad de las acciones de salud que le permitan captar su papel y el del paciente y la comunidad en este complejo proceso, cualquiera sea su profesión o lugar donde actúe. Esta necesidad se ve dificultada en los médicos y demás profesionales por el múltiple empleo y las diferentes actitudes que asumen en las distintas, instituciones donde actúan y en su práctica privada.

El tema de la capacitación del personal se puede contemplar en dos momentos distintos: el pregrado y el personal incorporado.

El sistema de capacitación de los recursos humanos se encuentra divorciado del sistema que utiliza estos recursos a pesar de los múltiples intentos realizados en todos los países para corregir este divorcio que es fuente de graves contingencias.

Esta distorsión no es sólo cuantitativa, sino fundamentalmente cualitativa, en el tipo de carreras existentes, su estructura curricular y la formación profesional.

Mucho se han comentado en esta Tercera Consulta Técnica Regional, los problemas que se plantean en los programas actuales de la seguridad social y en la aplicación de los nuevos modelos por esta discrepancia. Es necesario entonces que la seguridad social participe en la formación de los recursos humanos que va a necesitar y en la programación que hagan los países en este campo.

Esta acción debe multiplicarse en todo el espectro de instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, (facultades de odontología, bioquímicas, farmacéuticas, escuelas de enfermería, de técnicos, de nutricionistas e inclusive las de arquitectura, ingeniería, administración, etc. que también aportan sus egresados al campo laboral de la seguridad social).

Dentro de las instituciones de seguridad social, es necesario encarar distintas actividades que permitan disponer el personal necesario en tipo, capacidad y actitud.

El primer paso, y frente al panorama presentado en los párrafos anteriores, se debe realizar una importante actividad de "incorporación" del recurso humano que le permita corregir las deficiencias apuntadas y ubicarlos en la filosofía institucional y en sus objetivos, como en el papel que le tocará desempeñar a cada agente. Esto no es fácil, más si consideramos la cantidad y variedad de personal que se debe incorporar permanentemente. Para esta tarea es indispensable definir el perfil ocupacional de cada agente, tanto para orientar su formación, búsqueda y selección, como para realizar su capacitación inicial.

Esta capacitación no es sólo teórica sino que debe ser eminentemente práctica en servicio y a través de actividades definidas. No hay mejor forma de aprendizaje que el que se desarrolla en la acción.

En segundo término es necesario actuar con todo el personal de nuestras instituciones a fin de "reconvertirlos" al nuevo modelo, en una tarea permanente de educación, a fin de lograr su mayor información e identificación con el proyecto en particular en aquellas áreas donde se inicien las tareas de aplicación de los nuevos modelos.

Por último, todo el personal de la institución demanda una educación continuada que le permita actualizar y ampliar sus conocimientos y destrezas, como compartir las nuevas orientaciones de los programas que se desarrollen

El desarrollo de este proceso de transformación de los sistemas de salud y la descentralización o desconcentración que se propugna, multiplica las necesidades de personal capacitado para la conducción y administración de los sistemas y los servicios, tanto a nivel central, regional y local.

Es necesario por lo tanto rescatar la administración de salud, como disciplina adecuándola a las nuevas corrientes de pensamiento de los campos de las ciencias políticas, sociales, administrativo-económicas y de salud, a fin de que pueda aportar a este proceso de transformación de los sistemas de servicios de salud y es necesario formar muchos administradores y conductores de sistemas y servicios. Cada sistema local de salud, cada servicio, cada nivel regional, demandará personal de conducción e intermedio formado en las nuevas concepciones y orientaciones.

En esta tarea se pueden distinguir dos grupos, los que tienen a su cargo la administración y conducción y los que están en condiciones de diseñar sistemas y procesos para ser aplicados en toda la organización.

La amplia actividad realizada por el CIESS que puede verse en los programas para 1990 y el anuncio de que esta prestigiosa entidad ha resuelto poner a disposición de las instituciones programas de capacitación orientados al desarrollo de este nuevo modelo, son aportes valiosos en este sentido y para la capacitación de capacitadores que multipliquen en sus países e instituciones los nuevos conocimientos y orientaciones. La realización de este amplio y complejo proceso supera con mucho las capacidades y posibilidades de las instituciones a pesar que entendamos que toda la institución es la docente y no sólo un sector de ella.



## ***INFORME FINAL***

### **TEMA I. NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACION Y DE ATENCION DE LAS PRESTACIONES DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

En la orientación de la discusión del temario de análisis, el grupo consideró que el tema central, al cual se subordinan los otros, es la definición de nuevas formas de organización de las prestaciones de salud de la seguridad social, que respondan a las características y necesidades del momento actual en América Latina y el Caribe.

El cumplimiento de los principios de la seguridad social en las circunstancias sociales, económicas, y de salud que viven los países, requiere la adopción de formas innovativas de prestaciones de salud, que permitan la universalidad de la cobertura, aplicando los conceptos de la estrategia de la atención primaria de la salud.

Estas nuevas formas deberán ser flexibles, y adaptadas a las realidades nacionales, ya que no existe un único modelo para todos los países, sino que cada uno de ellos debe desarrollar sus propias formas de organización sobre bases comunes.

Se definieron algunas variables a en la conformación de estas nuevas formas de atención como son: la cobertura, el tipo de atención, la satisfacción y aceptación, el costo y la participación de la población.

Del análisis de estas variables surgen las características que tendrán las nuevas formas de organización de los servicios de salud en la seguridad social, entre las que se puntualizaron: la base geográfico-poblacional con enfoque de riesgo, la universalización de la cobertura, la intersectorialidad, la descentralización y desconcentración, la simplificación de procedimientos de trabajo, fortalecimiento del poder local de autogestión y el liderazgo de los agentes de salud para el cambio de actitud y de los hábitos nocivos en la comunidad.

Estas nuevas formas se basan en una concepción holística de la salud que identifica las causas de enfermedad, en factores genéticos, ambientales y en los comportamientos humanos, además de las tradicionales causas biológicas y la actuación de los servicios de salud, debiendo responder a estas causas en forma

integral con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, mediante tecnologías apropiadas, acordes con los recursos materiales y culturales de cada comunidad.

Los conceptos mencionados determinan la necesidad de abarcar en las acciones de salud este amplio espectro, preocupándonos de las condiciones ambientales generales, de la vivienda y de los lugares de trabajo y estudio de las condiciones sociales, de la producción y disponibilidad de alimentos, de la violencia física y psíquica, de la educación y de la calidad de vida, actuar en forma coordinada con otros organismos para establecer formas de coordinación intra e intersectorial.

En relación a los esquemas de organización se mostró la necesidad de reemplazar los esquemas piramidales, que son centralistas, por un esquema de planos de resolución tecnológica, en los cuales estos niveles de atención se vinculan funcionalmente y descentralizan la gestión administrativa entre ellos.

La aplicación de estas nuevas formas se manifiestan con mayor claridad en el primer nivel de atención, por lo que se debe efectuar un replanteo y revalorización del segundo y tercer niveles que permitan mejorar su actuación en apoyo del primario.

La relación entre estos niveles de atención debe estar facilitada por sistemas de referencia y contrarreferencia que aseguren la continuidad de la atención.

En el campo organizativo se deberán aplicar formas que permitan una amplia participación de la comunidad en la identificación de los problemas, la búsqueda de soluciones y la ejecución y evaluación de las acciones, como la coordinación intra e intersectorial.

Las experiencias de México, Guatemala, Honduras, Costa Rica, muestran la importancia que tiene el concepto de administración local al permitir la coordinación intra e intersectorial, para lograr una mayor eficiencia y la participación plena de la comunidad.

Las bases programáticas deben surgir de la respuesta a las necesidades de salud de la población, por lo que es indispensable un profundo conocimiento de sus condiciones de vida y problemas de salud y el respeto de sus valores, esto se logra mediante la aplicación de metodologías de programación local.

Una de las condiciones para hacer viables las nuevas formas de organización de prestaciones de salud, es la aceptabilidad por la comunidad y los niveles políticos nacionales e institucionales. Las experiencias presentadas muestran formas distintas de respuesta política. En algunos casos se partió de una decisión definida, en otros, se buscó una concertación, y en otros más, hubo que superar negociaciones entre las partes interesadas.

La importancia de este tema requiere que en la programación y organización se cuiden los aspectos políticos con el mismo detenimiento y preocupación que los aspectos técnicos.

La aplicación de estas nuevas formas de atención también requiere cambios organizativos en los niveles centrales de los institutos, orientándose en función de las demandas que plantean los niveles locales, invirtiendo el modelo organizativo tradicional.

## **TEMA II. FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

Las nuevas formas de organización y prestación de los servicios de la salud en la seguridad social obligan a revisar los esquemas de financiamiento tradicionales de la seguridad social.

Se señala que al tratar este tema es fundamental considerar los efectos de la crisis económica que inciden en forma directa en las fórmulas de la financiación de todos los programas de la seguridad social. Se marcó además que en los efectos de la crisis se requieren identificar líneas políticas y medidas concretas, que, dentro de los mecanismos de ajuste estructural, mantengan la vigencia de los objetivos sociales y el dinamismo del desarrollo en este campo.

En los aspectos específicos de la financiación de la seguridad social, se consideraron los referidos a los programas de salud desde las perspectivas de las nuevas formas de organización y prestación de los servicios que se plantearon. El análisis del tema se abordó desde el punto de vista de los ingresos y de los egresos. Respecto a los ingresos, teniendo en cuenta la importancia de cubrir a toda la población, se señaló la necesidad de adoptar nuevas fórmulas que posibiliten incluir a grupos de población diferente de aquéllos que tienen una relación de empleo basada en los salarios.

En especial se requiere utilizar las normas que hacen posible la incorporación de trabajadores autónomos, eventuales, o con relación laboral irregular o rentable y además propiciar reformas que permitan concretar estas medidas.

Además también se acordó que es indispensable analizar en cada situación nacional soluciones alternativas para los sectores informales -urbano y rural- entre las cuales se mencionó el potencial que ofrece reconocer asociaciones, entidades y agrupaciones que puedan servir de nexo para las soluciones sobre la captación y aplicación de las contribuciones. Los esquemas de organización local de los servicios que reconocen una base poblacional pueden ser de gran utilidad a este efecto.

Deben fortalecerse las medidas tendientes a lograr el cumplimiento de las obligaciones del Estado como patrono y como autoridad con las instituciones de seguridad social, y evitar las transferencias de los fondos de reservas a programas ajenos a los fines para los cuales se crearon estos fondos.

De la misma forma se deberá asegurar la contribución integral y oportuna de las empresas del sector privado y la eliminación de los topes que limitan la aplicación del principio de financiamiento solidario.

Se insistió en la necesidad de que las políticas nacionales comprendan soluciones para la incorporación de los sectores indigentes a la seguridad social aprovechando de esta manera la estabilidad y garantía de permanencia de los programas de la seguridad social y reconociendo la importancia de hacer efectivo el derecho a las prestaciones.

Se reconoció además la importancia de incorporar en la consideración de los recursos aquellos que se canalizan a través del sector privado, particularmente de entidades no lucrativas.

En relación con los ingresos también se mencionó como fuente alternativa de financiación los posibles aportes que la comunidad que con su participación activa pueda realizar.

La consideración de los egresos en la financiación de la seguridad social está ligada a las medidas de racionalización del uso de servicios. Se reiteró enfáticamente el reconocimiento del desaprovechamiento que existe en desacuerdo de la eficiencia de los programas. Se insistió en que estas medida de racionalización, sólo darán resultados

parciales si no se acompañan de los cambios en las estrategias de atención que se sugirieron, por cuanto las mismas se relacionan directamente con una racional determinación y para abordar los objetivos de la salud de la población. Sin embargo, estas nuevas formas de prestación de los servicios, desarrolladas ampliamente, permitirán racionalizar el uso de los servicios y hacer más eficiente el sistema, pero no significa que esa mayor eficiencia vaya a reducir los gastos totales que más bien pueden aumentar al detectar problemas de salud en nuevos grupos de población. Lo que sí puede disminuir es el costo unitario de la prestación de servicios.

Al mencionar el nuevo enfoque discutido, se recordó que también debía buscarse solución a los problemas de ineficiencia en los servicios hospitalarios en todos los niveles de complejidad.

Como aspecto central de los egresos se llamó la atención sobre la importancia que asumen las formas de contratación de servicios y de remuneración del personal de salud.

En este sentido se revisaron las experiencias que se realizan en Costa Rica mediante la utilización de cooperativas médicas, pagos por capitación, médicos de empresas.

En el mismo sentido se plantearon esquemas en los cuales servicios organizados y financiados por los empleadores se incorporan en Guatemala al mecanismo de prestación de servicios en el departamento de Escuintla y en el caso de México la contraprestación por los servicios en forma de participación comunitaria.

Se señaló finalmente que estos aspectos de financiación para la cobertura integral de la población requieren un esfuerzo de investigación sólido y adecuadamente organizado.

### **TEMA III. DESARROLLO SECTORIAL**

La coordinación de los entes de la seguridad social debe ser motivo de mayores esfuerzos, sin que ello implique unificación estructural o funciones indiscriminadas. El énfasis debe ser una coordinación funcional cuya base es la definición de una política nacional de seguridad social y el señalamiento de pautas o estándares mínimos que deben ser satisfechos por todos los esquemas de seguridad social que existan o se desarrollen.

Estas acciones de coordinación también son fundamentales entre todos los programas que implican actuar sobre aspectos que configuran la salud y el bienestar de la población.

La coordinación dentro del sector público ha sido motivo de debate y se han realizado intentos de solución durante las tres últimas décadas.

En los años sesentas se pretendió la integración estructural de las instituciones sin resultados importantes. En los años setentas los esfuerzos se orientaron hacia la coordinación administrativa con realizaciones variadas pero pobres, en general en la década posterior los lineamientos han sido de articulación funcional. La Primera Consulta Técnica Regional en 1982 declaró "Fundamental el establecimiento de mecanismos efectivos de interrelación de dichas instituciones", que permitan lograr coherencia entre sus objetivos, congruencia en los medios que utilizan y armonización funcional de sus formas de operación. En las circunstancias actuales y particularmente en las perspectivas de la próxima década, las relaciones entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, deben buscar un desarrollo sectorial, redefinir sus roles, de acuerdo a las características peculiares de cada país y a políticas y planes nacionales.

En esa concepción del sector público es necesario reconocer que la seguridad social es pluralista, y que se deben establecer políticas nacionales con programas que cubran por lo menos ciertos niveles mínimos de atención. En estas políticas debe estar presente la racionalización. En la integración funcional del sector salud las relaciones con los organismos no gubernamentales del ámbito privado, deben ser determinadas en base a procedimientos normativos establecidos para su incorporación en las estrategias de salud. Con el sector lucrativo, además de fijar normas que regulen claramente sus funciones y los requisitos que deben cumplir, debe de reconocerse que la conducción es atributo del sector salud. Se deben hacer esfuerzos para buscar las formas más adecuadas de contratación de los servicios del sector privado.

Se planteó también la necesidad en la negociación con los patrones, de acudir a todos aquellos puntos que puedan generar un beneficio a sus empresas con objeto de lograr su participación en los programas de salud, evitando duplicidades en costos y servicios.

Finalmente, se mencionó que ante la multiplicación de organizaciones no gubernamentales de todo tipo, incluyendo religiosas, se requiere prudencia en el establecimiento de relaciones con las mismas, por cuanto actúan en su mayoría sin control oficial.

#### **TEMA IV. ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS**

En los programas de desarrollo de los recursos humanos es necesario establecer una estrategia de capacitación para la realización de las nuevas formas de organización de las prestaciones de salud, dentro de cuatro niveles:

- 1 -El de los que liderean la sociedad.
- 2 -Los usuarios (la comunidad).
- 3 -El personal.
- 4 -Los administradores (de las unidades asistenciales y de los que diseñan y administran los sistemas).

Para desarrollar esta estrategia se debe saber que es lo necesario, vale decir, definir los perfiles de cada uno de los participantes en estos niveles.

La urgencia de la acción impide muchas veces, efectuar el estudio necesario para establecer los perfiles de personal, por lo que se plantea la importancia de la participación de las entidades formadoras de recursos humanos en esta tarea y la necesidad de que en esta definición de roles, participe la comunidad.

Si se considera que los recursos para capacitación serán insuficientes, es necesario fijar prioridades estratégicas para estos cuatro niveles. Es necesario recuperar el prestigio de los servicios, para lo que es indispensable un cambio de actitud y el desarrollo de destrezas en el personal. Si se busca un cambio, la capacitación debe estar orientada al cambio. Si debe comenzar por preocuparnos cómo se logra este cambio, los centros de capacitación deben hacer este análisis.

La importancia que tienen los médicos y demás profesionales de la salud para el desarrollo de estas nuevas formas de servicios, hacen necesario replantear la formación de pre-grado con las universidades y otras entidades educativas y una mayor participación de la seguridad social en la formación de nuevos recursos humanos.

Es necesario evaluar las actividades que se realizan para establecer su utilidad real y verificar si estamos en el cambio correcto. También se debe revisar críticamente toda la actividad desarrollada en los últimos años en cursos, talleres, seminarios y establecer cuál fue su utilidad.

Los cursos formales tienen un gran valor pero no son suficientes, son necesarias formas dinámicas de educación permanente.

La representación de Bolivia señala sus necesidades de capacitación y la conveniencia de realizar estas actividades en cada país, desplazando los docentes, en lugar de trasladar los alumnos.

La capacitación deberá ir cambiando en la medida que cambien los modelos en el futuro.

El liderazgo de los agentes de salud para producir este cambio requiere desarrollar la capacidad de conducción a nivel social. Es necesario identificar y formar líderes para estos nuevos servicios de salud en la seguridad social.





**CAPITULO IV.**

**LA ATENCION PRIMARIA  
A LA SALUD Y  
DESCONCENTRACION  
MEDIANTE ESTRATEGIAS**

Jesús C.González Posada



La atención primaria a la salud, es sin duda parte cardinal en los sistemas de salud establecidos en los diferentes países: sin embargo, lo que sí está sujeto a modificaciones, es la forma en que los conceptos se reúnen para ser aplicados en las distintas organizaciones.

La verdad absoluta, es que no existen al momento dos sistemas de salud que sean comparables cuando se analizan con detalle.

Por otra parte, la atención primaria a la salud tiene entre uno de sus principales objetivos el extender los servicios de salud a toda la población.

Dentro de las estrategias para desarrollar los programas para la atención primaria, una de carácter primordial, es la capacitación de personal interdisciplinario en el campo de la salud.

Igualmente, para operar este tipo de programas, deberán existir siempre importantes contactos con la comunidad que tiendan a mitigar o resolver sus necesidades esenciales.

Desde otro punto de vista, a la atención primaria se le puede considerar como la puerta de entrada a un sistema de salud y al llevar a la práctica este concepto se tienen que desarrollar mecanismos de referencia y contrareferencia y por ende, de gran trascendencia el realizar o en su caso perfeccionar una regionalización funcional de los servicios.

Es obvio que para obtener buenos resultados en la atención primaria, en primer lugar se necesitan políticas nacionales bien definidas que abarquen a todo el sistema de salud.

En lo referente a los recursos humanos éstos deberán considerar los indispensables y conformarlos como equipos de salud.

Fundamental, efectuar el diagnóstico situacional por regiones, para definir de manera más adecuada las prioridades de salud de la población y promover mediante líderes naturales de las comunidades, las acciones necesarias para el mejoramiento de la salud y la forma de acrecentar la calidad del medio ambiente.

Diseñar las variantes necesarias en los programas que mejor se acomoden a las tradiciones del lugar, con ello, obviamente se obtendrá una mejor aceptación.

También de la mayor importancia es preparar el personal, de preferencia en los lugares más cercanos a su futuro sitio de desempeño, bien sean pequeñas unidades rurales o áreas marginadas urbanas o bien en hospitales aledaños rurales o generales.

Para conformar los equipos de salud en las comunidades, se investigan anticipadamente la actitud y aptitudes sociales de las personas escogidas, así como las costumbres tradicionales que imperan, pues es de capital importancia en relación con su futuro desempeño: a partir de esto, se capacitarán en los aspectos médicos básicos y los complementarios que inciden en la atención primaria a la salud.

Los conocimientos transmitidos a las personas de las comunidades en relación con la atención primaria, no siempre son fácilmente comprendidos y por ello utilizados correctamente en su aplicación, por esto, asegurarse que la forma de enseñar es tan importante como lo que se enseña.

Por otra parte, deberá asegurarse que la comunidad sea receptiva, e igualmente consolidar la participación de la misma en la planeación y la ejecución de los programas.

Actualmente los servicios de atención médica en todo el mundo tienen un costo cada vez más elevado, en mucho despersonalizados, fragmentados y en gran medida con insuficiencias para cubrir las necesidades de la población.

Asimismo, es innegable que existe con frecuencia una mala distribución territorial de los equipos de salud, que generan dificultades a los enfermos en su acceso a los cuidados indispensables.

Igualmente es de todos conocido, que en medicina la correlación entre el adiestramiento especializado y el "Estatus" social es muy claro, dejándose de lado con frecuencia las acciones comunitarias de salud, por esto también invariablemente se escogerá la tecnología más adecuada, de acuerdo a la complejidad escalonada de la atención a la salud.

Desde otra perspectiva, es indudable la complicada relación que existe entre los conocimientos que se tienen y la autoridad que de ellos emana y es a través de estos conocimientos, que con un enorme valor simbólico, el médico mantiene el dominio en la esfera donde ejerce; sin embargo, cuando el médico actúa en la atención

primaria, debe cambiar muchas de sus actitudes con el fin de transmitir en forma accesible los conocimientos, asegurarse que sean los adecuados y buscar ser un verdadero apoyo a la comunidad y que ésta lo acepte de buen grado.

En la atención primaria a la salud el equipo de trabajo ejercerá acciones como:

- Asistir a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, para ello se capacitará a las parteras tradicionales y se les enseñará a referir los casos complicados.
- Colaborar intensamente con la población en los programas de inmunizaciones y en aquellos con carácter epidemiológico.
- Organizar los servicios y acciones básicas a efectuar en las unidades pequeñas de atención médica, al tiempo de coordinar cuando es necesario el envío de los enfermos a unidades regionalizadas con mayor capacidad resolutive.
- Proporcionar al enfermo y su familia la información pertinente en cuanto a la naturaleza del padecimiento, su posible o definitivo diagnóstico y cuál deberá ser el tratamiento.

El proceso médico en la atención primaria puede resumirse en alguno de los siguientes puntos:

- La adquisición de datos iniciales para establecer el estado de salud de la población a ser atendida.
- La comparación de esos datos con los conocimientos médicos acumulados.
- Conocer qué otros datos son necesarios.
- Constantemente se expresa que el acceso a la atención primaria debe ser universal; sin embargo hay que determinar con claridad el acceso a qué.
- El establecer de manera especial programas encaminados a proteger a los habitantes de las zonas económicamente deprimidas y a grupos marginados.
- El señalar asignaciones presupuestarias intransferibles, que solamente se

apliquen a él o los programas antes señalados, con el fin de lograr al menos un mecanismo de bienestar social.

En el programa establecido en México con el nombre de solidaridad social, antes con la denominación del IMSS-COPLAMAR, se utiliza básicamente la infraestructura que tiene y la que expandió específicamente para este fin el Instituto Mexicano del Seguro Social y las aportaciones en dinero que efectúa el gobierno federal.

Los servicios sobresalientes que se otorgan contemplan las siguientes prestaciones:

- Consulta externa general
- Asistencia farmacéutica
- Atención materno-infantil y planificación familiar
- Educación para la salud
- Orientación nutricional
- Promoción de saneamiento
- Inmunizaciones
- Control de enfermedades transmisibles
- Hospitalización en las cuatro ramas básicas de la medicina

Un sistema de atención médica y su concepto ampliado como atención primaria a la salud, es el conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo, de una tecnología médica y de otra índole para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles. Idealmente, las prestaciones de salud deben ser accesibles a toda la comunidad sin excepciones en forma continua e integral desde la concepción hasta la muerte.

Cada país podrá elegir el sistema que mejor se adapte a sus tradiciones históricas y culturales, a su organización jurídico-administrativa, y a la disponibilidad de recursos; sin embargo, de lo más trascendente es el aumentar la cobertura manteniendo la buena calidad de las prestaciones; esto exige una decisión política del más alto nivel. Igualmente el principal objetivo de la desconcentración, es coordinar todos los recursos humanos y materiales disponibles de la región, a fin de lograr su mejor utilización, evitando duplicidades y permitiendo sin discriminación la accesibilidad para todos. Para que la desconcentración tenga éxito debe aspirarse a que cada región sea autosuficiente, incluyendo un sector urbano, uno sub-urbano y otro rural.

La desconcentración es una estrategia para racionalizar el costo de la atención médica. Su principal propósito es poner a disposición de la población, los recursos humanos, físicos, tecnológicos y materiales de manera accesible, como elementos que contribuyen a elevar el nivel de salud.

En distintos países se han realizado diversas acciones para desconcentrar sus sistemas de atención, sin embargo, existe una brecha entre la realidad y el modelo deseable. Es necesario establecer criterios uniformes para desconcentrar adecuadamente y cumplir con el propósito deseado.

Un primer problema por resolver es el tamaño de la región; el cual está dado por factores geográficos, de comunicaciones y por el número de la población a servir.

Por otra parte, el costo de la atención médica "es el reflejo de múltiples y variadas decisiones que se toman en distintos niveles jerárquicos para estructurar procesos productivos en los complejos -servicios de atención integral-, que una vez puestos en práctica demandan constantemente nuevos recursos".

Los costos de operación de los servicios médicos, se ven influidos por fuerzas sociales, económicas, culturales, políticas, jurídicas, científicas y tecnológicas.

En la desconcentración de los servicios deberán tomarse muy en cuenta: el costo de la atención médica, los recursos humanos, la tecnología, la planeación de la atención primaria, el tipo de hospitales y sus servicios y la distribución de recursos; también en la regionalización deberán tomarse en consideración ciertos factores como son:

- El costo de oportunidad. Que es el costo de la prioridad que representa la asignación de recursos financieros a la cobertura de ciertas necesidades en sustitución de otras.
- El costo de inversión. Equivale a recursos que se aplican a bienes de capital para lograr el poder de realización de los servicios de salud. Su cálculo financiero debe incluir la inversión fija y el circulante que provoque, cuando menos, en un período de vida de diez años.
- El costo de cobertura. Que se integra con el gasto corriente que se eroga cada año en el conjunto de servicios instalados y en la operación, y
- El costo de unidad de servicio. Que es el conjunto de erogaciones de gasto



corriente que se generan en la operación de un servicio o grupo de servicios integrados en una unidad.

En la desconcentración la disponibilidad de los servicios debe considerar el tiempo de desplazamiento del usuario del servicio, lo que depende en gran parte, de los medios de comunicación que existan y no sólo del número de kilómetros por recorrer.

La región debe ser autosuficiente, es decir, la suma de servicios de salud disponibles dentro de la región deben ser adecuados para satisfacer todas las necesidades de salud que existan en la región. En su defecto, debe existir una buena coordinación entre regiones vecinas que sea capaz de atender esas necesidades.

Los efectos en los costos de la atención médica por una desconcentración racional, pueden sintetizarse en los siguientes rubros:

- . Distribución racional del recurso humano.
- . Disminución del costo de traslado de pacientes.
- . Disminución del costo de distribución de insumos.
- . Reducción de la duplicidad de servicios.
- . Reducción de la subutilización de servicios.
- . Aumento en la posibilidad de generar acciones preventivas.
- . Oportunidad en la toma de decisiones médico-administrativas.
- . Incremento en la atención de pacientes en el nivel de costo más bajo.
- . Propiciar la coordinación entre las instituciones.

Una conclusión de lo anterior es que:

La regionalización implica descentralización administrativa y presupuestaria.

El recurso humano constituye un elemento o factor relevante del costo de la atención médica, y por lo general al asignarse se convierte en un costo fijo; por lo cual es indispensable buscar fórmulas para que en el proceso de la atención, la asignación de este recurso no constituya siempre un costo inmutable.

Al hablar de desconcentración en todo el territorio demarcado, debe existir un hospital general que en algunas oportunidades puede ser un hospital docente, pero que, en todo caso, disponga de las fundamentales especialidades médico quirúrgicas y de los

servicios médicos auxiliares indispensables para un buen diagnóstico y tratamiento. La unidad mínima de atención debe tener, por lo menos, los servicios de un médico y una enfermera obstétrica, y contar con el personal administrativo y auxiliar indispensable y con instalaciones de laboratorio y rayos x, a fin de prestar los servicios de salud elementales.

Por otra parte, dadas las precarias condiciones económicas generalizadas en el mundo y en lo particular las de nuestros países, hacen que el o los programas que se diseñen, tengan por fuerza el considerar en forma prioritaria los costos que puedan originar, en virtud de lo cual, lo deseable es utilizar al máximo la infraestructura que ya tienen las instituciones.

Dentro de los esquemas de desconcentración existen ciertas bases comunes como son las siguientes:

- La formulación de políticas nacionales de salud, acordes con las necesidades económicas, políticas y sociales de cada país.
- La substantividad de programas generales radicará como acontece comúnmente en todo programa en la planeación del mismo, el diseño de estrategias adecuadas para alcanzar los fines, los objetivos que deben ser claros y precisos, las metas por alcanzar y visualizar las acciones a emprender.
- Presupuestar por anticipado el programa para poner en prácticas las estrategias.
- Programación detallada a fin de conocer los pormenores sobre infraestructura necesaria, aspectos tecnológicos, recursos humanos y fijar con antelación el tiempo de ejecución de los programas.
- Ejecución, o sea la traducción de los programas en acciones y así, determinar las instituciones, servicios y personajes que deben realizarlos.
- Evaluación como línea constante de medición de las estrategias y los programas, con el fin de conocer su grado de eficacia.
- Reprogramación en la medida que sea necesaria, con el fin de implantar los elementos necesarios y mejorar el proceso permanente de gestión.

En muchos países se ha emprendido ya un proceso general de descentralización general de la administración, que es preciso aplicar también al proceso de gestión. Normalmente, las políticas básicas y los programas y estrategias prioritarios se deciden en el centro, aunque lo ideal sería que en todos los casos se consulte previamente con la periferia.

De igual modo, dentro del capítulo de desconcentración se deben considerar, la cobertura geográfica de la población por lo menos en todos los elementos esenciales de la atención primaria de salud y el correspondiente sistema de envío de enfermos y la asignación preferente de recursos de salud a los grupos de población más desatendidos.

No menos importante será desarrollar los medios logísticos indispensables para asegurar los suministros, el apoyo y la supervisión indispensables. Igualmente al establecer las estrategias, formular los programas y al estructurar la forma de ejecutarlos puede ser útil el examinar las tecnologías actuales para cada uno de los programas prioritarios, identificar las que sean apropiadas, y determinar y fomentar el tipo de investigaciones necesarias para establecer otras tecnologías posibles.

La preparación del presupuesto del programa, consistirá en garantizar la disponibilidad de los fondos necesarios para alcanzar los objetivos fijados. Sin este proceso, los planes se reducen a meros sueños sobre el papel. Preparar el presupuesto equivale a convertir las decisiones programáticas en decisiones presupuestarias y en este sentido, ocurre con frecuencia que en las partidas del presupuesto no se reflejan los programas y los grupos de población a los que van dirigidos, sino que se formulan en términos de objetivos de gastos, tales como los sueldos del personal. Punto menos que importante es la introducción de detalles específicos del programa en el presupuesto, pues esto requiere de la aplicación de un análisis de costos con el fin de efectuar estimaciones razonables de las necesidades financieras, de escalonar esas necesidades por fases y de expresarlas en partidas de presupuesto específicas para los objetivos fijados.

En la programación detallada es preciso poner el máximo empeño en organizarla debidamente. Ante todo, debe decidirse en quienes se delegan la responsabilidad y la autoridad para la programación. También es necesario determinar, sobre la base de criterios previamente convenidos, el tamaño y los tipos de las comunidades que han de recibir atención primaria a la salud, así como su agrupación para los fines de apoyo

y envío de enfermos. En este punto debe prestarse atención a la cobertura de la población y a la accesibilidad a la asistencia. La programación detallada obliga a tener cuidado con el personal de salud; con las instalaciones y su construcción; con el equipo y su conservación; con los suministros y los medios logísticos necesarios para asegurar su disponibilidad en el momento oportuno, y con la comunicación y los transportes.

Deberán determinarse el tipo y la cantidad de suministros necesarios y el lugar donde debe disponerse de ellos, y habrá que tomar decisiones sobre su adquisición y planear un sistema logístico para distribuirlos en el momento y el lugar oportunos.

Habrá que especificar las relaciones que existen entre todos los aspectos del programa mencionados y establecer un calendario de acción pormenorizado.

Al mismo tiempo, los responsables del sistema de salud en la zona geográfica respectiva, deben definir o precisar acordes con las políticas de la institución, las relaciones entre los programas de atención primaria y el escalón inmediato superior del sistema de salud, por ejemplo, el Centro de Salud o el Hospital de Distrito. Deberán decidir cuál es la mejor manera de integrar los programas en el sistema general de salud de la zona.

En consonancia con lo mencionado, debe tenerse cuidado de no rebasar la capacidad nacional para dotar de personal a los equipos de salud o a las unidades médicas de cualquier tamaño, ya que la inversión de capital se hace una sola vez, pero los sueldos de personal y los gastos de conservación, suministros y medicamentos se repiten todos los años y con frecuencia, por no decir siempre aumentan con la inflación. Por lo demás, hay que formar personal y prepararlo con tiempo suficiente para que las nuevas unidades puedan empezar a funcionar en cuanto estén terminadas.

Finalmente, las deficiencias en los procesos de compra y suministro no sólo limitan la eficacia del programa, sino que pueden además influir negativamente en las futuras asignaciones presupuestarias.

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

- Primary Health Care and Health Strategies in American Social Security 1986. International Labour Office.
- Estrategias de Enseñanza. *Aprendizaje en la Atención Primaria a la Salud*. Inés Durana y Colaboradores, Organización Panamericana de la Salud. 1982, Publicación Científica No.433.
- Atención Primaria en la Seguridad Social en México. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México con el apoyo financiero de la OIT. 1987.

servicios médicos auxiliares indispensables para un buen diagnóstico y tratamiento. La unidad mínima de atención debe tener, por lo menos, los servicios de un médico y una enfermera obstétrica, y contar con el personal administrativo y auxiliar indispensable y con instalaciones de laboratorio y rayos x, a fin de prestar los servicios de salud elementales.

Por otra parte, dadas las precarias condiciones económicas generalizadas en el mundo y en lo particular las de nuestros países, hacen que el o los programas que se diseñen, tengan por fuerza el considerar en forma prioritaria los costos que puedan originar, en virtud de lo cual, lo deseable es utilizar al máximo la infraestructura que ya tienen las instituciones.

Dentro de los esquemas de desconcentración existen ciertas bases comunes como son las siguientes:

- La formulación de políticas nacionales de salud, acordes con las necesidades económicas, políticas y sociales de cada país.
- La substantividad de programas generales radicarán como acontece comúnmente en todo programa en la planeación del mismo, el diseño de estrategias adecuadas para alcanzar los fines, los objetivos que deben ser claros y precisos, las metas por alcanzar y visualizar las acciones a emprender.
- Presupuestar por anticipado el programa para poner en prácticas las estrategias.
- Programación detallada a fin de conocer los pormenores sobre infraestructura necesaria, aspectos tecnológicos, recursos humanos y fijar con antelación el tiempo de ejecución de los programas.
- Ejecución, o sea la traducción de los programas en acciones y así, determinar las instituciones, servicios y personajes que deben realizarlos.
- Evaluación como línea constante de medición de las estrategias y los programas, con el fin de conocer su grado de eficacia.
- Reprogramación en la medida que sea necesaria, con el fin de implantar los elementos necesarios y mejorar el proceso permanente de gestión.

En muchos países se ha emprendido ya un proceso general de descentralización general de la administración, que es preciso aplicar también al proceso de gestión. Normalmente, las políticas básicas y los programas y estrategias prioritarios se deciden en el centro, aunque lo ideal sería que en todos los casos se consulte previamente con la periferia.

De igual modo, dentro del capítulo de desconcentración se deben considerar, la cobertura geográfica de la población por lo menos en todos los elementos esenciales de la atención primaria de salud y el correspondiente sistema de envío de enfermos y la asignación preferente de recursos de salud a los grupos de población más desatendidos.

No menos importante será desarrollar los medios logísticos indispensables para asegurar los suministros, el apoyo y la supervisión indispensables. Igualmente al establecer las estrategias, formular los programas y al estructurar la forma de ejecutarlos puede ser útil el examinar las tecnologías actuales para cada uno de los programas prioritarios, identificar las que sean apropiadas, y determinar y fomentar el tipo de investigaciones necesarias para establecer otras tecnologías posibles.

La preparación del presupuesto del programa, consistirá en garantizar la disponibilidad de los fondos necesarios para alcanzar los objetivos fijados. Sin este proceso, los planes se reducen a meros sueños sobre el papel. Preparar el presupuesto equivale a convertir las decisiones programáticas en decisiones presupuestarias y en este sentido, ocurre con frecuencia que en las partidas del presupuesto no se reflejan los programas y los grupos de población a los que van dirigidos, sino que se formulan en términos de objetivos de gastos, tales como los sueldos del personal. Punto menos que importante es la introducción de detalles específicos del programa en el presupuesto, pues esto requiere de la aplicación de un análisis de costos con el fin de efectuar estimaciones razonables de las necesidades financieras, de escalonar esas necesidades por fases y de expresarlas en partidas de presupuesto específicas para los objetivos fijados.

En la programación detallada es preciso poner el máximo empeño en organizarla debidamente. Ante todo, debe decidirse en quienes se delegan la responsabilidad y la autoridad para la programación. También es necesario determinar, sobre la base de criterios previamente convenidos, el tamaño y los tipos de las comunidades que han de recibir atención primaria a la salud, así como su agrupación para los fines de apoyo

y envío de enfermos. En este punto debe prestarse atención a la cobertura de la población y a la accesibilidad a la asistencia. La programación detallada obliga a tener cuidado con el personal de salud; con las instalaciones y su construcción; con el equipo y su conservación; con los suministros y los medios logísticos necesarios para asegurar su disponibilidad en el momento oportuno, y con la comunicación y los transportes.

Deberán determinarse el tipo y la cantidad de suministros necesarios y el lugar donde debe disponerse de ellos, y habrá que tomar decisiones sobre su adquisición y planear un sistema logístico para distribuirlos en el momento y el lugar oportunos.

Habrá que especificar las relaciones que existen entre todos los aspectos del programa mencionados y establecer un calendario de acción pormenorizado.

Al mismo tiempo, los responsables del sistema de salud en la zona geográfica respectiva, deben definir o precisar acuerdos con las políticas de la institución, las relaciones entre los programas de atención primaria y el escalón inmediato superior del sistema de salud, por ejemplo, el Centro de Salud o el Hospital de Distrito. Deberán decidir cuál es la mejor manera de integrar los programas en el sistema general de salud de la zona.

En consonancia con lo mencionado, debe tenerse cuidado de no rebasar la capacidad nacional para dotar de personal a los equipos de salud o a las unidades médicas de cualquier tamaño, ya que la inversión de capital se hace una sola vez, pero los sueldos de personal y los gastos de conservación, suministros y medicamentos se repiten todos los años y con frecuencia, por no decir siempre aumentan con la inflación. Por lo demás, hay que formar personal y prepararlo con tiempo suficiente para que las nuevas unidades puedan empezar a funcionar en cuanto estén terminadas.

Finalmente, las deficiencias en los procesos de compra y suministro no sólo limitan la eficacia del programa, sino que pueden además influir negativamente en las futuras asignaciones presupuestarias.



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

- Primary Health Care and Health Strategies in American Social Security 1986. International Labour Office.
- Estrategias de Enseñanza. *Aprendizaje en la Atención Primaria a la Salud*. Inés Durana y Colaboradores, Organización Panamericana de la Salud. 1982, Publicación Científica No.433.
- Atención Primaria en la Seguridad Social en México. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México con el apoyo financiero de la OIT. 1987.

La Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), por indicaciones de su Presidente, licenciado Genaro Borrego Estrada, se ha propuesto llevar a cabo un importante programa editorial para cumplir de mejor manera con sus finalidades fundamentales consistentes en recopilar y difundir los avances de la seguridad social.

La Conferencia concentra sus esfuerzos en la publicación de documentos cuyo propósito es lograr una seguridad social eficiente, ante las necesidades sociales, y procurar que su contenido sea de interés general y comprenda una extensa variedad de temas. Su programa editorial responde, por lo tanto, a las demandas constantes de las instituciones de seguridad social del continente, para contar con un mayor número de publicaciones en las que quede constancia y testimonio de los diferentes trabajos que realizan, y a la generación de documentos útiles a las instituciones por parte de los órganos de la CISS, las Subregiones y del Sistema de información de la Seguridad Social Americana. Se publican dos colecciones: monografías de seguridad social de los países representados en las CISS y libros especializados en temas de seguridad social. Queda a las instituciones el compromiso de acentuar su periodicidad mensual, su Revista Seguridad Social, bimestral, y el Atlas de la Seguridad Social Americana, dan respuesta a las mismas demandas institucionales.

La presente publicación forma parte de este programa integral de difusión editorial, que realiza la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.