

File Copy
Pan American Sanitary Bureau
Library

INDEXED

**DISCUSIONES TECNICAS
XVII Conferencia Sanitaria Panamericana**

Washington, D.C.
30 de septiembre-1 de octubre de 1966

COORDINACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

1967

**Discusiones Técnicas
XVII Conferencia Sanitaria Panamericana**

**Washington, D.C.
30 de septiembre-1 de octubre de 1966**

INDEXED

COORDINACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

Medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud



Publicación Científica No. 154

Octubre de 1967

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.**

Los documentos que aparecen en esta publicación se reimprimen del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LXII, No. 1, enero de 1967.

CONTENIDO

INFORME FINAL DE LAS DISCUSIONES TÉCNICAS _____	1
DOCUMENTOS DE TRABAJO	
Coordinación entre los servicios de atención médica de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social—Dr. Alfredo Leonardo Bravo y Dr. A. Peter Ruderman _____	7
Coordinación entre la salud pública y la seguridad social—Dr. Pedro Daniel Martínez _____	31
La coordinación de los servicios desde el punto de vista del seguro social—Dr. Arturo Vasi Páez _____	36
Planificación coordinada de los servicios de salud—Dr. Alberto E. Calvo _____	40

Nota editorial

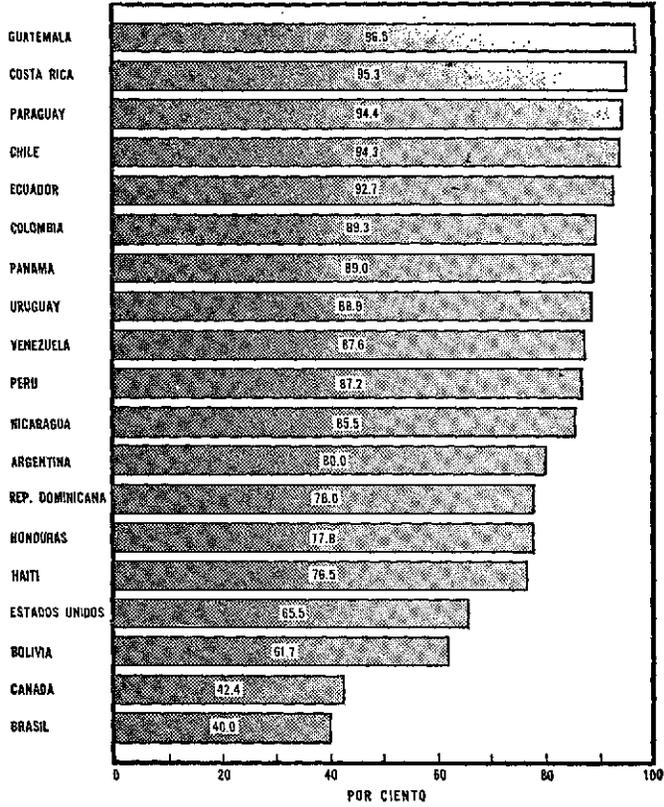
En esta publicación aparecen el Informe Final y los documentos de trabajo de las Discusiones Técnicas celebradas durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, en Washington, D.C., los días 30 de septiembre y 1 de octubre de 1966, y que versaron sobre el tema "Medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud".

Estos documentos constituyen una revisión del problema de la coordinación de los servicios médicos que ha venido preocupando en forma tan intensa a la mayoría de los Gobiernos de las Américas.

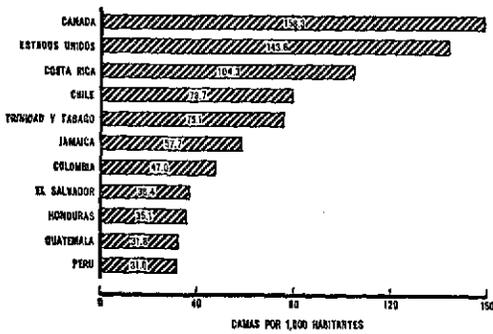
El Informe Final de las Discusiones Técnicas, al sintetizar las conclusiones a que llegaron los participantes en las mismas, presenta una serie de recomendaciones prácticas que pueden servir de guía a los países en el proceso de coordinación de sus actividades médicas a fin de obtener una mejor utilización de los recursos para satisfacer la demanda de servicios.

Con el fin de tener un cuadro realista de la situación actual, la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con la Organización de los Estados Americanos, realizó una encuesta en 10 países del Hemisferio. Los informes detallados de la encuesta sirvieron de base para las Discusiones Técnicas y se darán a conocer, en su totalidad, en una publicación de la OPS que constituirá un suplemento a la presente obra.

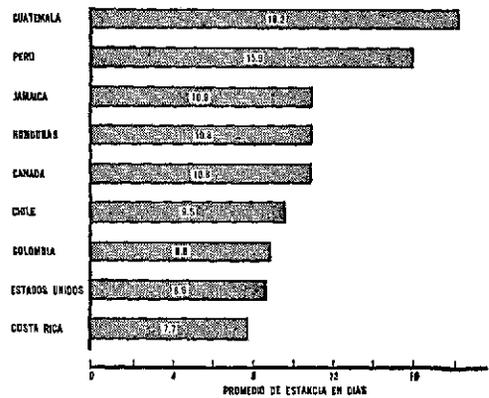
SERVICIOS HOSPITALARIOS EN LAS AMÉRICAS



Porcentaje de camas en hospitales del gobierno, por países, 1964



Egresos de hospitales generales por 1,000 habitantes en once países, 1964



Promedio de estancia por paciente en hospitales generales de nueve países, 1964

INFORME FINAL

Las Discusiones Técnicas celebradas durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana tuvieron lugar durante los días 30 de septiembre y 1 de octubre de 1966 en Washington, D.C., y versaron sobre el tema "Medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud".

Los participantes en las Discusiones Técnicas fueron 73, entre los cuales se incluyeron 17 miembros de instituciones de seguridad social y seis representantes de los siguientes organismos internacionales: Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Confederación Médica Panamericana, Federación Internacional de Hospitales, Organización de los Estados Americanos, Organización Internacional del Trabajo y Sociedad Internacional de Criminología. La Organización de los Estados Americanos colaboró ampliamente en la organización de los debates.

El Dr. Antonio Ordóñez Plaja, Ministro de Salud Pública de Colombia y Presidente de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, inauguró las Discusiones Técnicas. Seguidamente el Dr. Alberto F. Mondet, Asesor del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Argentina, fue elegido Director de Debates y el Dr. Luis D. Alfaro, Director Médico de la Caja de Seguro Social de Panamá, fue elegido Relator General. El Dr. Alfredo Leonardo Bravo, de la Oficina Sanitaria Panamericana, actuó de Secretario Técnico.

En la reunión inaugural se presentaron los trabajos siguientes: 1) "Coordinación entre

los servicios de atención médica de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social", documento de trabajo presentado por el Dr. Alfredo Leonardo Bravo, Jefe del Departamento de Administración de Servicios Médicos de la Oficina Sanitaria Panamericana, y el Dr. A. Peter Ruderman, Asesor Económico de la OSP; 2) "Coordinación entre la salud pública y la seguridad social", por el Dr. Pedro Daniel Martínez, Subsecretario de Salubridad, Secretaría de Salubridad y Asistencia de México; 3) "La coordinación de los servicios desde el punto de vista del seguro social", por el Dr. Arturo Vasi Pácz, Director de Prestaciones de Salud del Seguro Social Obrero del Perú, y 4) "Planificación coordinada de los servicios de salud", por el Dr. Alberto E. Calvo, Director General de Salud Pública de Panamá.

Se continuó con una discusión de mesa redonda, en la cual un panel constituido por los siguientes miembros, dio respuesta a numerosas preguntas sometidas por los participantes: Dr. Roberto Acosta-Borrero (Colombia); Dres. Luis D. Alfaro y Alberto E. Calvo (Panamá); Dr. Fernando Escalante Pradilla (Costa Rica); Dr. Pedro Daniel Martínez (México); Dr. Arturo Vasi Pácz (Perú), y el Director de Debates, Dr. Alberto F. Mondet (Argentina).

Luego los participantes se distribuyeron en cuatro Grupos de Trabajo presididos de la siguiente manera:

Grupo A: *Presidente*, Dr. John W. Cashman, Jefe, División de Administración de Atención Médica, Departamento de Salud, Educación y Bienestar, E.U.A.

Relator, Dr. Miguel Millán Estaba, Comisionado Especial Médico de la Dirección General del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

Grupo B: *Presidente*, Dr. Gastón Novelo, Jefe del Departamento de Asuntos Internacionales, Instituto Mexicano del Seguro Social

Relator, Dr. Jaime Sznajder, Médico del Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Grupo C: *Presidente*, Dr. Daniel Orellana, Jefe de la Oficina de Salud Pública Internacional, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela

Relator, Dr. Victorio V. Olguín, Director de Relaciones Internacionales Sanitarias y Sociales, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Argentina

Grupo D: *Presidente*, Dr. Roberto Acosta-Borrero, Director del Ministerio de Salud Pública de Colombia

Relator, Dr. Rafael Alvarado Sarría, Director de Asistencia Médica, Instituto Nacional de Seguridad Social de Nicaragua.

Cada uno de los Grupos discutió en su totalidad el tema de la convocatoria. Sus opiniones y recomendaciones se resumen a continuación:

I. Concepto de coordinación

Se destacó que la coordinación de los esfuerzos para la organización y administración de los servicios de atención médica es una necesidad imperiosa e impostergradable. Todos los Grupos coincidieron en que la coordinación de actividades no puede significar la absorción de una institución por otra y que se debe, por el contrario, respetar la autonomía jurídica, financiera y adminis-

trativa de cada una de las instituciones participantes y permitir que ellas cumplan con sus obligaciones legales y con sus objetivos sociales. A este respecto, se mencionaron las opiniones de los relatores oficiales del tema, quienes en sus respectivos informes dijeron lo siguiente:

El Dr. Pedro Daniel Martínez expresó: "Nunca será criticable el repetir, una y otra vez, que coordinarse no significa someterse; coordinarse quiere decir liberarse de la improvisación y protegerse del aislamiento. Coordinar no es regimenterar ni imitar, sino que es, por el contrario, asegurar la propia originalidad, es enriquecerse con las realizaciones de los demás y es, finalmente, entregarse totalmente en resuelta manifestación de confianza a la misión común".

El Dr. Arturo Vasi Páez dejó establecido en su discurso lo siguiente: "No significando la coordinación la desaparición de ninguno de los sistemas, ni significando aumentar, en un anhelo injustificado de fusión, los problemas de las instituciones, sólo representa la utilización en común de lo existente y el aprovechamiento de los recursos, no duplicados, gracias a la coordinación en otros lugares donde sean más necesarios".

El Dr. Alberto E. Calvo, por su parte, dijo: "El establecimiento de una sola política de salud para cada país, que conlleve de por sí la asignación o uso de recursos para cumplir con objetivos bien definidos hacia la solución de sus problemas de salud, no limita la libertad de acción de las partes concurrentes que por situación constitucional o legal tiene la responsabilidad conjunta de cumplir con la aplicación de dicha política. Sin embargo, para el cumplimiento balanceado de esta se requiere el establecimiento de un método económicamente razonable en el uso de los recursos disponibles o asignados. Este principio define precisamente el concepto de coordinación, motivo principal de estas Discusiones Técnicas. En el caso específico de recursos para servicios de salud, este método debe ser práctico, posible y com-

patible con los sistemas a los cuales estos recursos sirven”.

Los participantes acordaron que algunos de los medios para alcanzar la coordinación deseada pueden ser los siguientes:

1. Formación profesional del médico orientada en tal forma que le dé una actitud mental adecuada para comprender los problemas de la medicina preventiva y social, dentro de una perspectiva que permita su coordinación con los métodos de la medicina reparadora.

2. Formación en conjunto de personal de colaboración médica y especialmente de los especialistas en administración de servicios médicos y sociales.

3. Definición de términos y de conceptos, a fin de establecer un lenguaje común que permita una adecuada delimitación de responsabilidades.

4. Organización de sistemas de estadísticas que sean comunes a todas las instituciones participantes.

5. Establecimiento de buenos sistemas de comunicación y de intercambio de información para que los funcionarios a todos los niveles estén informados de las grandes líneas de la política nacional de salud y de seguridad social.

6. Establecimiento de una política nacional de salud para la planificación de los programas con participación amplia de todas las instituciones interesadas.

II. Demanda de servicios y recursos para satisfacerla

Se analizó la situación actual y se reconoció que existe una escasez de recursos para satisfacer la demanda de servicios y que con frecuencia existe duplicación de ellos. Por esta razón, los Grupos recomendaron que las instituciones que actualmente tienen la responsabilidad de la atención médica adopten los mecanismos administrativos adecuados para mejorar la organización y la administración de las instituciones, ya que este mejora-

miento, por sí solo, favorece la coordinación de las mismas. Deberían establecerse, además, los mecanismos adecuados para mantener la coordinación, cualesquiera sean las variaciones en la organización y en la administración de las instituciones. Se estimó, finalmente, que aun cuando la responsabilidad de la coordinación recae en todas las instituciones que realizan actividades en relación con la salud, los Ministerios de Salud Pública, por su carácter gubernamental, están obligados a estimular el proceso de dicha coordinación.

III. Autoridad coordinadora

Todos los Grupos destacaron la importancia de promover la coordinación a nivel local, nacional e internacional y hubo consenso en que debe fomentarse la constitución de organismos de coordinación a todos los niveles, de las dependencias e instituciones que tienen a su cargo la gestión de la salud pública en el país. Estos organismos de coordinación deberían ajustarse a las circunstancias políticas, económicas y sociales nacionales y deberían propiciar la participación de todas las organizaciones interesadas, incluyendo las internacionales, como asimismo de los grupos técnicos correspondientes y los grupos docentes encargados de adiestrar el personal necesario.

Se reconoció la necesidad de crear estos organismos o comités de coordinación pero, al mismo tiempo, los participantes opinaron que dichos organismos pueden variar en su nivel y en su estructura en un margen muy amplio, según las características jurídicas y administrativas de los diferentes países e instituciones. Se insistió, sin embargo, en que la autoridad coordinadora que se establezca debe inspirar la suficiente confianza y respeto de todas las instituciones participantes.

IV. Adiestramiento de personal

En relación con la formación de personal, se reconoció que la participación conjunta

de la universidad con los Ministerios, las instituciones de seguridad social y otras que se ocupan de la salud, así como el uso en común de las instalaciones y áreas de práctica con fines asistenciales y docentes, es de importancia fundamental para el desarrollo de la actitud social necesaria en todos los profesionales de la salud. Esta orientación contribuye de manera importante a fortalecer el trabajo en equipo que es indispensable para la ejecución de las acciones de salud a nivel local.

El adiestramiento debe comenzar en las escuelas de medicina, de enfermería, de obstetricia, de servicio social, de dietistas, etc., de tal manera que estos profesionales, al iniciar su labor, lo hagan imbuidos del concepto de coordinación adquirido en la época de estudiantes en sus respectivas universidades.

En la educación de posgrado de los médicos en general, así como de los especialistas en salud pública, de los ingenieros sanitarios, de los administradores de hospitales, etc., debe también darse la importancia que corresponde a los conceptos de la coordinación. En efecto, de estos cursos de posgrado van a salir los altos funcionarios que dirigirán los servicios de salud y los servicios de atención médica a nivel nacional, intermedio y local, y por lo tanto serán personas clave para decidir la orientación de los programas de salud. Incluso, es de desear que la formación del administrador de servicios de salud se haga en conjunto con la formación del administrador de hospitales y el administrador de servicios medicosociales y de rehabilitación, ya que los principios administrativos son siempre los mismos y sólo varía su aplicación práctica a distintos programas.

Finalmente, las escuelas destinadas a la formación del personal auxiliar o de colaboración médica deberían también incorporar a sus programas de enseñanza principios elementales de coordinación a fin de que todos los miembros del equipo de salud cola-

boren en forma inteligente a la realización de los objetivos de los programas de salud.

En cuanto al personal actualmente en servicio, este debería, asimismo, ser adiestrado en estas disciplinas a través de cursos breves y de experiencias prácticas en el terreno que los orienten en los principios generales de la administración coordinada.

V. Definiciones y métodos estadísticos

El análisis de los resultados de la encuesta que se llevó a cabo en 10 países para recoger información que sirviera de base a las presentes Discusiones Técnicas demostró que este tipo de estudio es, hoy en día, extraordinariamente difícil debido a la enorme variabilidad que existe en las definiciones de términos entre distintos países e instituciones y a la insuficiencia de los sistemas estadísticos disponibles en la actualidad. Los participantes consideraron que una base indispensable para promover coordinación es el perfeccionamiento de los métodos estadísticos mediante el uso de los medios más modernos asequibles y sobre todo, mediante un acuerdo de carácter nacional entre las instituciones, e internacional entre los países, a fin de ajustarse a definiciones de términos que sean de uso común y que tengan el mismo significado en todas partes.

Hubo consenso en dejar establecido que el levantamiento de un inventario total de recursos y el establecimiento de sistemas permanentes de comunicación son condiciones esenciales para que la coordinación se pueda establecer sobre bases sólidas; y para que estas condiciones se puedan cumplir, es indispensable el perfeccionamiento de los sistemas estadísticos en la forma ya mencionada.

VI. Planificación nacional de la salud

Los participantes aceptaron que la planificación nacional de la salud es un medio adecuado para promover la coordinación. Una de las condiciones fundamentales del proceso de planificación es, en efecto, que a

ella se incorporen todos los elementos del sector en estudio.

El sector salud comprende programas enfocados hacia la protección, el fomento y la recuperación de la salud y para ello es necesario organizar y desarrollar los recursos a fin de prestar servicios de higiene ambiental, de medicina preventiva y curativa y de rehabilitación. Estos servicios son prestados por organismos locales de salud que deben tener una estructura regionalizada y sectorizada a fin de concentrar los instrumentos de alta especialización y descentralizar los servicios básicos a través de infraestructuras que los hagan accesibles a la totalidad de la población.

Lo anterior implica planificar la utilización máxima de los recursos disponibles, organizar las acciones de salud evitando duplicaciones y medir la demanda actual y futura de servicios, desarrollando, progresivamente, la capacidad para satisfacer esa demanda.

En este complejo proceso de planificación es indispensable que participen todos los organismos e instituciones que mantienen servicios de salud y que hacen inversiones destinadas a desarrollar los recursos de salud. Las actividades de higiene y medicina preventiva son habitual y tradicionalmente la responsabilidad de los Ministerios de Salud. A medida que progresan los sistemas de seguridad social conviene que se establezca una coordinación con estas actividades de salud. En las acciones de medicina curativa y de rehabilitación, en cambio, además de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social, participan otros organismos públicos y privados. En un plan de salud es indispensable que los recursos humanos, materiales y financieros de todos estos organismos e instituciones interesados en la salud se coordinen en su acción para obtener la máxima utilización de ellos, y que obedezcan a un plan técnico dirigido, a fin de alcanzar el grado más alto posible de salud para todos los miembros de la colectividad.

En forma práctica, lo que se necesitaría sería que representantes autorizados de todos estos organismos que mantienen servicios de salud formen parte de las comisiones de planificación, y que la totalidad de sus recursos médicos se coordinen con los planes nacionales de salud.

VII. Las instituciones de seguridad social

La coordinación sería mucho más simple si se obtuviera la uniformidad de los regímenes de seguridad social en los aspectos de cobro de cotizaciones y de prestaciones médicas y sociales.

La tendencia a la uniformidad y extensión de los regímenes de seguridad social, incorporando nuevos grupos a las prestaciones médicas y sociales, significa un factor importante para facilitar la coordinación. En efecto, existe marcada orientación a incorporar nuevos grupos de la comunidad a los beneficios de la seguridad social estableciendo el nivel adecuado de prestaciones que deberían estar disponibles para toda la población.

En el fondo este es un problema de carácter económico-financiero cuya aplicación dependerá, en primer lugar, de la capacidad del producto nacional para absorber el financiamiento de las prestaciones de la seguridad social, y en segundo término, de la capacidad de los individuos componentes de la comunidad para pagar las cotizaciones de la seguridad social. Mientras ni uno ni otros estén en condiciones de financiar una cobertura universal, que sería lo ideal, la seguridad social podría extender progresivamente su cobertura a nuevos grupos aún no cubiertos, como lo están haciendo muchos países. Con ello se ampliaría el campo de acción de las instituciones de seguridad social y se llevarían servicios médicos y sociales a mayores grupos de población. Así se contribuiría a la coordinación y al mejoramiento de los planes nacionales de salud.

VIII. Coordinación a nivel local

La sistematización de las acciones locales es la forma más simple de promover la coordinación, creando en las infraestructuras el ambiente adecuado para que se desarrolle progresivamente la coordinación de las acciones de protección, fomento y recuperación de la salud a nivel local.

Es necesario tener presente, sin embargo, que esta coordinación de las acciones locales sólo puede tener éxito si tiene el respaldo, la comprensión y el estímulo de las autoridades centrales de los servicios correspondientes. No se puede esperar que los funcionarios de un pequeño poblado rural coordinen su trabajo si a nivel central las autoridades superiores se ignoran, y con ello estimulan la falta de coordinación en todos los niveles.

Tal vez el campo más fructífero de coordinación de las acciones técnicas de salud es en el terreno. Si a través del proceso de la planificación a nivel local se llega a establecer cuáles son las necesidades de salud y la demanda de atención de una comunidad, es posible que las autoridades locales, tanto de los servicios del Ministerio de Salud como de las instituciones de seguridad social y de otros organismos interesados, se coordinen para llevar a cabo un programa de protección, fomento y recuperación de la salud a nivel local, utilizando todos los recursos disponibles en la forma más racional posible y procurando satisfacer la demanda de servicios hasta el límite máximo que esos recursos permiten. Un programa de esta naturaleza requiere que se designe una comisión

de coordinación por acuerdo de las partes, la cual disponga de autoridad suficiente para organizar los recursos teniendo como única meta la satisfacción de las necesidades de salud.

IX. Política de personal

En esta coordinación a nivel local por lo general existe el grave obstáculo de la diferencia en la organización administrativa, en los salarios y en los beneficios sociales del personal de las diversas instituciones. Cuando hay un grupo bien pagado, con estabilidad funcionaria, con buenos beneficios sociales, trabajando al lado de otro que devenga salarios insuficientes, sin protección social y sujeto a las alternativas de los cambios políticos, inevitablemente se produce el resentimiento del grupo menos beneficiado.

El establecimiento de una escala única de sueldos y salarios, escalafones, reclutamiento, condiciones de trabajo y de beneficios sociales para todos los empleados sin distinciones por sistemas es, en consecuencia, muy necesaria.

X. Coordinación a nivel internacional

Finalmente, se consideró de mucha importancia que la Oficina Sanitaria Panamericana preste su cooperación permanente en el mantenimiento y fortalecimiento de la coordinación en todos los países; asimismo se estimó conveniente la colaboración de otros organismos internacionales, especialmente los de seguridad social y los gremiales médicos con idénticos fines.

COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD Y DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Alfredo Leonardo Bravo¹
Dr. A. Peter Ruderman²

I. COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS DE LOS MINISTERIOS DE SALUD Y DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

En la preparación de las Discusiones Técnicas sobre el tema del rubro se han tenido presente dos resoluciones adoptadas por el Consejo Directivo en su XVI Reunión. En la Resolución XIX,² el Consejo recomendó a los Gobiernos la aplicación progresiva de medidas tendientes a obtener mecanismos de coordinación entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social "poniendo énfasis en la necesidad de practicar una encuesta para medir la verdadera magnitud y características del problema". Por la Resolución XXIX³ resolvió seleccionar el tema "Medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud" para las Discusiones Técnicas de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana decidió que la mejor manera de poner en práctica ambas resoluciones era por medio de una encuesta preliminar que

permitiera recoger datos básicos y ofrecer sus resultados a los participantes de las Discusiones Técnicas a fin de ilustrar sus debates con información realista sobre la situación actual.

Continuando su política de colaboración con otros organismos del Sistema Interamericano, la Organización Panamericana de la Salud recabó la cooperación de la Organización de los Estados Americanos para llevar a cabo la encuesta recomendada por el Consejo Directivo. Es grato dejar constancia de que la OEA respondió en forma muy efectiva a este requerimiento y aceptó patrocinar en conjunto con la OPS la referida encuesta en aquellos países que voluntariamente decidieran participar en ella. Se dejó muy en claro desde el comienzo que esta era una encuesta nacional con la participación de organismos internacionales y en la cual sólo se pretendía hacer un análisis objetivo y preliminar de la situación actual. De ahí se obtendría la información básica para practicar más tarde un estudio a fondo de carácter económico, demográfico y sociológico, cuyos resultados permitan a cada país evaluar su propio problema y adoptar sus propias soluciones de acuerdo con su tradición histórica, su sistema jurídico y su capacidad financiera para prestar servicios médicos.

¹ *Jeje del Departamento de Administración de Servicios Médicos, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., E.U.A.*

² *Asesor Económico de la OSP.*

³ *Documento Oficial de la OPS 66, 24-26.*

⁴ *Ibid, pág. 35.*

Diez países respondieron al llamado de la OPS y de la OEA, a saber: Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Honduras, Panamá, Perú, México y Venezuela. A cada país se le solicitó la designación de un encuestador por parte del Ministerio de Salud Pública y otro por parte de las instituciones de la seguridad social. Estas personas recibieron indicaciones detalladas de parte de funcionarios de la OPS y de la OEA y fueron asesoradas durante el tiempo que duró la recolección de datos.

El presente estudio está orientado primordialmente a la medición de la "cantidad" de servicios que se prestan en la actualidad y no a su "calidad". Este hecho se debe tener muy en cuenta al hacer el análisis de costos, por cuanto es indiscutible que el mayor costo de algunos servicios depende con frecuencia de su más alta calidad. Además, se ha tratado de investigar la forma en que estos servicios son utilizados, su accesibilidad a los usuarios, la población cubierta por los sistemas de seguridad social y el costo de los servicios según la institución que los administra. También se procuró analizar los recursos humanos y materiales disponibles para el funcionamiento de los servicios de atención médica.

El enfoque general que se ha dado al estudio corresponde a los principios sustentados por la OPS y que han sido ratificados en numerosas reuniones de sus Cuerpos Directivos y de sus grupos de expertos. Sucintamente, estos principios establecen que las funciones preventiva, curativa y rehabilitadora de la medicina constituyen una unidad integral, siendo la atención médica uno de los servicios básicos de salud que deben ser prestados a la comunidad.

Desde el punto de vista administrativo, el concepto que ha prevalecido en el análisis de este problema es que los servicios de salud deben tener una estructura regionalizada, y dentro de cada región debe existir una red o sistema de establecimientos destinados a

prestar servicios, la suma de los cuales debe ser autosuficiente para asegurar un cuidado integral de la salud, evitando las duplicaciones entre servicios afines.

Al analizar el problema en esta forma es posible llegar a establecer principios generales de orden técnico, de los cuales se derivan medidas que pueden ser aplicadas a cualquier servicio de salud. Se evitan así las discriminaciones o las comparaciones que pudieran conducir a una mayor falta de coordinación y se establecen las bases para que, a través de investigaciones operativas de carácter local, se alcance la uniformidad de las acciones de salud. De esta forma se facilitaría su coordinación progresiva.

Los comentarios que siguen tratan de poner de relieve las características más destacadas del problema.

1. Disponibilidad de camas hospitalarias

Es extraordinariamente difícil encontrar índices o tasas satisfactorias que permitan medir el número ideal de camas en función de la población. Hay numerosas variables que modifican las necesidades de camas y muchas de estas variables desgraciadamente no se pueden medir con facilidad. Otro elemento que complica el cálculo es que rara vez en la organización de servicios médicos se trabaja con un universo conocido. En efecto, la población servida por las camas de un hospital determinado puede variar dentro de límites bastante amplios según la extensión de la cobertura de la seguridad social, según los medios de comunicación y según la existencia de una red de servicios periféricos que descongestionen la demanda de servicios en el hospital regional.

Los Ministerios de Salud, al responder a la encuesta, han tenido la tendencia a declarar como población servida por un hospital la población total de la ciudad o región donde está ubicado el hospital, sin hacer las correcciones necesarias, derivadas de la exis-

tencia de otros hospitales (maternidades, pediatría, privados) que sirven a distintos segmentos de la misma población. Esto actúa en contra de los hospitales de los Ministerios, pues al usar un denominador de población muy abultado, exhiben tasas por 1,000 habitantes inferiores a las reales y mucho menores que las de los hospitales de las instituciones de seguridad social.

Una manera más acuciosa y al mismo tiempo más compleja de medir las necesidades de camas de una población es hacer estudios de la demanda de atención. En su forma más simple se puede medir la demanda por el porcentaje de población que solicita ser admitida a los servicios hospitalarios y por el porcentaje de esa misma población que concurre a solicitar atención en los consultorios externos. Sin embargo, esto no representa sino la parte conocida bajo el nombre de demanda efectiva, pero a ella hay que agregar la demanda potencial derivada de aquella parte de la población que, aun cuando necesita atención médica, no la solicita, porque no tiene acceso a los servicios, o porque no está cubierta por el régimen previsional.

Fuera de esta demanda potencial, que podríamos llamar de origen social, está la demanda potencial que es derivada de las acciones dirigidas de la salud pública. En efecto, un programa de prevención dirigido al control y a la erradicación de enfermedades transmisibles, si bien puede aumentar la demanda durante su período inicial, tiende, a la larga, a reducir esa demanda por la disminución o eventual desaparición de cierto grupo de enfermedades. Por otra parte, la búsqueda de enfermedades crónicas, especialmente cardiovasculares o tumores, revela una serie de casos hasta entonces desconocidos y que, generalmente, requieren hospitalización por un período más o menos largo, pero que, en todo caso, provocan un aumento de la demanda de servicios.

Al aplicar procedimientos modernos de

investigación de mercado es posible medir la demanda total de atención médica haciendo todas las correcciones necesarias para sumar a la demanda efectiva, la demanda potencial determinada por los factores ya enunciados y para restar la demanda agregada o innecesaria provocada por la persistencia de enfermedades que son reducibles o erradicables.

Una vez conocida la demanda total es todavía necesario someter la cifra obtenida a las correcciones derivadas de las necesidades reales y de las aspiraciones de la comunidad. Hay una serie de factores tales como la elevación del nivel de cultura sanitaria de la población, su crecimiento vegetativo o las migraciones internas y, finalmente, el avance de las ciencias médicas que determinan un crecimiento constante del requerimiento de servicios. Desgraciadamente, con frecuencia los recursos necesarios para prestar estos servicios no crecen con igual rapidez y de ello se deriva otro factor que al planear servicios de salud debe ser tomado en cuenta, por cuanto esta deficiencia de los recursos para satisfacer la demanda es con frecuencia motivo de situaciones de conflicto con el personal profesional encargado de prestar los servicios como asimismo con los usuarios del servicio. Estos conflictos gremiales o sociales pueden llegar a provocar tensiones que llevan al desprestigio de los servicios médicos, lo que es conveniente evitar desde todo punto de vista.

Cuando la disponibilidad de camas no es uniforme para los distintos grupos sociales, se produce, igualmente, una discriminación que repercute sobre la salud pública por cuanto los grupos menos favorecidos, que están habitualmente más expuestos a los riesgos de enfermar y morir, no tendrán acceso a los servicios médicos mínimos. Esto es lo que ocurre con frecuencia en los países estudiados en esta encuesta que tienen un número de camas más o menos satisfactorio para una minoría que es la población asegu-

rada, y presentan tasas por debajo del mínimo aceptable para la mayoría constituida por los grupos económicamente débiles pero que aún no han alcanzado la protección de la seguridad social (cuadro 1).

En la encuesta se analizaron los datos referentes a egresos o altas por 1,000 habitantes. Estas cifras varían mucho y no indican ninguna tendencia definida, pero en general son muy bajas. Esto parecería indicar que sólo una minoría de la población supestamente cubierta está recibiendo servicios. Sólo los hospitales de las instituciones de seguridad social de El Salvador, Costa Rica, Honduras, Panamá y Perú presentan promedios de más de 100 egresos por 1,000 habitantes, que se podrían considerar como una cifra adecuada. En las tasas de los hospitales pertenecientes a los Ministerios hay que considerar el factor de error ya indicado que se deriva del cálculo hecho sobre la base de una población teórica abultada.

Si aceptáramos como adecuada la tasa de 100 egresos por 1,000 y teniendo presente que 10 días es un promedio de estada razonable, el resultado es que debería existir una tasa de alrededor de 1,000 días-paciente al año por 1,000 habitantes protegidos. En la encuesta, sólo la Caja Costarricense del Seguro Social y el Seguro Social Obrero del Perú sobrepasan esta cifra, y se acercan a ella los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica y de El Salvador y los del Seguro Social de El Salvador, de Panamá y del Empleado del Perú (cuadro 1).

2. Utilización de los recursos hospitalarios

La mala utilización de los recursos hospitalarios trae como consecuencia una escasez artificial de camas que podría ser fácilmente corregida por simples medidas administrativas dirigidas a perfeccionar el sistema de atención. Hay países que se quejan de la falta de camas, pero cuyas estadísticas de-

muestran que el promedio de estada de los enfermos en el hospital es de 25 o más días y que, por lo tanto, la rotación de una cama en el año no permite atender sino a 12 ó 14 enfermos. Una mejor utilización de esas camas que lleve el promedio de estada a no más de 15 días, que es una cifra aceptable sin ser exageradamente reducida, permitiría atender a 25 enfermos en el año en la misma cama. Sin embargo, no es fácil mejorar la utilización de la cama hospitalaria en una proporción tan importante como la indicada en el ejemplo anterior.

La utilización de las camas está afectada por:

- a) Las necesidades de hospitalización de la población frente al número de camas disponibles;
- b) La duplicación de servicios paralelos;
- c) La existencia del personal profesional suficiente para que haya un ritmo adecuado de rotación de las camas;
- d) La existencia de servicios de diagnóstico y tratamiento oportunos, y
- e) La necesidad de dar satisfacción máxima a la demanda de atención de la población.

Cuando la demanda de atención es muy intensa y se trata de aumentar el porcentaje de utilización más allá de lo que permiten los recursos humanos y materiales, este aumento se hace generalmente a expensas de la calidad de los servicios y del sacrificio del personal. Es necesario, además, saber que los hospitales pequeños tienen habitualmente una baja utilización y es por esto que, para países que disponen de escasos recursos, es más recomendable concentrar estos en grandes centros médicos donde se les pueda utilizar al máximo (cuadro 2).

Como en tantos otros aspectos de los fenómenos sociales, las tasas de utilización del servicio médico están determinadas por numerosas variables, algunas de las cuales son objetivas y mensurables, pero otras son de carácter subjetivo y dependen del estado

CUADRO 1—Utilización de hospitales en 10 países de la América Latina.

País e instituciones de servicio	Camas por 1,000 habitantes	Casos dados de alta por 1,000 habitantes	Permanencia media	Tasa de movimiento de pacientes	Índice de ocupación
BRASIL					
24 Hospitales del Ministerio (FSESF).....	0.6	22.2	6.8	34.8	64.3
11 Hospitales de los Institutos de la Seguridad Social....	0.6	5.7 ^a	12.7	25.8	89.5
COLOMBIA					
191 Hospitales del Ministerio de Salud Pública.....	—	—	11.2	18.6	56.8
13 Hospitales de la Seguridad Social.....	5.5	257.8	5.2	47.0	67.4
COSTA RICA					
Hospitales del Ministerio de Salubridad Pública					
San Juan de Dios.....	2.4	71.8	11.8	29.6	96.7
16 Hospitales generales.....	2.7	87.5	7.9	33.0	72.5
16 Centros rurales.....	0.9	19.7	3.1	23.1	21.2
Hospitales de la Seguridad Social					
1 Hospital central.....	3.3	103.4	10.3	31.0	87.1
3 Hospitales generales.....	1.6	57.8	8.7	35.2	83.4
CHILE					
164 Hospitales del Servicio Nacional de Salud (SNS).....	2.5	75.5	9.8	29.8	80.1
12 Servicios de salud "delegados".....	—	—	8.6	27.1	62.2
1 Hospital del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).....	0.1	4.3	7.6	39.1	81.5
EL SALVADOR					
Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social					
Hospital Rosales.....	0.9	14.7	25.1	15.5	106.8
10 Hospitales generales.....	3.1	87.2	10.3	29.1	82.3
2 Centros de salud.....	0.9	36.8	4.2	43.0	49.6
Hospitales de la Seguridad Social					
Hospital Rosales.....	3.0	87.0	11.2	29.4	90.5
6 Hospitales generales.....	3.0	152.4	6.3	50.4	86.8
HONDURAS					
Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social					
San Felipe.....	—	—	26.3	10.2	72.9
8 Hospitales generales.....	1.1	19.2	15.4	17.6	74.2
Hospital de la Seguridad Social.....	2.9	104.8	5.9	36.4	58.3
MEXICO					
8 Hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.....	0.6	11.1	18.0	19.3	93.0
6 Hospitales de la Seguridad Social.....	1.2	52.1	6.8	41.8	77.2
1 Hospital del ISSSTE.....	0.9	30.3	7.8	33.2	71.0
PANAMA					
Hospitales del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública					
13 Hospitales generales.....	1.4	69.2	6.3	49.8	85.6
6 Centros de salud.....	0.4	9.1	2.0	21.9	12.0
Santo Tomás.....	—	—	7.0	45.7	87.0
Hospital de la Seguridad Social.....	3.7	102.7	9.2	27.7	69.5
PERU					
Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social					
5 Hospitales generales.....	1.4	21.6	22.2	15.0	90.8
24 Hospitales—Centros de salud.....	1.4	17.3	13.3	12.4	45.4
16 Postas médicas con camas.....	0.4	3.3	4.7	7.6	9.6
6 Hospitales de beneficencia.....	0.9	28.7	12.5	33.8	115.7
14 Hospitales generales de la Caja Nacional de Seguro Social.....	6.2	116.1	14.9	18.6	75.9
2 Hospitales del Seguro Social del Empleado.....	3.0	75.1	12.2	25.4	84.6
VENEZUELA					
Hospitales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social					
4 Hospitales generales.....	2.5	67.4	10.9	27.2	84.0
4 Medicaturas rurales.....	0.5	16.2	3.3	32.6	28.8
15 Hospitales de la Seguridad Social.....	0.8	25.1	9.2 ^b	31.5	78.8

^a IAPC "Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes" (empleados de comercio) solamente.

^b Basado en el día del censo.

CUADRO 2—Relación entre el tamaño del hospital y el índice de ocupación en establecimientos del Ministerio de Salud, 1964.

COLOMBIA	
Hospitales generales.....	56.8%
Hospitales pequeños.....	32.4%
COSTA RICA	
Hospital San Juan de Dios.....	96.7%
16 Hospitales generales.....	72.5%
16 Centros rurales de salud con camas..	21.2%
EL SALVADOR	
Hospital Rosales (Sector Ministerio)...	106.8%
10 Hospitales.....	82.3%
2 Centros de salud con camas.....	49.6%
PANAMA	
13 Hospitales generales.....	85.6%
6 Centros de salud con camas.....	12.0%
PERU	
11 Hospitales generales.....	94.2%
29 Combinación de hospitales y centros de salud.....	47.1%
19 Postas médicas con camas.....	11.4%
VENEZUELA	
4 Hospitales generales.....	84.0%
4 Establecimientos médicos rurales....	28.8%

cultural y emocional de la población y no son susceptibles de medición ni de corrección fácil.

Entre los elementos objetivos que interfieren con una buena utilización está, por ejemplo, el bajo rendimiento de la hora médica de trabajo y la deficiente proporción de enfermeras por médico, de auxiliares por enfermera, y de personal administrativo frente al personal profesional, que pueden obligar a este último a invertir gran parte de su tiempo en labores que no son propiamente la atención de enfermos, con lo cual su rendimiento se ve seriamente disminuido. Otro factor que es necesario considerar es la insuficiencia de ciertas instalaciones físicas, como las de rayos X, de laboratorio o de electroterapia, que puede transformarse en una estrangulación que interrumpe la continuidad del proceso de diagnóstico y tratamiento, y repercute en una prolongación indebida de la hospitalización.

Se podría decir, en consecuencia, que para analizar la utilización de los recursos médi-

cos hay que conocer las causas que la regulan y evitar la caída en el razonamiento simplista de culpar a determinado grupo profesional, o a determinado sistema administrativo, o a la institución patrocinante, por defectos de la utilización de los recursos que pueden estar determinados por factores enteramente ajenos a las personas o instituciones que prestan los servicios.

Para medir la utilización se ha establecido una serie de índices, que son (cuadro 1):

a) Índice ocupacional de las camas hospitalarias, que se considera adecuado cuando fluctúa entre el 80 y el 85 por ciento. Índices de ocupación excesivos son la regla en todos los hospitales especializados que participaron en la encuesta. También presentan índices ocupacionales exagerados algunos hospitales generales, especialmente de aquellos países en que la escasez de camas es más grave.

b) Promedio de estada de los pacientes, que no debe ser superior a 15 días como máximo para el caso de enfermedades agudas. Es evidente que este promedio tiene grandes variaciones según las especialidades y así, por ejemplo, en maternidad se considera adecuada una estada de 3 ó 4 días, mientras que en servicios de enfermedades crónicas tales como de psiquiatría y tuberculosis pueden ser corrientes estadas de 90 a 100 días.

c) Rotación de las camas, que es la consecuencia de los índices anteriores y que para el caso de hospitales generales de enfermedades agudas debe ser de 25 o más pacientes al año. En los hospitales estudiados en la encuesta se puede observar que aquellos que presentan los promedios de estada más largos son al mismo tiempo los que exhiben los índices de rotación más bajos.

d) Porcentaje de personas ingresadas en relación con la población servida por el hospital. Este es un índice bastante difícil de determinar y que no se investigó en la

encuesta. Como ya se ha dicho, la población asignada al hospital puede variar enormemente en función de una serie de factores ajenos a la morbilidad y que más bien dependen del desarrollo economicosocial de la región en que está ubicado el hospital. Por otra parte, este índice exige una estadística individualizada, que rara vez existe en los hospitales latinoamericanos.

En los países participantes en la encuesta, estos índices muestran una gran variabilidad, pero tienden, en general, a ser mejores en los hospitales dependientes de las instituciones de seguridad social, muy probablemente debido a que el control administrativo y financiero en estas instituciones es más estricto que el que se ejerce en los establecimientos dependientes de los Ministerios de Salud Pública. En la gran mayoría de los casos, sin embargo, los índices encontrados en los hospitales estudiados dan margen para un apreciable mejoramiento. Como ya se ha dicho, sería necesario estudiar cada caso particular para analizar las causas que determinan la deficiencia de estos índices y procurar corregirlos a fin de mejorar la utilización de los recursos disponibles. Este paso previo es indispensable para justificar la petición de nuevos recursos que significan un esfuerzo financiero para los Gobiernos y para las comunidades.

3. Atención externa (ambulatoria y domiciliaria)

Es un hecho conocido que entre el 90 y el 95% de los estados mórbidos que determinan demanda de servicios médicos pueden ser atendidos en forma ambulatoria en el consultorio externo. Esta es la política que han implantado en sus servicios la mayor parte de las instituciones de seguridad social de la América Latina. El análisis de los datos de los distintos países participantes en la encuesta revela que, en general, los con-

sultorios externos dependientes de las instituciones de seguridad social están mejor dotados de servicios de laboratorio y rayos X. Indirectamente este hecho permitiría suponer que la calidad de la atención médica pudiera ser más alta en esos consultorios.

La concepción moderna de la estructura que debe darse a los servicios de atención médica es que estos deben formar parte de una red o sistema de servicios en los cuales un hospital general, que disponga de todas las especialidades, constituya la base de operaciones de una red de hospitales menores, consultorios periféricos y centros de salud, que llevan los servicios médicos hasta todos los rincones de una región geográfica determinada y allí realizan acciones de salud integradas, vale decir, preventivas, curativas y sociales. Estos servicios periféricos son, si pudiéramos así decirlo, las antenas del servicio de salud que, al mismo tiempo que proyectan los servicios hacia todos los rincones de la región, captan los problemas de salud y diagnostican los casos de enfermedades que requieren un tratamiento más complejo, para referirlos a los centros especializados que deben funcionar en el hospital regional. Todos estos servicios deben actuar en forma coordinada, y tanto el planeamiento de sus acciones como la evaluación de sus resultados deben efectuarse en conjunto. Aun cuando los países participantes en la encuesta muestran una tendencia inequívoca hacia este tipo de organización, la verdad es que falta mucho para que el sistema se generalice. Todavía es corriente que los Ministerios y las instituciones de seguridad social organicen servicios locales de salud totalmente independientes entre sí.

Sólo un análisis de conjunto del rendimiento de los diversos establecimientos que constituyen la red de servicios médicos de una región pueden poner en evidencia los errores de funcionamiento del sistema, las instituciones superfluas, las duplicaciones innecesarias, la desproporción de los servicios

prestados frente a las necesidades reales y la importancia de la aplicación de ciertos índices y su efecto sobre la demanda.

El rendimiento de un consultorio externo se puede medir por el número de contactos que se producen en un año entre el equipo médico del consultorio y la comunidad servida por el mismo. Esta relación de carácter colectivista se expresa con frecuencia en forma simplificada a través del número de contactos médico-paciente, razón que es habitualmente una buena representación de la actividad del consultorio, ya que el trabajo médico es la acción más compleja y más necesitada por la población, al mismo tiempo que es la que origina otros contactos de tipo sanitario, asistencial o social del grupo familiar con otros miembros del equipo de salud.

La capacidad del consultorio externo para satisfacer la demanda de servicios está determinada por el cociente de diversas interacciones, entre las cuales deben considerarse:

a) El número de horas diarias de trabajo asignadas al consultorio externo y su distribución durante las horas del día. En esto deberán tenerse en cuenta las horas libres del obrero industrial, como asimismo los hábitos de la vida doméstica y las horas disponibles de la dueña de casa y de los niños para concurrir al consultorio.

b) Número de días de trabajo al año. Es recomendable que el consultorio externo trabaje durante fines de semana o días festivos, cuando su clientela puede concurrir con mayor facilidad.

c) Cuota promedio de atenciones por hora médica en las diversas especialidades, haciendo hincapié en que la cuota que se fije de común acuerdo entre las autoridades de los servicios médicos y la profesión médica sea un promedio y no un número máximo de atenciones.

d) Ubicación del consultorio externo, que en lo posible debe estar en un centro de

fácil acceso, cerca de los lugares de residencia o de trabajo de su clientela.

e) Existencia de servicios domiciliarios.

El esfuerzo realizado por las instituciones de salud para promover el desarrollo de las consultas externas, y la repercusión que este esfuerzo tiene en la satisfacción de la demanda de servicios de la comunidad, se pueden medir estudiando la relación entre el número de consultas externas en un período de tiempo en función de la población servida por el hospital y por el consultorio externo.

En los consultorios en que se pudo hacer la comparación se ve que el porcentaje de población cubierta que usan los servicios es mayor en los consultorios dependientes del seguro social—por ejemplo, en Honduras y en el Perú. El caso contrario ocurre en Costa Rica. En el resto de los países no se pudo hacer el estudio.

Los centros de salud y los consultorios del seguro social dan mayor importancia a la atención médica a domicilio, como se pudo observar en los resultados de la encuesta en Costa Rica, Panamá, Perú y Venezuela.

En Chile, donde como resultado de la integración de los servicios médicos dependientes del Ministerio con los de la seguridad social los hospitales se han transformado prácticamente en centros de salud, se puede observar que estos establecimientos facilitan gran cantidad de visitas domiciliarias.

Se analizó en los diferentes países la tasa de inmunizaciones por 100 habitantes cubiertos por el consultorio externo y se pudo ver que estas, con frecuencia, no se realizan en los consultorios de la seguridad social y, aun en aquellos en que son practicadas, representan una tasa mínima de la población cubierta.

El tiempo que el médico destina por consulta podría ser también utilizado como un índice indirecto de la calidad de la atención en el consultorio externo. Todos los países muestran una tendencia semejante a

usar más tiempo de trabajo médico en los centros de salud y en los consultorios del seguro social en desmedro de los consultorios externos de los hospitales generales del Ministerio de Salud, en que con frecuencia el tiempo médico por consulta es mínimo.

En relación con el costo de la atención ambulatoria, se pudo ver que la atención médica más cara es la prestada por las unidades móviles (Honduras y Panamá). La atención de los centros de salud es en general de mayor costo que la consulta en consultorio de hospital (Costa Rica, Panamá, Perú y Venezuela). Con excepción de Venezuela, los consultorios externos del seguro social tienden a ser más caros que los del Ministerio. Llamen especialmente la atención los casos del seguro social para empleados en Chile y en el Perú, cuyos costos representan sumas varias veces más altas que las de los Ministerios de los mismos países.

4. Capacidad de las instituciones para satisfacer la demanda

Los elementos que fundamentalmente determinan la capacidad de una institución para prestar servicios médicos son tres: los edificios, los equipos e instalaciones y los recursos humanos.

Por lo que se refiere a los *edificios*, no sólo son importantes su existencia y extensión sino también su estructura arquitectónica, que debe ser adecuada para cumplir la función para la cual están destinados. En los países de la América Latina todas estas condiciones son negativas. Hay escasez de edificios, los que existen son anticuados y su tamaño es inadecuado para satisfacer la creciente demanda de atención médica de las poblaciones. Para agravar aún más el problema, construcciones relativamente nuevas han sido hechas con un criterio institucionalista, sin considerar la necesidad de integrar servicios de medicina preventiva y curativa y de proyectar la acción de salud hacia la comunidad servida por el hospital.

Finalmente, una política errónea o la escasez de recursos financieros han determinado que, para todos los efectos prácticos, no exista un presupuesto de mantenimiento, debido a lo cual edificios relativamente nuevos se deterioran con excesiva rapidez.

El esfuerzo que están haciendo los países, a través de distintas fuentes de financiamiento, para construir hospitales y otros establecimientos de salud es extraordinario, y se puede estimar que alcanza a importantes sumas de dinero.⁵ Desgraciadamente, rara vez se somete a un plan preestablecido para que satisfaga progresivamente las necesidades de salud de la población. Debido a las dificultades financieras que experimentan los Gobiernos, no es raro ver que la construcción de un hospital se prolongue por largos años y cuando finalmente entra en funciones, ya se ha hecho pequeño para las necesidades de una población que está creciendo y que está cada día más consciente de la importancia de su salud. Frente a esta saturación prematura de algunos hospitales, se puede observar en otros la existencia de una capacidad instalada ociosa por falta de personal o de recursos financieros para hacerlos funcionar y a veces, lo que es peor, por falta de clientela. Se produce esta contradicción en que hay hospitales que funcionan más allá de su capacidad máxima tolerable mientras hay otros que están semivacíos, y esto ocurre, simultáneamente a veces, dentro de la misma región y hasta dentro de la misma ciudad. Todo lo anterior es el resultado de la falta de planificación, que anula los esfuerzos financieros realizados por los países y provoca la insatisfacción de todas las partes interesadas, vale decir, usuarios del servicio, profesión médica y otras profesiones afines, autoridades ejecutivas y políticas del Gobierno.

El problema de la dotación de *equipos* no

⁵ En el período 1960-1964, Chile invirtió 29,000,000 de escudos en la construcción de 30 hospitales, más 5,000,000 en la ampliación y remodelación de 7 hospitales y casi 2,000,000 en la construcción de 8 establecimientos de salud sin camas.

es menos grave que el de los edificios. Una buena parte de las instalaciones necesarias para el diagnóstico y tratamiento moderno de las enfermedades está constituida por equipos que no se fabrican en los países de la América Latina y que deben, por lo tanto, ser importados. Esto ocasiona el problema adicional de la disponibilidad de divisas extranjeras en moneda fuerte y de la competencia interna con otras necesidades de importación de maquinaria industrial, agrícola, etc., a las que con frecuencia los Gobiernos dan preferencia.

Igual que en el caso de las construcciones, el esfuerzo financiero realizado por los Gobiernos para adquirir equipos se ve frustrado por la falta de planificación. De ello resulta que adquisiciones hechas en forma arbitraria traen como consecuencia que en la misma ciudad se pueda encontrar un hospital que carece de los equipos más elementales para exámenes de rayos X o de laboratorio, mientras en otro puede haber un microscopio electrónico y una bomba de cobalto. Esto además de la lucha que se produce entre distintos servicios médicos por adquirir instalaciones costosas, como las de circulación extracorpórea para cirugía de corazón abierto, las cuales una vez instaladas ni siquiera pueden funcionar porque no existe el personal especializado para manejarlas.

La situación de los *recursos humanos* es otro de los factores que limita la capacidad de las instituciones para prestar servicios médicos. Por cuanto el profesional médico es el elemento insustituible para prestar atención médica, un somero análisis de la disponibilidad y utilización del trabajo médico puede orientar sobre la capacidad de atención de los países. En la América Latina hay, en el momento actual, alrededor de 134,000 médicos en ejercicio profesional, lo que representa una tasa de 5.5 médicos por 10,000 habitantes para una población esti-

mada en 244,000,000. En otras palabras, existe un médico por cada 1,800 habitantes, incluyendo aquellos que, por dedicarse a funciones administrativas o de salud pública, no se pueden contar para los efectos de la atención médica. La tasa oscila ampliamente entre 0.9 y 14.9 por 10,000 habitantes, lo que demuestra que hay países que disponen de un número más que suficiente de médicos para atender todas sus necesidades, mientras otros presentan una situación de verdadera emergencia y están por debajo del límite aceptable para dar siquiera un mínimo de atención médica a la totalidad de los habitantes.

La escasez intrínseca de médicos en la mayoría de los países de la América Latina está agravada por la mala distribución geográfica de estos. La gran mayoría están concentrados en las grandes ciudades y los hospitales sufren esta escasez en forma más intensa por los hábitos tradicionales del ejercicio profesional, que en muchos países se traduce en que el médico no trabaja más de dos horas diarias en el hospital. Justo es reconocer que la mayoría de los países se esfuerzan por promover el trabajo a tiempo completo de los médicos en los hospitales, pero tropiezan con graves dificultades financieras para pagar rentas compatibles con la jerarquía del trabajo médico (cuadro 3).

Analizando el tiempo de trabajo médico en función de cama ocupada en hospital general, se ve una gran variabilidad que va desde 5 minutos por cama en los hospitales en la beneficencia del Perú hasta 114 minutos por cama en el hospital del Seguro Social de Panamá. La gran mayoría de los hospitales están entre los límites de 25 y 34 minutos. Quedan fuera de este grupo numerosos hospitales pertenecientes a instituciones de seguridad social, tales como: el Hospital Rosales de El Salvador (79 minutos), y los de Honduras (54 minutos), Panamá (114

CUADRO 3 — Médicos y personal de enfermería que trabaja en hospitales de los Ministerios de Salud y en los de los organismos de la seguridad social, 1964.

País e institución	Médicos por cada 100 camas ocupadas		Personal de enfermería por cada 100 camas ocupadas	
	Total	A tiempo completo *	Total	Enfermeras tituladas
BRASIL				
Hospitales del Ministerio (FSESP) ^b	14.8	...	39.4	6.9
COLOMBIA				
Ministerio.....	...	...	33.2	2.6
Seguridad Social.....	32.3	18.8	71.0	6.7
COSTA RICA				
Ministerio.....	14.7	11.3	44.2	6.9
Seguridad Social.....	16.3	...	60.9	20.0
CHILE				
Servicio Nacional de Salud.....	16.6	12.1	91.9	4.2
Hospital de Empleados.....	15.3	8.5	107.3	11.9
EL SALVADOR				
Ministerio.....	10.0	7.4	40.4	9.8
Seguridad Social.....	25.3	25.3	77.4	15.8
HONDURAS				
Ministerio.....	8.2	...	31.5	2.9
Seguridad Social.....	45.0	21.2	117.5	21.2
MEXICO^c				
Ministerio.....	28.0	18.0	58.4	12.6
IMSS ^d	45.1	...	140.0	62.2
ISSSTE ^e	50.8	50.8	218.1	103.9
PANAMA				
Ministerio.....	14.6	11.6	55.1	19.8
Seguridad Social.....	59.4	44.8	117.2	43.7
PERU				
Ministerio.....	12.2	8.3	54.1	11.5
Beneficencia.....	2.8	1.5	11.3	3.3
Seguro Social del Obrero.....	20.0	...	56.8	16.0
Seguro Social del Empleado.....	29.4	29.4	109.0	42.8
VENEZUELA				
Ministerio.....	24.2	13.0	43.4	9.8
Seguridad Social.....	37.3	25.5	88.7	24.2

... Información no disponible.

* Asumiendo que un médico a tiempo completo trabaja 6 horas diarias, el total de horas-médico por día se dividió entre 6 para obtener una cifra equivalente de médicos a tiempo completo.

^b Fundación Servicio Especial de Salud Pública.

^c Se refiere únicamente a México, D.F.

^d Instituto Mexicano del Seguro Social.

^e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

minutos), Seguro Social del Empleado del Perú (106 minutos) e Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (66 minutos).

Igual situación se aprecia en lo que se refiere al tiempo de atención de enfermería. La gran mayoría de los hospitales utilizan entre 15 y 35 minutos diarios de trabajo de enfermera por cama ocupada, mientras que

en los hospitales del seguro social se encuentran cifras como las siguientes: Hospital Central, San José, Costa Rica, 50 minutos; otros hospitales del Seguro Social de Costa Rica, 68 minutos; Servicio Médico Nacional de Empleados (Chile), 41 minutos; Hospital Rosales, San Salvador (Seguro Social), 59 minutos; Hospital del Instituto Hondu-

reño de Seguridad Social, 72 minutos; Hospital General del Seguro Social (Panamá), 149 minutos; Hospital Santo Tomás (Ministerio de Salud Pública, Panamá), 80 minutos; otros hospitales generales del Ministerio de Salud Pública, Panamá, 67 minutos; Caja Nacional del Seguro Social Obrero (Perú), 55 minutos; Hospitales Generales del Seguro Social del Empleado (Perú), 146 minutos; Hospitales Generales del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 82 minutos.

5. Cobertura de la población

Desde los puntos de vista social y de salud pública, el ideal es que exista una cobertura total, es decir, que todos los miembros de la comunidad reciban los beneficios de las prestaciones médicas desde el instante de su nacimiento hasta el momento de su muerte, aplicando el principio de continuidad que reconoce que los estados de salud, enfermedad o invalidez no son sino distintas etapas de un mismo proceso biológico y social.

El concepto de cobertura varía según se trate de servicios dependientes de los Ministerios o de las instituciones de seguridad social. Estas últimas aplican un concepto financiero de cobertura, vale decir, que en sus servicios tienen derecho a la prestación los que contribuyen financieramente al mantenimiento del servicio y algunos de sus familiares a quienes la ley les ha reconocido la condición de beneficiario. Estos servicios trabajan, en consecuencia, con una población conocida que es posible calcular con cierto grado de precisión. En cambio, los servicios dependientes de los Ministerios de Salud Pública aplican, teóricamente, el concepto de universalidad de las prestaciones, reconociendo como válido el derecho a la salud de todos los miembros de la sociedad. En la práctica esto no es absolutamente exacto por cuanto no concurren a los establecimientos de salud de los Ministerios las personas protegidas por los seguros sociales, ni aque-

llos que pueden financiar atención médica privada, ni los que pertenecen a sistemas mutualistas u otros que ofrecen servicios médicos, ni las fuerzas armadas ni la policía que generalmente tienen sus propios servicios, ni, finalmente, aquellos que por vivir en regiones remotas y aisladas no tienen acceso a los servicios existentes. En la mayor parte de los establecimientos dependientes de los Ministerios se ha declarado en la encuesta un universo teórico que es mayor que el real, lo que trae consigo un factor de error, a veces importante, en el cálculo de las tasas y de los índices de rendimiento.

El bajo porcentaje de cobertura de las instituciones de seguridad social limita fuertemente la repercusión de la acción de estas instituciones sobre el estado de salud de la comunidad en su conjunto. Es sabido que para que una acción de salud produzca resultados significativos y se traduzca en una disminución de los riesgos de enfermar y morir, debe aplicarse sobre lo que en epidemiología se llama un nivel útil de la población. Este nivel útil varía según las acciones planeadas y según los riesgos cubiertos, pero como mínimo está siempre por sobre el 50% de la población total. De allí que las acciones de salud ejercitadas por las instituciones de seguridad social sobre un porcentaje inferior de población no pueden tener una repercusión ponderable en la salud de la comunidad mientras no logren extender su cobertura hasta un nivel más alto o coordinen sus acciones con otros servicios de salud a fin de alcanzar, en la acción conjunta, el nivel útil deseado.

La tendencia demostrada en todas las reuniones internacionales recientes es a extender los beneficios de la seguridad social a nuevos grupos de población antes que a aumentar los beneficios de los grupos ya protegidos. Si esta orientación se transforma en realidad en los años venideros es posible esperar un aumento significativo de la cobertura de la seguridad social en el campo de

las prestaciones médicas. Se pueden prever, sin embargo, graves dificultades en el cumplimiento de este programa ya que, como se ha dicho, el derecho a la prestación, en el concepto del seguro social, se adquiere a través del pago de una contribución. Es evidente que en los países de la América Latina existen todavía grandes masas de ciudadanos que no tienen capacidad económica para pagarla. Desde luego, todas las poblaciones aborígenes y una buena parte de la población rural tienen entradas en dinero tan reducidas que harían ilusorio cualquier intento de exigirles una cotización para el financiamiento de los servicios médicos. Estos grupos indigentes son los que han obligado a los Ministerios a desarrollar en forma progresiva servicios de atención médica especialmente rurales. Las necesidades actuales y futuras de estas poblaciones seguirán pesando fuertemente en las decisiones de los Gobiernos, que se ven obligados a satisfacer esta demanda de servicios médicos a la vez que evitan tensiones y resentimientos sociales.

Si se reconoce que las condiciones del desarrollo económico y social obligan a la coexistencia de estos dos tipos de servicio—los de los Ministerios y los de la seguridad social—parece obvia la necesidad de encontrar algunos medios de entendimiento para facilitar el trabajo en común.

6. Calidad de las prestaciones médicas

Una evaluación acuciosa de la calidad de los servicios médicos prestados a una individuo en particular sólo se puede hacer a través del análisis de la historia clínica por medio de estudios de auditoría médica. Tal proceso no se puede llevar a cabo en una encuesta de carácter internacional como esta. Sin embargo, se ha buscado información sobre algunos elementos más o menos simples que pueden orientar, en forma indirecta, sobre la calidad de los servicios prestados.

La necesidad de practicar acciones con-

juntas de medicina preventiva y curativa, por ejemplo, hoy día es aceptada en todas partes. Hemos estudiado en consecuencia, en forma elemental, si los hospitales participantes en la encuesta llevan a cabo en sus consultorios externos inmunizaciones contra las enfermedades transmisibles, aceptando esta acción preventiva, que se puede medir en forma objetiva y que eventualmente se registra en las estadísticas, como una expresión de la intención del establecimiento correspondiente de realizar acciones relacionadas con la medicina preventiva. En los hospitales se ha investigado además la extensión y el desarrollo de los servicios médicos ambulatorios y domiciliarios y la existencia de servicios de rayos X y de laboratorio clínico a disposición del consultorio externo, considerando que todos estos elementos contribuyen al perfeccionamiento del trabajo clínico y a una proyección hacia el hogar del enfermo y, en consecuencia, hacia la comunidad.

Donde todas estas acciones combinadas se ejecutan en forma integral es en los centros de salud. Los consultorios externos de los hospitales las realizan en forma limitada y los consultorios externos de la seguridad social, aun cuando son los más extendidos y desarrollados para los efectos de conceder prestaciones médicas de carácter curativo, tienen, salvo raras excepciones, el defecto de no realizar, en general, acciones preventivas con su clientela. Los servicios médicos domiciliarios son casi inexistentes tanto en los Ministerios como en la seguridad social.

7. Costo de las prestaciones médicas

Todos los costos de la atención médica son más altos en los establecimientos dependientes de las instituciones de seguridad social. Se supone, a veces, que el menor promedio de estada en los hospitales del seguro social podrían compensar en parte el mayor costo por paciente-día. Esto no ocurre, pues la diferencia de promedios de

estada no es suficientemente grande para compensar la diferencia de costo que con frecuencia llega a ser entre dos y seis veces mayor en el seguro social que en los Ministerios.

Es muy difícil, y tal vez sería injusto, hacer comparaciones sin conocer con exactitud la calidad de los servicios prestados por una y otra institución. Las enormes diferencias encontradas, sin embargo, no parecen tener explicación satisfactoria basada en la exclusiva consideración de la calidad de los servicios.

Hay una correlación que ha sido bastante constante en aquellos hospitales en que fue posible estudiarla. Es la correlación que existe entre mayor tiempo de trabajo médico, menor promedio de estada, y costo más alto de los servicios. Se podría plantear la hipótesis de que mientras más tiempo destina el médico por cama, o por consulta externa, la atención se hace más acelerada y la mayor intensidad de las atenciones que de ello resulta eleva el costo de cada prestación en particular. Esto se nota especialmente en el trabajo hospitalario que muestra largos promedios de estada y muy bajos costos cada vez que el médico destina pocos minutos al día por cama a su cargo. En cambio, el promedio de estada corto y el alto costo coincide con aquellos establecimientos que permiten que el médico destine un tiempo más a menos prolongado a la atención de cada cama a su cargo.

Este hecho curioso, que resulta del análisis de los datos estadísticos recogidos, induciría a pensar que el alto costo de la hora médica y su repercusión en petición de exámenes de rayos X, de laboratorio y receta de medicamentos son las causas que encarecen la atención hospitalaria. Será necesario, sin embargo, un estudio mucho más profundo para poder fundamentar y comprobar esto, que por el momento no es sino una hipótesis de trabajo.

8. Ensayos de coordinación

En todos los países se encuentran ciertas tentativas limitadas de coordinación entre los servicios médicos de los Ministerios de Salud y los de las instituciones de seguridad social. En uno de los países participantes, por lo menos, se han aprobado disposiciones legales que han permitido dar una estructura administrativa unitaria a los servicios. Aun en ese país, sin embargo, persiste un cierto número de pequeños servicios autónomos que no tienen relación con el servicio nacional de salud. En otros países se ha buscado la coordinación a nivel local; en otros se están usando edificios en común, aun cuando en estos casos lo corriente es que se produzca el arriendo de las estructuras físicas y se mantenga una administración totalmente separada; finalmente, en algunos países el Ministerio de Salud Pública tiene funciones normativas y de supervisión técnica sobre los demás servicios médicos, las cuales rara vez son ejercitadas por falta de personal o de recursos económicos para hacerlo.

Con todo, casi en ningún país se está practicando la coordinación en el terreno en que es más importante, es decir, en la planificación nacional de la salud. La mayor parte de los planes de salud conocidos no son sino programas dirigidos a perfeccionar los servicios de los Ministerios de Salud, e ignoran totalmente los gastos financiados por las instituciones de seguridad social, que con frecuencia son tan grandes o aun mayores que los financiados por los Ministerios de Salud. En otras palabras, se está planificando el subsector público del sector salud. No podrá haber verdadera planificación de la salud mientras no se corrija esta actitud y los planificadores puedan medir la totalidad de los recursos disponibles y organizar la mejor utilización integral de los recursos actuales y futuros, cualquiera sea su origen.

9. Medidas para promover la coordinación

Las medidas que se sugieren a continuación no son sino medios dirigidos a fomentar progresivamente la coordinación entre servicios que actualmente están dispersos. Sería un error pensar que estas medidas se pueden implantar en forma rápida o que ellas van a producir un resultado inmediato. La coordinación de la medicina preventiva y la curativa sólo puede ser el resultado de un largo proceso educativo de todos los profesionales que colaboran en el equipo de salud como también de los usuarios de los servicios actuales. Como dijo un autor escocés: "La coordinación no se puede imponer por decreto sino que tiene que ser el producto de una actitud mental adecuada de todos los miembros del equipo de salud".

a) *Planificación integral del desarrollo.* Una de las condiciones fundamentales de la planificación como método científico es que a ella se incorporen todos los elementos del sector en estudio.

El sector salud comprende programas dirigidos a la protección, al fomento y a la recuperación de la salud. Para ello es necesario organizar y desarrollar los recursos a fin de prestar servicios de higiene ambiental, de medicina preventiva y curativa, y de rehabilitación. Estos servicios son prestados por organismos locales de salud que deben tener una estructura regionalizada y sectorizada a fin de concentrar los instrumentos de alta especialización y descentralizar los servicios básicos a través de infraestructuras que los pongan a disposición de la totalidad de la población.

Lo anterior implica planificar la utilización máxima de los recursos disponibles, organizar las acciones de salud para evitar duplicaciones y medir la demanda actual y futura de servicios desarrollando progresivamente la capacidad para satisfacer esa demanda.

En este complejo proceso de planificación es indispensable que participen todos los

organismos e instituciones que mantienen servicios de salud y que hacen inversiones destinadas a desarrollar los recursos de salud. Las acciones de higiene y medicina preventiva son habitual y tradicionalmente la responsabilidad de los Ministerios de Salud. En las acciones de medicina curativa y de rehabilitación, en cambio, además de los Ministerios de Salud participan otras dependencias del Gobierno Central, tales como los Ministerios de Defensa Nacional, los servicios de policía y seguridad, las instituciones de seguridad social y organismos de carácter privado, como las beneficencias, patronatos, Cruz Roja, etc. En un plan integral de salud es indispensable que los recursos humanos, materiales y financieros de todos estos organismos e instituciones interesados en la salud se coordinen en su acción para obtener la máxima utilización de ellos y que obedezcan a un plan técnicamente dirigido, a fin de alcanzar el grado más alto posible de salud para todos los miembros de la comunidad.

En forma práctica, lo que se necesitaría sería que representantes autorizados de todos estos organismos que mantienen servicios de salud formen parte de las comisiones de planificación y la totalidad de sus recursos se incorporen a los planes nacionales de salud, sometiendo los programas a directivas técnicas únicas que deben emanar de una sola autoridad competente.

b) *Uniformidad de los diversos regímenes de seguridad social.* La seguridad social en la América Latina se ha extendido en forma desordenada y su cobertura y campo de aplicación obedecen a la mayor o menor presión que han podido ejercer los grupos laborales beneficiados por un determinado régimen. Uno de los países participantes en la encuesta declara la existencia de siete regímenes diferentes para distintos grupos laborales y con diversas prestaciones médicas para cada uno de ellos. El caso de dos o tres sistemas diferentes es corriente y es caso

habitual, por ejemplo, que exista una seguridad social para el obrero y otra para el empleado, con prestaciones completamente diferentes una de la otra.

La uniformidad de todos estos regímenes es uno de los objetivos que se han trazado muchos Gobiernos en sus planes inmediatos de acción, pero sólo por excepción han tenido éxito debido a la defensa de sus intereses que hacen los grupos beneficiados por los regímenes más generosos.

La coordinación sería mucho más simple si como paso previo se obtuviera la uniformidad de los regímenes de seguridad social en los siguientes aspectos:

1. Sistema único de cobro de cotizaciones, basado en porcentajes uniformes del salario en función de familiares a cargo.

2. Prestaciones médicas y sociales iguales para todos los grupos laborales.

3. Escala única de sueldos y salarios y de beneficios sociales para todos los empleados de las instituciones de seguridad social.

Con estas medidas se evitaría la competencia entre distintos grupos laborales y la discriminación que de ella resulta. Así se facilitaría la coordinación a nivel local de prestaciones, que, al ser similares, permitan ser administradas en forma coordinada.

c) *Extensión de la cobertura de la seguridad social.* Existe, como ya hemos dicho, una tendencia a incorporar nuevos grupos comunitarios a los beneficios de la seguridad social, estableciendo un nivel mínimo de prestaciones que deberían estar disponibles para todos los miembros de la comunidad.

En el fondo este es un problema de carácter económico-financiero cuya *aplicación integral* dependerá, en primer lugar, de la capacidad del producto nacional para absorber el financiamiento de las prestaciones de la seguridad social y, en segundo término, de la capacidad de los individuos componentes de la comunidad para pagar las cotizaciones de la seguridad social. Es muy probable que ni uno ni otros estén en condiciones de finan-

ciar una cobertura universal, que sería lo ideal, pero, con mucha probabilidad la seguridad social podría extender su cobertura a nuevos grupos aún no cubiertos, como lo hacen muchos países. Con ello se ampliaría el campo de acción de las instituciones de seguridad y se mejoraría el financiamiento de los servicios médicos.

d) *Coordinación de las acciones locales.* La forma más simple de promover la coordinación es crear en las infraestructuras el ambiente adecuado para que se vaya desarrollando progresivamente la coordinación de las acciones de protección, fomento y recuperación de la salud a nivel local.

Es necesario tener presente, sin embargo, que esta coordinación de las acciones locales sólo puede tener éxito si tiene el respaldo, la comprensión y el estímulo de las autoridades centrales de los servicios correspondientes. No se puede esperar que se coordinen en su trabajo los funcionarios de un pequeño poblado rural si a nivel central las autoridades superiores se ignoran, estimulando con ello la falta de coordinación en todos los niveles.

Hay diversas maneras de poner en práctica esta coordinación a nivel local. Una de ellas es la utilización de los mismos edificios para los servicios de diversas instituciones. Este es un sistema que se está poniendo en práctica en numerosos países, pero que con frecuencia adolece de un grave defecto que consiste en la dualidad administrativa que se mantiene entre los servicios a pesar de estar trabajando bajo el mismo techo. En la práctica esto se traduce en un simple arriendo de una parte del edificio a una institución que lo ocupa para instalar en esa parte toda una maquinaria administrativa, que va desde el director hasta el portero, y que funciona con entera independencia y hasta con desconocimiento de la otra estructura administrativa perteneciente a la institución dueña del edificio. La verdad es que tal sistema no coordina nada y, por el contrario, a veces hace

más aparentes los defectos y las diferencias.

El uso en común de aparatos de rayos X o de laboratorios clínicos es otra de las maneras en que se puede promover la coordinación.

Esta coordinación a nivel local tiene generalmente el grave obstáculo de la diferencia en la organización administrativa, en los salarios y en los beneficios sociales del personal de las diversas instituciones. Cuando hay un grupo bien pagado, con estabilidad funcionaria, con buenos beneficios sociales, que trabaja al lado de otro que recibe salarios insuficientes, sin protección social y sujeto a los altibajos políticos, inevitablemente se produce el resentimiento del grupo menos beneficiado.

Tal vez el campo más fructífero de coordinación es el de las acciones técnicas de salud en el terreno. Si a través del proceso de la planificación a nivel local se llega a establecer cuáles son las necesidades de salud y la demanda de atención de una comunidad, es posible que las autoridades locales, tanto de los servicios del Ministerio de Salud como de las instituciones de seguridad social y de otros organismos interesados, puedan ponerse de acuerdo para llevar a cabo un programa de protección, fomento y recuperación de la salud a nivel local, utilizando todos los recursos disponibles en la forma más racional posible y procurando satisfacer la demanda de servicios hasta el límite máximo que esos recursos permiten. Un programa de esta naturaleza requiere la designación de un coordinador a quien, por acuerdo de las partes, se le dé autoridad suficiente para organizar los recursos teniendo como única meta la satisfacción de las necesidades de salud. Existen numerosos programas de esta especie que funcionan en distintos países de la América Latina. Algunos de ellos sufren, desgraciadamente, la limitación de no tener acceso a otros programas de tipo vertical destinados a la erradicación o control de determinadas enferme-

dades transmisibles o al saneamiento de ciertas áreas locales. Es de esperar, sin embargo, que esta limitación desaparezca cuando se llegue al convencimiento de que, una vez terminada la fase de ataque en las campañas de erradicación, es indispensable que los organismos locales integrados de salud asuman la responsabilidad de continuar la fase de mantenimiento.

e) *Adiestramiento conjunto del personal.* Como se ha dicho al comienzo, el proceso de coordinación debe estar basado, de preferencia, en una comprensión cabal de sus virtudes por parte de todos y cada uno de los miembros del equipo de salud.

El adiestramiento debe comenzar en las escuelas de medicina, de enfermería, de obstetricia, de servicio social, de dietistas, etc., de tal manera que cada uno de estos profesionales, al iniciar su labor, lo hagan imbuidos del concepto de coordinación adquirido en los días estudiantiles en sus respectivas universidades.

En la educación de posgrado del especialista en salud pública, del ingeniero sanitario, del administrador hospitalario, etc., debe también darse la importancia que corresponde a los conceptos de la coordinación. Es probable que el desarrollo que debe tener esta enseñanza en el programa de estudio requiera ser superior a aquél de la formación profesional anterior al grado. En efecto, de estos cursos de posgrado van a salir los ejecutivos que dirigirán los servicios de salud y los servicios de atención médica a nivel nacional, intermedio y local, y por lo tanto serán personas clave para decidir la orientación de los programas integrados de salud. Incluso, es de desear que la formación del administrador de servicios de salud se haga en conjunto con la formación del administrador de hospitales y el administrador de servicios sociales y de rehabilitación, ya que los principios administrativos son siempre los mismos y sólo varía su aplicación práctica a distintos programas.

Finalmente, las escuelas paramédicas, destinadas a la formación del personal auxiliar o de colaboración médica, deben también incorporar a sus programas de enseñanza principios elementales de coordinación a fin de que todos los miembros del equipo de salud, por modestos que sean, colaboren en forma inteligente a la realización de los

objetivos de los programas integrados de salud.

El personal actualmente en servicio deberá, igualmente, ser adiestrado en estas disciplinas a través de cursos breves y de experiencias prácticas en el terreno que los orienten en los principios generales de la administración coordinada.

II. COSTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL MINISTERIO Y DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

I. Importancia relativa de los gastos de atención médica del Ministerio y de la Caja de Seguro Social

Un indicio sencillo, aunque aproximado, de la importancia relativa de los organismos de los Ministerios de Salud y del seguro social en cuanto a la prestación de servicios de atención médica es la cantidad de dinero que cada organismo gasta con ese fin. El cuadro 4 indica la distribución porcentual de los gastos de atención médica entre las dos clases de organismos. Este índice monetario es tan sólo aproximado, ya que no cabe duda de que el organismo cuyos costos son más reducidos presta servicio a mayor número de personas por unidad de dinero invertido.

Al parecer, los gastos no se distribuyen en forma consecuente, salvo que los países donde los servicios de atención médica del seguro social constituyen una actividad bastante reciente y de alcance aún limitado—como El Salvador y Honduras—reflejan este hecho en gastos relativamente bajos por ese concepto, mientras que esta partida de gastos representa más de la mitad del total en el Perú, México y el Brasil.

Cabe señalar que los datos correspondientes a Chile deben considerarse con la salvedad de que el seguro social está representado únicamente por el Servicio Médico Nacional de Empleados y que, como lo indica el cuadro 11 (pág. 29), algo más del 18% de los

gastos del Servicio Nacional de Salud (Ministerio) se sufragan con cargo a las contribuciones que el trabajador y el empleador aportan a la Caja de Seguro Social.

Incluso en los países en que se dispone de datos completos, el total de gastos de atención médica del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social no permite tener una visión global del sector público. En el cuadro 5 se presentan datos de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud del Perú, con el fin de ilustrar lo complicada que puede ser

CUADRO 4—Distribución porcentual de los gastos de atención médica entre los Ministerios de Salud y los organismos del seguro social, en diez países, 1964.

País	Ministerios de Salud	Organismos del seguro social
Brasil.....	38 ^a	62 ^b
Colombia.....	56	44
Costa Rica.....	56	44
Chile.....	95	5 ^c
El Salvador.....	80	20
Honduras.....	82	18
México.....	13	87 ^d
Panamá.....	50	50
Perú.....	40	60 ^e
Venezuela.....	63	37

^a Comprende algunos gastos en partidas distintas de la atención médica.

^b Seis cajas principales de jubilación.

^c Servicio Médico Nacional de Empleados únicamente.

^d Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

^e Seguro Social del Empleado (SSE) y Seguro Social del Obrero (SSO).

CUADRO 5—Distribución porcentual del total de gastos de salud del sector público, Perú, 1964.

Organismo	Participación porcentual en los gastos en salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	34.2
Otros Ministerios Nacionales:	
Guerra.....	3.3
Marina.....	1.2
Aeronáutica.....	0.4
Gobierno y Policía.....	4.1
Educación Pública.....	0.4
Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.....	6.5
Servicio Especial de Salud Pública...	1.6
Seguro Social del Empleado.....	22.6
Seguro Social del Obrero.....	19.9
Instituciones de Beneficencia.....	5.6
Gobiernos locales.....	0.2
Total.....	100.0

Fuente: Oficina Sectorial de Planificación de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

la prestación de servicios de salud al público. Si bien el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y los dos organismos del seguro social sufragaron en 1964 las tres cuartas partes de los gastos públicos registrados en salud, los servicios de salud de las fuerzas armadas, otros organismos gubernamentales y el sistema de la beneficencia representaron, en conjunto, gastos considerables.

El hecho de que los organismos del seguro social sufraguen una parte importante de los gastos de atención médica no significa que tales organismos presten dicha atención exclusivamente con sus propios servicios. En algunos países existen acuerdos según los cuales los hospitales y centros de salud dependientes del Ministerio facilitan servicios de atención médica a personas protegidas por el seguro social, y la Caja de este reembolsa a aquellos los gastos efectuados. En algunos casos se da la situación inversa y los Ministerios de Salud contratan servicios del seguro social. En Chile, el actual

Servicio Nacional de Salud fue establecido sobre la base del antiguo sistema del Seguro Social Obrero y los organismos del seguro social intervienen cada vez menos en la prestación directa de servicios de atención médica. En el Perú, una parte importante de los gastos del Seguro Social del Empleado representa el reembolso de gastos de atención médica a personas del sector privado comprendidas en el seguro.

Estas variaciones se reflejan en el cuadro 6, donde se indica el porcentaje de gastos de atención médica de la Caja del Seguro Social destinados al funcionamiento de sus propios servicios. Las cifras fluctúan desde 100% en el Brasil y México hasta el 74% en el Perú y el 60% en Panamá. Si bien los gastos de salud de los organismos del seguro social se dedican casi por entero a la prestación de servicios de atención médica, no ocurre lo mismo en lo que respecta a los Ministerios de Salud, que también han de ocuparse de diversas actividades preventivas en beneficio del individuo, tales como la vacunación, y de medidas de salud orientadas hacia la colectividad en general, tales como la inspección de mercados, educación sanitaria, etc. En el

CUADRO 6 — Porcentaje de gastos en atención médica de los organismos del seguro social destinado al funcionamiento de sus propios servicios, en diez países, 1964.

País	Porcentaje
Brasil.....	100.0 ^a
Colombia.....	95.3
Costa Rica.....	91.8
Chile.....	80.0 ^b
El Salvador.....	89.4
Honduras.....	99.0
México.....	100.0 ^a
Panamá.....	60.3
Perú.....	74.4 ^d
Venezuela.....	79.5

^a Seis cajas principales de jubilación.

^b Servicio Médico Nacional de Empleados, únicamente.

^c Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

^d Seguro Social del Empleado y Seguro Social del Obrero.

cuadro 7 se indica la distribución porcentual de los gastos del Ministerio de Salud en servicios de pacientes externos, pacientes hospitalizados y actividades de carácter colectivo.

La cifra, en extremo reducida, correspondiente a los servicios de pacientes hospitalizados en Costa Rica se debe a que en este país la atención hospitalaria, que facilitan los Ministerios de Salud en la mayoría de los países latinoamericanos, es financiada en su mayor parte por juntas locales. Si el importe del financiamiento local se incluyera en los gastos del Ministerio, el porcentaje de gastos totales en beneficio de la colectividad costarricense sería proporcionalmente menor.

Se observará que, además de la gran variación en la importancia relativa de los servicios de salud orientados hacia la colectividad en general, la relativa importancia concedida a los servicios de atención de pacientes internos y externos en el presupuesto de gastos del Ministerio varía también considerablemente. Aunque no es posible comparar los datos referentes a los Ministerios de Salud y a los organismos del seguro social de los 10 países, seis de estos facilitaron no sólo datos del Ministerio para el cuadro 5, sino también, para el cuadro 6, acerca de la atención médica del seguro social. Incluso si se tienen en cuenta las numerosas posibilidades de error y la falta de comparabilidad de los datos, la comparación de los países que figuran en los cuadros 7 y 8 revela la posibilidad de que

CUADRO 7 — Distribución porcentual de los gastos de los Ministerios de Salud, en siete países, 1964.

País	Servicios de consulta externa	Servicios de hospitalización	Servicios de salud de la colectividad
Colombia	50		50
Costa Rica	67	1	32
El Salvador	27	65	8
Honduras	22	48	29
Panamá	40	45	15
Perú	28	45	27
Venezuela	19	49	32

CUADRO 8 — Distribución porcentual de los gastos en atención médica del seguro social entre consulta externa y hospitalización, en nueve países, 1964.

País	Servicios de consulta externa	Servicios de hospitalización
Brasil ^a	52	48
Colombia	53	47
Costa Rica	68	32
Chile ^b	40	60
Honduras	35	65
México ^c	89	11
Panamá	69	31
Perú ^d	52	48
Venezuela	70	30

^a Seis cajas principales de jubilación.

^b Servicio Médico Nacional de Empleados.

^c Instituto Mexicano del Seguro Social.

^d Seguro Social del Empleado; Lima únicamente.

intervenga alguna especie de sistema de compensación. Con excepción de Honduras, los organismos del seguro social han tendido a conceder mayor importancia a los servicios de pacientes externos en los países donde los respectivos Ministerios de Salud se han preocupado más por los servicios de pacientes internos y viceversa.

2. El problema de los gastos de capital

Si bien es importante distinguir entre los gastos destinados al funcionamiento habitual de los servicios de salud y las inversiones en edificios, equipo pesado y otras partidas clasificadas como "bienes de capital" en las cuentas nacionales, en el presente estudio se ha hecho hincapié en los gastos corrientes. En la comparación de costos con respecto a la América Latina, una de las dificultades con que se tropieza es la gran diversidad de sistemas nacionales de contabilidad; raras veces se tiene la seguridad de que, en los datos relativos a las actividades corrientes, no se han incluido gastos referentes a bienes de capital, mientras que, en algunos casos, no se dispone de información acerca de las inversiones de capital.

Debido al elevado costo y a la larga dura-

ción de los hospitales y otros servicios principales de salud, es posible, especialmente en los países más pequeños, que transcurran varios años sin que se efectúen gastos importantes de capital, mientras que en los años en que se adjudican contratos para nuevas construcciones, los gastos pueden ser muy elevados. Por consiguiente, los datos relativos a 1964, que son comparables a la información acerca de los gastos de funcionamiento, carecerían de significación. En su lugar se solicitaron datos correspondientes al período 1960-1964, pero incluso estos resultaron ser de muy difícil interpretación para establecer comparaciones entre los Ministerios de Salud y los organismos del seguro social, ya que otros organismos gubernamentales solían intervenir, en forma importante, en el financiamiento. Por ejemplo, en Chile una empresa pública de carácter autónomo construye hospitales para el Servicio Nacional de Salud, y en el Perú la Caja Nacional de Seguro Social construye instalaciones que en otros países serían costeadas con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud, mientras que en Venezuela algunas instalaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se construyen con fondos del Ministerio, en tanto que otras son financiadas por el Ministerio de Obras Públicas. Los países donde los gastos medios anuales de capital de los Ministerios de Salud representaron en 1960-1964 más del 10% de los gastos corrientes de operación fueron México (37%), Venezuela (18%) y Honduras (12%). Los programas importantes de construcción de los organismos del seguro social generalmente quedaron fuera del quinquenio, con la excepción de México, donde la inversión anual del Instituto Mexicano del Seguro Social representó el 32% de los gastos corrientes de funcionamiento.

En países como el Brasil, que han experimentado una grave inflación, resulta difícil determinar el valor actual de servicios cons-

truidos hace solamente unos pocos años, es decir, durante el período 1960-1964.

Finalmente, la inversión necesaria para poner en servicio una cama de hospital varía considerablemente, según se trate de un nuevo edificio, de la renovación de uno viejo, o de la compra de uno ya construido.

En el caso presente, la importancia de los datos de capital consiste principalmente en que permiten determinar las partidas que debieran excluirse de los gastos corrientes de funcionamiento, y no en que se prestan al análisis por separado de las cuentas de capital correspondientes a un cuatrienio o cualquier otro plazo corto.

3. Comparación directa de costos

Uno de los problemas más difíciles en la comparación directa de costos entre los Ministerios de Salud y los organismos del seguro social es el de decidir la unidad de medida que se ha de emplear. Indudablemente, como ha de prestarse servicio a poblaciones distintas, el gasto total no corresponde necesariamente al costo por unidad de servicio prestado. Las poblaciones que, en principio, tienen derecho al servicio, tampoco ofrecen la debida base de comparación, ya que el derecho teórico al servicio y el disfrute real de este no concuerdan necesariamente. Por lo tanto, a fin de lograr una primera aproximación a la comparación directa, el cuadro 9 se fundó en el costo por paciente-día en los hospitales generales dependientes de los Ministerios de Salud y de los organismos del seguro social.

En la segunda columna del cuadro 9 se indican las razones de los costos por paciente-día. Si bien el costo fue invariablemente mayor en las instituciones del seguro social que en las del Ministerio de Salud, las razones variaron de 1.4 en el Brasil a 5.8 en El Salvador y 6.1 en Honduras. Las notas de pie de página, en las que se indican los límites de protección, tienen especial importancia, puesto que la razón relativamente

CUADRO 9 — Costos relativos en diez países, por paciente-día en hospitales generales de los Ministerios de Salud y de los organismos del seguro social, y comparación de los costos con el producto interno bruto por persona-día.

País	Razón del costo por paciente-día en hospitales generales del seguro social con relación al costo en hospitales generales del Ministerio de Salud	Número de unidades del producto interno bruto diario <i>per capita</i> equivalente al costo de un paciente-día en hospitales generales	
		Servicios del Ministerio de Salud	Servicios del seguro social
Brasil.....	1.4 ^a	9.2	13.3 ^a
Colombia.....	2.2	4.8	10.5
Costa Rica.....	1.8	5.4	9.9
Chile.....	5.6 ^b	3.9	21.9 ^b
El Salvador.....	5.8	3.2	18.7
Honduras.....	6.1	5.2	31.7
México.....	3.6 ^c	5.3 ^c	19.1 ^c
Panamá.....	3.9	5.8	22.9
Perú.....	2.8 ^d	6.2	17.7 ^d
Venezuela.....	2.4	3.9	9.3

^a Datos del seguro social relativos exclusivamente a la Caja de Pensiones de Empleados de Comercio.

^b Datos del seguro social relativos exclusivamente al Servicio Médico Nacional de Empleados.

^c Datos del seguro social correspondiente a empleados del Gobierno únicamente.

^d Datos del seguro social relativos exclusivamente al Seguro Social del Obrero.

baja correspondiente al Perú se funda en datos referentes al Seguro Social del Obrero únicamente y se sabe que los costos por cama-día en los dos grandes hospitales dirigidos por el Seguro Social del Empleado son mucho mayores. Del mismo modo, la razón relativa a Chile, que es bastante más elevada, refleja los costos del Servicio Médico Nacional de Empleados, mientras que los datos referentes al seguro contra accidentes del trabajo indican que los costos por paciente-día en otras cajas del seguro social pueden ser mucho más reducidos.

En las columnas 3 y 4 del cuadro 9 se indican los costos por paciente-día en relación con el índice de prosperidad de los distintos países. La unidad elegida (por ser la más fácil de obtener) fue la del producto interno bruto a precios de mercado, si bien conviene señalar que el producto nacional bruto a costo de factores o cualquier otra medida general del ingreso nacional permitiría obtener resultados fundamentalmente similares. El producto bruto *per capita* se dividió por 366 (por haber sido 1964 un año bisiesto), a fin de calcular el producto por

persona y por día. Relacionando esta medida con el costo por paciente-día se pueden establecer comparaciones entre países sin necesidad de referirse al tipo de cambio o a unidades monetarias.

En cuanto a los datos del Ministerio de Salud que figuran en la columna 3 del cuadro, su interpretación es la siguiente: en Chile, El Salvador y Venezuela se registran los costos más bajos por paciente-día en función del producto nacional. Independientemente de si el costo en escudos, colones o bolívares se considere alto o bajo, esto significa que *con respecto a la capacidad de pago del país el costo ha sido bajo*. En cambio, el costo más elevado en función del producto nacional corresponde al Brasil y al Perú, lo cual indica que en estos países donde el costo es alto con respecto a la capacidad de pago, se requiere un sacrificio mayor para sufragar el costo de la atención médica correspondiente a la unidad paciente-día. Las cifras más altas que figuran en la columna 4, relativas al costo por paciente-día en los hospitales generales del seguro social, pueden compararse de un país a otro

CUADRO 10 — Distribución, por partidas, de los gastos corrientes de funcionamiento de hospitales generales, 1964.

País e institución	Salarios y sueldos	Medicamentos y suministros médicos	Varios
Brasil: Ministerio.....	82.8	13.8	...
Seguro Social.....	...	...	...
Colombia: Ministerio.....	51.0	15.5	33.5
Seguro Social...	42.0	43.7	14.4
Costa Rica: Ministerio....	60.1	15.9	24.0
Seguro Social ^a	58.0	20.7	21.3
Chile: Servicio Nacional de Salud.....	61.9	18.8	19.3
Servicio Médico Nacional de Empleados.....	...	...	...
El Salvador: Ministerio ^b ..	51.4	34.0	14.6
Seguro Social.....	51.8	30.8	17.3
Honduras: Ministerio.....	57.3	42.4	0.3
Seguro Social..	73.6	25.3	1.1
México: Ministerio ^c	75.6	14.0	10.4
IMSS.....	...	...	...
ISSSTE.....	...	...	...
Panamá: Ministerio ^b	61.1	16.9	22.0
Seguro Social.....	...	...	...
Perú: Ministerio.....	71.8	6.0	22.2
sse.....	73.6	16.7	9.7
sso.....	70.0	22.5	7.5
Venezuela: Ministerio.....	70.4	12.6	17.0
Seguro Social..	65.1	7.4	27.5

^a Consultorio externo.

^b Comprende centros de salud con camas.

^c Centros de salud con camas.

en la misma forma, aunque es preciso señalar que las personas con derecho a la protección del seguro social suelen disfrutar de ingresos superiores al promedio nacional y han contribuido directamente, de su propio peculio, mediante las aportaciones que corresponde a los trabajadores para financiar el seguro social, según se indica en el cuadro 12.

Al analizar las diferencias de los costos, importa asimismo determinar los componentes principales del costo total. En el cuadro 10 se indica la distribución porcentual de los costos en los hospitales generales, por

concepto de sueldos y salarios, medicinas y suministros médicos, etc. Quizá la indicación más notable del cuadro no sea la relativa a la importancia universal de sueldos y salarios en el costo total, ni la amplia variación registrada, sino que las diferencias en la participación relativa entre los distintos países suelen ser más importantes que las diferencias entre los hospitales del Ministerio de Salud y del seguro social dentro de los países.

4. Fuentes de financiamiento de la atención médica

En los cuadros 11 y 12 se presenta la distribución porcentual de ingresos totales relativos a los servicios de atención médica dependientes de los Ministerios de Salud y de organismos del seguro social. Como era de esperar, la mayor parte de los recursos de los Ministerios de Salud proceden del tesoro nacional, mientras que las instituciones del seguro social dependen en muy alto grado de las aportaciones del trabajador y el empleador. Por otra parte, varios Ministerios de Salud también obtienen sumas importantes de otra procedencia. Será preciso realizar nuevas indagaciones para

CUADRO 11 — Distribución porcentual de ingresos de los Ministerios de Salud en 1964, en diez países, por fuente de fondos.

País	Tesoro Nacional	Aportaciones de trabajadores y empleadores	Pagos por servicio	Pagos de transferencia	Varios
Brasil.....	100.0	-	-	-	-
Colombia...	92.8	-	-	-	7.2
Costa Rica..	95.4	-	-	-	4.6
Chile (sns)..	68.2	18.4	3.2	0.3	9.8
El Salvador..	100.0	-	-	-	-
Honduras...	73.8	-	1.5	21.4	3.1
México.....	97.7	-	2.3	-	-
Panamá.....	89.2	5.4	4.6	-	0.8
Perú.....	69.1	10.3	7.3	13.5	-
Venezuela...	97.1	-	0.6	1.2	1.1

CUADRO 12—Distribución porcentual de ingresos de organismos del seguro social (enfermedad y maternidad) en 1964, en diez países, por fuente de fondos.

País	Tesoro Nacional	Aportaciones de trabajadores y empleadores	Pagos por servicio	Pagos de transferencia	Varios
Brasil ^a	29.7	59.2	0.1	—	10.9
Colombia....	5.8	87.6	—	—	6.6*
Costa Rica...	16.0	79.7	1.3	—	2.9
Chile ^b	—	89.3	4.6	6.0	—
El Salvador..	17.7	80.1	—	—	2.2
Honduras...	—	97.4	—	—	2.6
México ^d	24.8	74.5	0.1	—	0.6
Panamá.....	6.6	74.6	—	—	18.7
Perú (ssé)...	—	97.8	•	—	2.2
(sso)...	—	73.7	0.9	4.3	21.3
Venezuela...	11.3	73.0	13.8	1.3	0.6

^a Seis cajas principales de jubilación.

^b Servicio Médico Nacional de Empleados.

^c Comprende algunos honorarios por servicio.

^d Instituto Mexicano del Seguro Social; existe una caja aparte para trabajadores del Estado (issstra) constituida exclusivamente por aportaciones.

* Menos del 0.1 por ciento.

resolver ciertas cuestiones relativas a la naturaleza exacta de las “aportaciones de trabajadores y empleadores” y “pagos de transferencia”, pero se considera que, en lo esencial, estas partidas de ingresos ministeriales representan pagos por servicios prestados (por ejemplo, atención médica facilitada a personas comprendidas en el seguro social).

En algunos países se han incluido las aportaciones de organismos internacionales como la OPS/OMS y el UNICEF en la categoría de “varios”. Los pagos por servicio son insignificantes en la mitad de los países protegidos. En el Perú ascienden a más del 7% de los ingresos totales del Ministerio. Sin embargo, en muchos de los países en que se recaudan tales pagos, los ingresos así obtenidos no se ponen a disposición del Ministerio de Salud sino que, en virtud de disposiciones legales, se reintegran al tesoro nacional.

En cuanto a los organismos del seguro social, las disposiciones legales varían: en algunos países se prevén explícitamente aportaciones por el Gobierno Nacional; en otros, se depende exclusivamente de los pagos de obreros y patronos. Con las excepciones de Chile y Venezuela, los pagos por servicio no representan una fuente considerable de ingresos. La columna correspondiente a “varios” refleja la administración económica autónoma de los organismos del seguro social, que pueden obtener fondos de inversiones, de la venta de equipo anticuado, etc., y utilizan el producto como ingresos de explotación para complementar los ingresos procedentes de los trabajadores, los empleadores y el Gobierno.

COORDINACION ENTRE LA SALUD PUBLICA Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Pedro Daniel Martínez¹

Del estudio realizado por la Oficina Sanitaria Panamericana se desprenden algunos hechos sobresalientes que permiten reflexionar con mayor firmeza sobre los caminos que se pueden seguir para lograr los propósitos perseguidos por estas Discusiones Técnicas, a saber: "promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud".

Características generales

Ante todo, está muy claro que las estructuras y las circunstancias administrativas, como era de esperar, presentan extrema diversidad en los distintos países estudiados; por otra parte, también es fácil notar que en todos esos países existe evidente empeño en alcanzar un grado eficiente de coordinación entre los diferentes organismos encargados de los programas de salud. Quizá con más vigor todavía aparece una conclusión cimera: en todas partes existe urgente necesidad de auspiciar tal coordinación.

Por supuesto que, si por una parte existe determinada necesidad y por otra un anhelo de satisfacerla, se impone averiguar por qué tal satisfacción no se ha logrado en forma cabal. Es indudable que en cada país deben existir causas diversas; pero, cualesquiera que sean, nos está permitido el tratar de agru-

par, por lo menos, aquellas que tienen un mayor carácter de universalidad. Por ejemplo, no es posible coordinar tareas, o seres humanos, o instituciones, si no se establecen medios formales y expeditos de comunicación e información y si lo que se trata de coordinar no persigue objetivos comunes. En verdad, no hemos estudiado este problema en un plano multinacional. Considero, por tanto, que es nuestro deber realizar un estudio de estas características, y luego establecer, de acuerdo con lo que nos proporcione nuestro estudio, un sistema fluido y eficiente de intercomunicación entre las instituciones de salud. La modalidad que adopte tal sistema tendrá que ajustarse a la realidad de cada país, pero en todas partes será forzoso que tenga por lo menos dos expresiones: la ideológica, que deberá utilizar una terminología y un lenguaje inequívocos, y la cuantitativa, que habrá de basarse en información estadística común elaborada bajo principios comunes. Únicamente a través de una constante, amplia e inteligente información interinstitucional podemos tener razonables esperanzas de lograr la coordinación que deseamos. Por lo general se acepta que los hombres tienen como característica inherente el deseo de trabajar asociados en forma permanente; pero este impulso se verá frustrado, y aun más, desviado hacia derroteros que pueden llegar a ser perjudiciales a sus propios intereses, si carecen de adecuados mecanismos de mutua información y comprensión.

¹Subsecretario de Salubridad, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.

Doctrina común

Por otra parte, nunca podremos coordinar tareas, hombres o instituciones si carecen de una doctrina común, entendiéndolo por tal a la vez doctrina como objetivo y doctrina como procedimiento. Por desgracia, no estamos en condiciones de asegurar que nuestras instituciones comparten los mismos propósitos y los mismos principios técnicos e inspiran en ellos su acción. Debemos también indagarlo, y actuar luego de conformidad con el resultado de nuestras investigaciones.

El adiestramiento de los trabajadores de la salud resultará, sin duda, otro de los mecanismos esenciales para alcanzar nuestro propósito de coordinación. Ello implica a la vez un adoctrinamiento técnico y un adoctrinamiento ideológico, que deberemos realizar antes de que se incorporen a nuestras instituciones y cuando ya forman parte de ellas. De tal manera se conseguirá su entrega y su lealtad, no sólo a su grupo y a su institución, sino también, abarcando mayores horizontes, a la misión humanista que a todos nos compete. Por eso parece evidente que debemos realizar un programa de cooperación y acercamiento entre los Ministerios de Salud y las escuelas de medicina, las escuelas de enfermería y otras escuelas universitarias, a la vez que llevamos a cabo programas de educación continua, multi-institucional, para niveles profesionales específicos y para niveles combinados, con todo lo cual fomentaremos a la vez el desarrollo de la personalidad profesional, el espíritu de equipo, la identificación al grupo y la solidaridad con nuestra misión universal.

Características de la coordinación

Sería pueril, sin embargo, creer que con buenos sistemas de información y eficientes programas de adoctrinamiento podemos asegurar el éxito. Si nos conformáramos con tales avances cometeríamos un grave error.

A fin de cuentas, los hospitales, los centros de salud, los laboratorios y todos nuestros organismos médicos no son abstracciones, sino realidades concretas constituidas por seres humanos, con tradiciones, ambiciones e ideales. De ahí que el imperativo sobresaliente en nuestro empeño por lograr la coordinación es, y será siempre, el de respetar la identidad, la integridad y la libertad creadora de cada una de las instituciones. No hay peligro mayor al de que, con el pretexto de coordinar, se intente aniquilar, absorber o, simplemente, postergar los organismos sociales que se desea obren en forma asociada. Nunca será criticable el repetir cuantas veces sea necesario que coordinarse no significa someterse; coordinarse quiere decir liberarse de la improvisación y protegerse del aislamiento. Coordinar no consiste en regimentar ni imitar, sino, por el contrario, en asegurar la propia originalidad, enriquecerse con las realizaciones de los demás y, finalmente, entregarse con todo y tarea, en resuelta manifestación de confianza a la misión común.

Pero ¿puede desarrollarse la confianza cuando se amenaza la independencia y cuando se pone en peligro la economía y el prestigio social, político y profesional de las instituciones? No: coordinar no implica atropellar la existencia jurídica e institucional de los organismos sociales. Significa, por el contrario, adquirir una nueva dimensión, sacar la cabeza de los subsuelos del egoísmo y del mundo del temor, para ostentar con entereza la propia individualidad. Porque, a fin de cuentas, se coordinan tareas bien definidas, funciones claramente determinadas, y no actividades imprecisas y confusas; se coordinan hombres con personalidad propia, no seres sin individualidad, ni miembros de masas cuya existencia es ajena a los grupos sociales organizados y que son, en verdad, simples fracciones de colectividades. Se coordinan instituciones con vida propia, con impulso creador y con espíritu de libertad, y no instituciones sin identidad, informes y sin

iniciativa. El peor enemigo de la coordinación es el anonimato institucional.

Por eso es peligroso considerar que la mejor forma de coordinar consiste en integrar, incorporar, someter a una asimilación uniformadora a diversas instituciones para que queden bajo una misma jefatura, dando origen con frecuencia a estructuras monolíticas, que impiden o limitan la diversificación y el libre desenvolvimiento de las entidades incorporadas. En el extremo opuesto, similar peligro encierra el permitir la multiplicación desordenada, la pululación de innumerables instituciones aisladas con vida precaria, sin vigor para alcanzar una madurez fecunda. Sólo es positivo un justo medio, determinado a través de una exquisita sensibilidad social y un auténtico respeto por las organizaciones humanas.

Por otra parte, la gran diversidad de los programas de salud demanda con urgencia una auténtica y eficiente coordinación. En efecto, aunque la medicina, como principio y como objetivo, es una e indivisible, en lo que se refiere a su realización varía tanto como varían las culturas humanas. Porque la medicina es reacción a las demandas sociales, tan diversas como diversas son las circunstancias de la vida colectiva; sin perjuicio de que es a la vez acción, es promoción, es fuerza innovadora que conduce a la identificación final de todos los hombres, pero no a su estandarización. La salud pasiva, la salud impuesta, la salud técnica, es la que forjamos los profesionales de la medicina. La salud activa, la salud dinámica, la salud creadora, es la que realizan todos los hombres con su conducta, determinada por la trayectoria de su cultura; y esa trayectoria es la que nos corresponde iluminar y guiar a nosotros, los trabajadores de la salud.

Por ello tenemos que considerar que la medicina óptima, la medicina de la más alta calidad, que es la única que podemos aceptar, es la medicina que antepone el hombre a la ciencia, el humanismo a la técnica. Por eso

creemos que los programas médicos concebidos en serie, cuyo auténtico denominador común no es la igualdad, sino más bien la uniformidad impuesta, expresan en el fondo una veneración injustificada de la técnica y un divorcio con la verdad humana.

En esas condiciones—que no son las que buscamos—no se necesita coordinación: basta con la simple reglamentación. La coordinación es indispensable, por el contrario, cuando los programas médicos se adaptan a las circunstancias culturales, sociales y epidemiológicas; cuando no son programas ideados en base a abstracciones teóricas, sino específicamente concebidos para comunidades concretas.

Diversidad de soluciones

Por todo esto, debe insistirse en que, así como los obstáculos para lograr la coordinación varían enormemente de un país a otro, en el mismo grado deben variar las soluciones que se encuentren. En cada uno de los países, las repercusiones de la coordinación en la economía, en el poder, en el prestigio y en la iniciativa creadora de las instituciones adquieren características completamente diferentes. Debemos por lo tanto estudiarlas en cada circunstancia, a fin de evitar las reacciones de oposición que proceden de una actitud de legítima defensa, y fomentar, por el contrario, el desarrollo de actitudes positivas como resultado de beneficios evidentes en la economía, la eficiencia de los servicios y, sobre todo, la integridad y el desarrollo del país.

Únicamente así es posible esperar que los organismos de seguridad social y los Ministerios de Salud obren de consuno, independientemente de que formen una sola o varias unidades administrativas.

No cabe duda de que la coordinación no puede improvisarse; tampoco puede ser exclusivamente el resultado de decretos, ni un simple asunto de contabilidad. Coordinar las instituciones significa también desarrollar

una nueva dimensión, capaz de abarcar más amplios horizontes sin perder la identidad propia; crear nuevas lealtades, al tiempo que se conserva la adhesión al propio grupo; aceptar nuevos niveles de autoridad, respetando siempre los tradicionales; y, sobre todo, incorporarse a nuevos objetivos de mayor envergadura, sin despreciar por ello el valor insustituible de la misión concreta que corresponde a la propia institución.

El caso de México

Después de estas reflexiones parece justificado presentar, aunque sea abreviadamente, algunas realizaciones. Permítasenos utilizar, con toda modestia, un ejemplo de nuestro país.

En virtud de un decreto presidencial de agosto de 1965, se ha establecido una Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, presidida por el Secretario de Salubridad y Asistencia, e integrada además por los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Se hallan incorporados a ella los jefes médicos y los jefes arquitectos de las tres instituciones. Su misión primaria es la de evitar la duplicidad de las inversiones y propiciar el rendimiento óptimo de los recursos de que se dispone. La comisión decide la mejor forma de utilizar los bienes de capital y discute y aprueba las sugerencias de los comités de trabajo que ha formado, para armonizar la técnica y los programas.

Hasta ahora se cuenta con comités de medicina preventiva, de prevención de radiaciones y de estadística; se encuentra en proceso de formación un comité de educación profesional. A través del diálogo permanente entre los miembros de estos comités y los de la Comisión propiamente dicha, así como por medio de una estadística elaborada bajo los mismos principios, se procura favorecer la mutua información, como base de

la comprensión. Con los programas educativos comunes para los trabajadores de los tres organismos asociados, así como mediante los convenios establecidos entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y varias escuelas de medicina y enfermería, se está desarrollando una doctrina común de técnica y de objetivos.

Por otra parte, la fuerza de la Comisión reside sobre todo en que sus determinaciones, al ser aceptadas, se convierten en realizaciones, por significar beneficios económicos o de prestigio social, político o profesional de las instituciones integrantes. De esta manera, lo que podría ser una competencia egoísta se está transformando en una competencia en el campo de las realizaciones; a través del juego limpio, el antagonismo se convierte rápidamente en cooperación. La diversidad de los recursos, la estructura legal y administrativa, los programas y los derroteros de estas instituciones, en vez de constituir obstáculos, se está convirtiendo en una riqueza común que las une cada vez más. Esperamos que ello dé como resultado el que pronto otras instituciones deseen incorporarse a la autoridad de la Comisión Mixta Coordinadora, por la confianza que esta inspire y, sobre todo, por las ventajas que ofrezca.

En México se considera con fe y optimismo la posibilidad de crear un nuevo nivel de autoridad organizada, capaz de coordinar sin deformar, de asociar sin uniformar, de inspirar más que de reglamentar.

Estamos convencidos de que la base del éxito para asegurar la coordinación reside en lograr una información común, objetivos comunes e intereses comunes. Además, no concebimos la coordinación sin que a la vez haya confianza y autoridad; el problema se halla precisamente en unir estas dos condiciones. Glosando una conocida sentencia del prohombre mexicano Benito Juárez—"El respeto al derecho ajeno es la paz"—podemos, por analogía, aseverar que el respeto

entre las instituciones, como entre los individuos, es la base de la cooperación.

Conclusión

Estas breves reflexiones no aspiran a ser compartidas por nadie; esta realización nacional no pretende ser un ejemplo a seguir. Pero quizá ambas puedan inspirar algunas soluciones adaptables a las circunstancias

propias de cada país. La coordinación es un proceso humano, dinámico, delicado y complejo. Para lograrla debemos utilizar el conocimiento y la técnica, pero guiados invariablemente por el respeto al hombre y a sus creaciones más caras, las organizaciones de cultura, entre las que ocupan lugar destacado las instituciones que tienen como meta el procurar la salud y el bienestar de todos.

LA COORDINACION DE LOS SERVICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Arturo Vasi Páez¹

Se nos ha invitado a presentar la coordinación de servicios desde el punto de vista de las autoridades médicas de la seguridad social. No pretendemos agotarlo con estos breves comentarios, sino simplemente cooperar en la iniciación de un intercambio de ideas que sólo más tarde, a través del análisis y las actividades de las comisiones, permitirá elaborar algunas consideraciones valederas.

Actualidad del problema

Es sabido que, según la modalidad de estas Discusiones Técnicas, nuestra intervención no puede considerarse como una expresión del modo general de pensar de las autoridades médicas de la seguridad social, cuya representación no ejercemos. Sin embargo, la inquietud y el interés de dichas autoridades sobre la necesidad de coordinar las actividades en el campo de la salud, y en particular de la atención médica, han venido manifestándose desde hace años. La coordinación fue considerada en varias reuniones de organizaciones de seguridad social; ya en la primera reunión del Comité Permanente Interamericano en Santiago de Chile, en 1942, se la recomendaba para "un aumento de la eficacia y economía". Posteriormente, el tema ha sido tratado por numerosos organismos, tales como la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de los Estados Americanos, la Asociación Interna-

cional de la Seguridad Social y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, siendo las últimas oportunidades los coloquios medicosociales de este año en Panamá y Lima. Por su parte, la Oficina Sanitaria Panamericana convocó en julio de 1965 la primera reunión de un grupo de funcionarios de los Ministerios de Salud Pública y de los organismos de seguridad social, encargado del estudio y discusión del problema en sus diversos aspectos,² una de cuyas recomendaciones fue la realización de la encuesta que se ha comentado en estas Discusiones.

Creemos que la finalidad principal de estas actividades ha sido cumplida, pues hoy en día es tema común y principio aceptado la necesidad de coordinar; además, en varios países pueden constatarse diferentes formas de coordinación entre instituciones, tanto públicas como privadas.

Actitud ante la coordinación

Es indudable que la coordinación tiene que entrañar una nueva actitud en todos los que tratan de promoverla y utilizarla. Por ello consideramos conveniente delimitar claramente sus alcances y trascendencia, a fin de superar las lógicas reservas que surgen cuando no se conocen sus objetivos reales. La reiteración de determinadas condiciones, respetadas como premisas, permite que no se aleje esta sana intención de sus objetivos originales y que se mantenga el espíritu de

¹ Director de Prestaciones de Salud, Seguro Social Obrero, Lima, Perú.

² *Publicación Científica de la OPS 129*, 1966.

cooperación necesario entre los elementos a los que habrá de alcanzar.

Evidentemente, la coordinación no puede tener como resultado la pérdida de independencia o especificidad de las instituciones, sino que más bien exige el respeto a los propios fines y una actitud voluntaria encaminada a desarrollar acciones concordantes.

No se puede dejar de reconocer que los sistemas de seguridad social, en sus diversas modalidades, constituyen valiosos instrumentos para el mejoramiento de las condiciones de vida y son, por tanto, un factor del desarrollo económico y social. Los países, al tratar de estimular su ampliación, buscan garantizar a sus ciudadanos la cobertura de los riesgos a que están sometidos y el acceso a una gama de prestaciones sociales en concordancia con sus anhelos de justicia social.

Por ello, el cumplimiento del propósito de coordinar no puede traer aparejada la detención del avance y superación de la seguridad social, sino que más bien debe ser un camino para hacer más rápida y factible su extensión, mediante lo cual grupos económicamente débiles pueden convertirse en contribuyentes al sistema, liberando al Estado de su atención.

Indudablemente, la diversidad de criterios en los distintos países y en algunos casos extremos en los diferentes Ministerios e instituciones de seguridad social ha llevado a confundir el deseo de coordinar las acciones en el aspecto operativo de la prestación médica, que es uno de los aspectos que abarca la seguridad social, con la conversión de esas instituciones en simples recaudadoras de cotizaciones, con olvido de la amplia responsabilidad contraída con los afiliados.

Es por ello importante repetir el siguiente párrafo del documento básico de trabajo de estas Discusiones: "Si se reconoce que las condiciones del desarrollo económico y social obligan a la coexistencia de estos dos tipos de servicio—los de los Ministerios y los de

la seguridad social—parece obvia la necesidad de encontrar algunos medios de entendimiento para facilitar el trabajo en común". La razón enunciada es fundamental para obligarnos a superar los inconvenientes que existan; pero debe evitarse que el deseo plausible de limitar la dispersión de los medios o recursos lleve a olvidar los fines propios de los sistemas de seguridad social.

En este sentido, consideramos de gran transcendencia las conclusiones aprobadas en la 8ª Conferencia de los Estados de América Miembros de la OIT realizada en la ciudad de Ottawa, Canadá, entre las cuales se recomienda la utilización de la seguridad social como instrumento de política social; su extensión, en particular a la población rural; y la coordinación, tanto en materia de prestaciones como en lo que se refiere a las actividades de los organismos internacionales entre sí.

Creemos que en la actualidad ya existe un consenso en el sentido de que, sin tratar de forzar aplicaciones no previstas para la coordinación, se acepta que esta "es el medio más lógico para lograr el aprovechamiento racional de la capacidad instalada de que en un momento dado pueda disponer cualquier entidad del sector salud. Eso hará posible la necesaria ampliación de las prestaciones al mayor número de población, evitando la multiplicación innecesaria de servicios, en tanto estos sean suficientes y puedan operar a un costo más compatible con la realidad. La coordinación, pues, no significa la desaparición de ninguno de los sistemas, ni viene a aumentar un nuevo problema a las instituciones. Ella reside, en cambio, en la utilización en común de lo existente, y permite aprovechar los recursos no duplicados en todos los lugares donde se los necesita".

Forma de proceder

En base a este criterio, se puede determinar que las primeras etapas de la coordinación deben comenzar en la periferia, me-

dian­te la ini­cia­ción de nue­vos ser­vi­cios que per­mitan el acce­so a un ni­vel ac­ceptable de aten­ción de nue­vos gru­pos hu­ma­nos. Por el con­tra­rio, si nos em­pe­ña­ra­mos en coor­di­nar áreas ya aten­didas y po­si­ble­mente con gran de­man­da y ser­vi­cios no siem­pre de con­di­cio­nes y ca­li­dad uni­for­mes, in­evita­ble­mente se pro­ducirá una asimi­la­ción de los ser­vi­cios me­jores al ni­vel in­ferior. De esta ma­nera, la coor­di­na­ción re­sul­ta­rá, pa­ra­dójica­mente, un fac­tor de uni­for­mi­za­ción, pe­ro a ex­pen­sas de la ca­li­dad de la aten­ción.

De­be re­cor­darse que, con un sen­tido equi­ta­tivo de lo que im­plica la coor­di­na­ción, esta no puede re­ali­zarse en un solo sen­tido, de modo que la se­gu­ri­dad so­cial tien­da a con­ver­tirse sólo en con­tra­tante de ser­vi­cio, y ello para el as­pec­to par­cial de la aten­ción mé­dica. De­be ten­erse en cuenta que ella po­see ser­vi­cios que cuentan con un fi­nan­cia­miento pro­pio y un con­trol ad­mi­nis­tra­tivo y fi­nan­ciero es­tricto, y que en con­se­cuencia man­tienen ni­veles ele­vados y es­ta­bles de ca­li­dad, sin­gu­la­res en al­gunos paí­ses, y que, me­diante con­ve­nios ade­cuados, pueden ser a­pro­ve­chados para be­ne­ficio de la co­mu­ni­dad.

Estas con­si­de­ra­cio­nes nos lle­van a ac­ceptar que, para pen­sar en coor­di­nar ser­vi­cios ya exis­ten­tes, es ne­ce­sario uni­for­mar pre­via­mente de­ter­mi­nadas con­di­cio­nes, como las re­mu­ne­ra­cio­nes, con­di­cio­nes de tra­ba­jo, se­lección, adoc­tri­na­miento y re­qui­si­tos de in­gre­so del per­so­nal de todo ni­vel; ti­pos de or­ga­ni­za­ción ad­mi­nis­tra­tiva, cla­ses y am­pli­tud de los ser­vi­cios brin­dados. En base a estos re­qui­si­tos pre­vios, se podrá luego e­va­luar la ca­li­dad y co­sto de la aten­ción y ga­ran­tizar el éxi­to de la coor­di­na­ción.

De­be ad­emás pre­ci­sarse que la coor­di­na­ción tie­ne un sen­tido más am­plio que el de la aten­ción hos­pi­talaria. En efec­to, ella puede abar­car el em­pleo en co­mún de in­stalacio­nes docen­tes, de de­ter­mi­nado per­so­nal es­pe­ciali­zado, de sis­te­mas me­ca­ni­zados, etc., y para ac­ti­vi­dades que, ad­emás de abar­car la re­cu-

pe­ra­ción de la salud, in­cluyen tam­bién las de pro­mo­ción, pro­tec­ción y re­ha­bi­li­ta­ción.

En vista de la im­por­tancia de estas ac­cio­nes para el sis­te­ma de se­gu­ri­dad so­cial, con­ven­dría que, en los lu­ga­res en que este po­sea ser­vi­cios in­stalados y su­fi­cien­tes que cubran a nú­cleos im­por­tantes de po­bla­ción, se con­tra­te a la vez por el Mi­nis­te­rio la aten­ción total e in­te­gral a de­ter­mi­nadas áreas. Este pro­ce­di­miento serviría para man­te­ner una com­pa­ra­bi­li­dad de re­sul­ta­dos y con­sti­tuiría es­tí­mu­lo per­ma­nente.

Necesidad de una nueva encuesta

En re­la­ción con el pro­greso ob­te­nido, no que­re­mos olvi­dar la re­ali­za­ción de la pri­mera en­cuesta de re­cu­rso­es, cuyos re­sul­ta­dos se han co­men­tado en forma bre­ve. Aunque los re­sul­ta­dos de la mis­ma sólo se han re­ci­bido re­cientemente en cada in­sti­tu­ción, estamos se­gu­ros de que per­mitirá ob­te­ner va­li­osas com­pro­ba­cio­nes de ti­po es­ta­dís­tico y eco­nó­mico res­pec­to a los sec­to­res in­ves­ti­gados. Se e­vi­ta­rá así la ne­ce­si­dad de es­ta­ble­cer com­pa­ra­cio­nes, lo cual es a­con­se­ja­ble pue­sto que las ci­fras, al no dis­cri­mi­nar el ti­po, am­pli­tud ni ca­li­dad de los ser­vi­cios brin­dados, pueden lle­var a juicios errados.

A este res­pec­to con­si­de­ra­mos que con­sti­tuirá un nue­vo paso im­por­tante la en­cuesta que re­ali­za el Co­mi­té In­te­ra­me­ri­cano de Se­gu­ri­dad So­cial en pre­pa­ra­ción de la con­fe­ren­cia que ce­le­bra­rá en Pa­na­má en no­vie­mbre de 1967, al tra­tar en forma cor­re­la­cionada cua­tro as­pec­tos di­rec­ta­mente vin­cu­lados con estos pro­ble­mas, a sa­ber:

1. Ex­ten­sión de la se­gu­ri­dad so­cial a la po­bla­ción ru­ral.
2. Re­la­cio­nes entre las in­sti­tu­cio­nes de se­gu­ri­dad so­cial y otras in­sti­tu­cio­nes de asis­ten­cia mé­dico­so­cial.
3. Ca­li­dad de los ser­vi­cios mé­dicos en las in­sti­tu­cio­nes de se­gu­ri­dad so­cial.
4. Vo­lumen y co­sto de las pre­sta­cio­nes de en­fer­me­dad, ma­ter­ni­dad y ries­gos pro­fesio­na­les en es­pecie y en di­ne­ro.

Como el concepto de costo o de volumen resulta muy relativo cuando no se establecen índices de comparabilidad, será necesario determinar nuevos indicadores sobre calidad, utilización, oportunidad, grado de satisfacción de la demanda y de las necesidades, grado de influencia en la modificación de los índices por daños, etc.

Recomendaciones

En el estado actual del proceso de paulatina aceptación de la coordinación, creemos oportuno recomendar que la Oficina Sanitaria Panamericana convoque a una nueva reunión del Grupo de Estudio que planeó la primera encuesta. En esta oportunidad se evaluarían detenidamente las conclusiones de aquella y se planearía una encuesta complementaria específica sobre la coordinación.

Esta encuesta debería registrar los casos en que la coordinación se haya logrado; sus niveles, sus dificultades y sus resultados; los procedimientos legales que se emplearon, el sistema económico aplicado y los organismos que la efectuaron; la amplitud y fines de sus acciones, el grado de aceptación por los usuarios y de satisfacción de las necesidades, etc. También deberán estudiarse en esta oportunidad los procedimientos más aconsejables para los países que no la hubieran iniciado o, en su caso, para su ampliación.

Creemos que en el Perú podemos en-

contrar algunos antecedentes dignos de revisión y comentario. Al haberse superado las etapas previas, ha sido posible establecer un permanente contacto de las instituciones de seguridad social entre sí, así como de estas con las estatales y privadas. De tal manera, al paso que en el terreno individual se han superado las reservas a través de un intercambio de funcionarios, en el terreno institucional ello se ha obtenido mediante la vigencia de 59 convenios entre la Caja Nacional de Seguro Social, por una parte, y por la otra el Ministerio de Salud Pública o entidades privadas.

De esos convenios, 25 son con el Ministerio, particularmente con relación a los nuevos hospitales, lo cual ha permitido llevar la seguridad social a nuevas zonas con poca población, que de otra forma no hubieran podido justificar un servicio propio del seguro. Sin embargo, corresponde también mencionar que se presentan numerosos problemas de carácter local, los que será necesario revisar tanto en lo que se refiere a sus causas como a las soluciones dadas.

Para terminar, deseamos expresar nuestra convicción de que todos los esfuerzos que se hagan para mejorar los sistemas de coordinación encontrarán su recompensa en los resultados positivos que ella ofrece conforme va madurando nuestra capacidad para emplearla.

PLANIFICACION COORDINADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dr. Alberto E. Calvo¹

Generalmente se reconoce como una necesidad altamente justificada la coordinación de los programas de servicios de salud que se llevan a cabo en los países, dondequiera que las acciones respectivas se realizan separadamente por el sector público y por instituciones de seguridad social u otras entidades. Conviene tratar de precisar esta justificación mediante la enunciación de ciertos criterios fundamentales. Tales criterios deben formar la base de entendimiento en el cambio hacia una actitud más realista, más objetiva y más justa, que logre producir una interrelación funcional de programas de salud de los diferentes subsectores y especialmente entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social, a nivel local y nacional de nuestros países. De no procederse de esta manera, se corre el riesgo de caer en la repetición de expresiones vacías.

Criterios fundamentales

Los criterios fundamentales a que nos referimos son del tenor siguiente:

1. Todo individuo de una comunidad democrática tiene el derecho de adquirir y mantener altos niveles de bienestar, vale decir, de salud física, mental y emocional. Por consiguiente, nuestra dinámica político-económica debe orientarse hacia el cumplimiento de este derecho con alta cobertura y adecuada calidad.

2. Los recursos disponibles son característicamente escasos ante la multiplicidad de las necesidades sociales. Con arreglo a la estructura económica de cada uno de los países, debe comenzarse por establecer la capacidad tope para atender estas numerosísimas necesidades sociales; una vez determinada, esa capacidad debe utilizarse racionalmente para atender no las aspiraciones de los menos, sino las demandas justificadas de los más.

3. El adecuado incremento anual del capital nacional, vale decir, el producto nacional bruto, constituye el índice fundamental del desarrollo de nuestros países. Dentro de él, es indispensable lograr un mejor aprovechamiento del porcentaje que se asigne a la atención del sector salud. Todos los recursos que se emplean en la atención de las necesidades de salud de los países, cualquiera sea su expresión efectiva, provienen de esa bolsa nacional. La utilización razonable de cada una de las partes del porcentaje total asignado debe rendir el máximo, si se orienta con sentido realista hacia los mismos objetivos. Ello implica tanto evitar la escasez derivada del deseo de atender el máximo de necesidades, lo cual es pernicioso, como el exceso procedente de concentrarse en un mínimo de necesidades, que también es pernicioso. Implica asimismo evitar el desarrollo de una nueva clase y la injusticia distributiva en lo que se refiere a los bienes de servicios, característica de muchas de nuestras estructuras liberales democráticas.

¹ Director General de Salud Pública, Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, Panamá.

4. Para el logro de los mejores niveles de salud y bienestar del individuo es menester ubicarlo como una célula de la unidad biosocial, o sea la familia, cuya expresión de conjunto es la comunidad. El tratamiento adecuado del individuo no se logra sin el tratamiento de toda la comunidad en su propia ecología y en forma continua e integral; es decir, con acciones conjuntas y balanceadas de fomento, prevención y recuperación de la salud, en donde la acción reparadora o rehabilitadora constituye tan sólo uno de los servicios básicos de salud. La potencialización de la energía derivada de la salud y bienestar de las comunidades va a definir positivamente el dinamismo del desarrollo social y económico de las mismas. Los recursos así empleados para lograr altos niveles de salud y bienestar colectivo pueden cuantificarse en función de inversión y no de dispersión.

5. El estado democrático moderno ha asumido la responsabilidad de velar por la atención de las necesidades sociales de los individuos. Esta responsabilidad está bien expresada en los objetivos comunes de los Ministerios de Salud y de los organismos de seguridad social. Sin embargo, se reconoce que al expresar estos objetivos en función de una relación entre recursos y necesidades se establecen grandes diferencias; de tal manera, se han ido concretando poco a poco dos niveles de implementación de servicios, con distintas características y proyecciones. En otras palabras, el objetivo común no se expresa en función de *una sola política de salud*; se conserva un paralelismo de acción, en lugar de promover la concurrencia de acción indispensable para actuar sobre el sujeto en forma eficiente, tanto en el espacio como en el tiempo.

6. El establecimiento de una sola política de salud para cada país, que conlleve la asignación o uso de recursos para cumplir objetivos bien definidos, relacionados con la

solución de sus problemas de salud, no limita la libertad de acción de las partes concurrentes, que por estatuto constitucional o legal tienen la responsabilidad conjunta de aplicar dicha política. Sin embargo, para el cumplimiento equilibrado de esta, se requiere el establecimiento de un método, económicamente razonable, en el uso de los recursos disponibles o asignados. Este principio define precisamente el concepto de coordinación, motivo principal de estas Discusiones Técnicas. En el caso específico de los recursos para servicios de salud, el método debe ser práctico, factible y compatible con los sistemas a los cuales sirven los recursos en cuestión.

7. Para el logro conjunto de estos propósitos, hay que aceptar que es necesario partir de la estructuración de planes nacionales de salud y llegar a la implementación coordinada de todas las acciones que estos determinen. Ello permitirá conjuntamente caracterizar la verdadera situación de salud y determinar la ubicación real de las más inminentes necesidades, así como la trascendencia, vulnerabilidad y magnitud de los riesgos o daños. Se tendrá así una base para el establecimiento científico de una escala de prioridades, orientada hacia la atención inmediata de los daños o riesgos reducibles en primera instancia, sin desatender por ello la morbilidad menos reducible pero de alta demanda. En otras palabras, lo que se procura es la proyección planificada de los recursos con el objeto de lograr un más alto rendimiento, sobre la base de una cobertura mayor y más eficiente de las necesidades, todo lo cual implica resultados efectivos y equilibrados, tanto en cantidad como en calidad.

Situación en materia de salud

Los criterios fundamentales así enunciados deben complementarse con los hechos actuales, tal como generalmente se presentan en la mayoría de los países del Hemisferio; esos

hechos, que reseñamos a continuación, justifican la urgencia de coordinar esfuerzos para orientar mejor la política de salud de estos países:

1. Gran parte de los riesgos de enfermedad que amenazan a los países de América Latina, relacionados con enfermedades transmisibles y carenciales, pueden reducirse. La tarea de erradicar o controlar las enfermedades respectivas descansa principalmente sobre las inadecuadas posibilidades financieras de los Ministerios de Salud. En otras palabras, los organismos de seguridad social no actúan con capacidad responsable y proporcional en la solución de estos problemas básicos de salud, que continuamente afectan a toda la población, tanto asegurada como no asegurada.

2. Existe una gran diferencia en la demanda de servicios y en la calidad de las prestaciones en cada una de esas dos esferas de acción. Los servicios y programas de salud de los Ministerios van orientados hacia el universo de necesidades del país, mientras que los de los organismos de seguridad social han estado dirigidos a cubrir riesgos recurrentes y claramente definidos por sus estatutos legales. Sin embargo, se puede advertir una tendencia hacia la ampliación cada vez mayor del radio de acción de las prestaciones, de modo que, a medida que se amplía el campo de acción de la seguridad social, se va aproximando más a aquél en que, tradicionalmente, ha actuado el sector público. Esta coincidencia en un determinado campo de acción hace más urgente la planificación conjunta de las actividades para evitar la duplicación de esfuerzos y el desgaste de recursos.

3. A pesar de la diferencia notable entre los recursos y necesidades que caracterizan los servicios de salud del sector público y los de los organismos de seguridad social, la posibilidad de acceso a estos servicios está limitada especialmente al demandante que,

CUADRO 1—Servicios y programas de salud al alcance de los demandantes, según que estén o no asegurados.

Demandantes	Servicios y programas		
	Salud pública	Seguridad social	Privados
Asegurados	+	+	±
No asegurados			
A. Asistencia pública	+	—	—
B. Servicios privados	±	—	+

por acudir a los servicios públicos de salud por razones de necesidad, no tiene ninguna posibilidad de opción. Si consideramos el pequeño porcentaje del sector privado capaz de suministrarse por sí mismo servicios para la atención de su salud, podemos proyectar la posibilidad de utilización de recursos de salud en el cuadro 1.

Necesidad de planificar

Lo anterior lleva a la justificación muy clara y precisa de la planificación coordinada de los servicios de salud de nuestros países, basada en una sola política nacional de salud, orientada hacia la disminución de todos los riesgos del medio interior y del medio exterior que afecten la salud y bienestar del hombre en su comunidad, en todas las etapas de su vida.

Como la planificación de la salud en amplitud nacional y total es un proceso complejo y continuo, las acciones deben proyectarse en forma sistemática y por etapas. La decisión en favor de la coordinación debe producirse como primer paso a nivel alto, de modo que la gran estrategia de salud nacional pueda ser establecida y fundamentada en criterios aceptados totalmente por los subsectores de salud y la política de salud pueda ser enunciada y puesta en práctica en forma conjunta. También es necesario organizar en forma práctica y efectiva el organismo nacional de planificación de la salud, íntimamente relacionado con el nivel

de la planificación global del desarrollo del país; de tal manera, la salud se instaurará y permanecerá como un elemento esencial en la estructura del desarrollo nacional.

Una vez fundamentados sólidamente estos pasos, es indispensable proceder a la composición de un grupo de trabajo dedicado a la proyección logística de la planificación, como Secretaría Técnica de la Comisión Nacional de Planificación de la Salud (CNPS).

Etapas de la planificación

Las siguientes son las acciones coordinadas que deben realizarse por etapas, dentro de este esquema ordenado de planificación:

1. Un inventario de todos los recursos humanos y materiales disponibles en los subsectores para prestar servicios de salud, incluyendo el sector privado.

2. El análisis de este total de recursos debe ser el producto de un esfuerzo coordinado, de tal manera que aparezcan en forma clara y precisa las situaciones de abundancia y las de escasez. Este análisis deberá justificar el desarrollo de métodos para su mejor utilización, en acciones coordinadas o complementarias de salud, especialmente a nivel local. Se podrían formar los siguientes comités específicos de coordinación de recursos:

a) Comité coordinador para el estudio y aplicación de métodos, normas e índices de rendimiento, a fin de lograr la mejor utilización y mantenimiento de los recursos materiales.

b) Comité coordinador para estudiar la proyección de necesidades de recursos humanos y los programas conjuntos de adiestramiento de personal.

c) Comité coordinador para el estudio y aplicación de métodos y normas relativas al personal: selección, requisitos, funciones, remuneración, escalafones, promociones, etc.

d) Comité coordinador para la utilización de los recursos humanos disponibles, en fun-

ción de las necesidades programáticas y de los servicios.

e) Finalmente, se podría formar un comité central de recursos, el que estaría integrado por los presidentes de los diferentes comités enumerados.

3. Investigación de la situación de salud. La investigación de las características de la natalidad, la morbilidad y la mortalidad de la población, aunque debe ser un proceso constante y continuo, debe realizarse, como un esfuerzo coordinado a corto plazo, con la participación de los recursos institucionales de estadística y epidemiología de los Ministerios de Salud y de los organismos de seguridad social.

El análisis de las características de la demanda de los servicios médicos institucionales, tanto en lo que se refiere a la demanda de camas hospitalarias como en materia de consulta externa y ambulatoria, debe ser realizado en forma sistemática por un comité coordinador especial, el que debe organizar las áreas geográficas de investigación de dicha demanda total. En esta investigación deben estudiarse los costos por unidad de servicios, a fin de definir los niveles de eficiencia o rendimiento en función de los costos.

4. Diagnóstico preliminar de la situación de salud. La definición preliminar de un diagnóstico de salud debe ser tarea del Grupo de Trabajo o Secretaría de la Comisión Nacional de Planificación de la Salud. Para poder cumplir esta tarea, debe comenzarse por seleccionar y adiestrar el personal que ha de participar en las diferentes actividades de estudio e investigación. Este diagnóstico preliminar consulta la disponibilidad de recursos, las necesidades reales de salud y la demanda de atención de esas necesidades. Debe al mismo tiempo asegurarse la aplicación efectiva de las medidas administrativas necesarias para la adecuada utilización y accesibilidad de los recursos totales dispo-

nibles. En la definición de este prediagnóstico, realizado en forma coordinada, debe quedar incluida la población total, asegurada o no.

5. Primera aproximación al Plan Nacional de Salud. El Grupo de Trabajo o Secretaría técnica puede proponer a la CNPS un Plan Nacional de Salud de carácter preliminar, o de primera aproximación, basado en los estudios y análisis que llevaron a la definición preliminar de un diagnóstico de salud con amplitud nacional. En este plan preliminar se definirán las acciones de los subsectores de forma que, mediante el establecimiento racional de prioridades, tiendan a disminuir los riesgos de enfermedad y muerte a niveles compatibles con la eficiencia de aplicación de los recursos, manteniendo una buena calidad de servicios al menor costo posible. La programación coordinada de las acciones debe proyectarse a metas programáticas anuales que se complementen y hagan posible la mayor cobertura compatible con la mayor eficiencia. La realización progresiva de este plan preliminar debe formar parte de las acciones de la planificación global del país. Esto es imprescindible, ya que la capacidad económica total para poner en marcha servicios de salud debe ser el marco limitante de la amplitud o extensión de los respectivos programas. La definición de prioridades y su puesta en práctica debe tener aprobación y apoyo de las autoridades a cuyo cargo está la adopción de decisiones, o sea la Comisión Nacional de Planificación de la Salud.

Durante esta etapa inicial de puesta en práctica coordinada del Plan Nacional (primera aproximación), la coordinación en el uso máximo de los instrumentos, en relación con las necesidades reales y su demanda adecuadamente orientada, debe asegurarse en forma efectiva. El establecimiento de técnicas precisas, que sistematicen en forma eficaz la utilización de los recursos en ambos sectores, es indispensable tanto para el más

alto rendimiento del instrumento como para la medición de dicho rendimiento.

6. Formulación definitiva del Plan Nacional de Salud. La definición de los niveles de recursos que pueden destinarse del producto nacional a los servicios totales de salud con amplitud nacional, en armónico equilibrio con las acciones de los otros sectores que participan junto con la salud en el desarrollo económico y social de un país, permitirá la formulación de un Plan Nacional de Salud bien definido. Dicho plan deberá ser puesto en práctica por etapas, mediante la formulación de metas a corto y a largo plazo. Ese proceso permitirá, por aproximaciones sucesivas, cumplir con los objetivos que definen la política nacional de salud, tanto al sector público como a los organismos de seguridad social y a las demás entidades que realizan actividades en el campo de la salud.

7. Producción coordinada de los recursos indispensables para la realización del plan. En esta etapa comprendemos los siguientes aspectos:

a) Recursos humanos. La responsabilidad de la producción de recursos humanos, profesionales, técnicos y subprofesionales, debe ser asumida como una acción coordinada, tanto en la organización y ejecución de los programas como en su financiamiento. Se puede formar un comité permanente de coordinación para la producción de estos recursos tomando como base el comité de recursos humanos formado en las etapas iniciales ya enunciadas.

b) Recursos institucionales. Debe funcionar un comité permanente de coordinación de recursos institucionales, para asegurar la organización y operación sistemáticas de estos recursos, la creación de otros nuevos y su financiamiento interno o externo.

c) Recursos materiales (suministros). El establecimiento de sistemas similares de adquisición de recursos materiales, de programación de cuadros básicos, de normas e

índices de utilización, etc., es un excelente campo de coordinación, en donde un comité permanente debe realizar acciones de gran beneficio para la más eficiente utilización de los recursos.

d) Recursos legales. También es indispensable elaborar los instrumentos legales que hagan factible y efectiva la aplicación de todas las acciones coordinadas de los servicios de salud del Ministerio con los del sistema de seguridad social; para ello debe establecerse un comité legal que asuma estas responsabilidades.

8. Realización continua del Plan Nacional de Salud. La política de coordinación efectiva tiene su campo de aplicación más importante en las acciones continuas de realización del Plan Nacional de Salud. Es aquí en donde se requiere, en todos los niveles, una actitud bien decidida favorable a la coordinación de todos los recursos y acciones.

Sin embargo, se acepta generalmente que es a nivel local, a nivel de las necesidades, en donde la coordinación puede ser practicada más eficazmente. Es aquí donde, si se aplican iguales técnicas y sistemas, y se actúa para y con la comunidad utilizando al máximo los recursos disponibles, se podrá realizar también el máximo de acciones productivas en beneficio de la salud de los más.

Por consiguiente, deben proyectarse estructuras técnico-administrativas similares a nivel local, respaldadas por altos niveles de entendimiento a nivel central.

La coordinación debe hacerse efectiva también en aquellos campos básicos que van a formar y facilitar la estructura de servicios. Estos campos básicos son:

- a) Presupuesto por programas.
- b) Sistemas de estadística y epidemiología.
- c) Programas, en los que distinguimos los tres tipos siguientes:

- De responsabilidad propia: atención médica integrada o total a base de la unidad familiar; educación sanitaria e información; servicio social médico; laboratorios.

- De responsabilidad conjunta; salud mental; tuberculosis; salud industrial; prevención del cáncer; control de las enfermedades venéreas; control de la lepra; organización y desarrollo de las comunidades en programas básicos de salud; investigación.

- De responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, con participación financiera del sistema de seguridad social: erradicación de la malaria; saneamiento ambiental, especialmente abastecimiento de agua rural; vacunaciones en masa; veterinaria de salud pública; nutrición; inspección de farmacias, y análisis y registro de drogas y alimentos.

9. Evaluación coordinada. La evaluación coordinada de las acciones cumplidas podrá llevarse a cabo utilizando iguales sistemas de medición de la eficiencia en la utilización de los recursos. Ello permitirá ir mejorando progresivamente "la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles" en períodos anuales, para asegurar en todo momento la obtención y mantenimiento de altos niveles de salud.