

## COORDINACION ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS DE SALUD PUBLICA<sup>1</sup>

Desde la iniciación de los seguros sociales en América Latina hasta hoy, media un largo proceso de formación de la doctrina de la seguridad social, y una evolución paralela de sus formas de acción. Este proceso parece estar llegando a una etapa de maduración en la cual las instituciones respectivas estarían convirtiéndose en instrumentos reales de la aplicación de las políticas sociales de los gobiernos.

Durante los últimos años, en un buen número de los países de la Región parece marcarse una tendencia que establece un papel cada vez más activo de las instituciones y esquemas de seguridad social en la prestación de servicios de salud. La transformación paulatina de los antiguos seguros sociales y su tránsito hacia el desarrollo de sistemas nacionales de seguridad social, tendría dos corolarios o implicaciones fundamentales: una tendencia a una mayor consistencia interna y a la armonización de los varios organismos nacionales de seguridad social, como también la articulación creciente de éstos con los procesos nacionales de desarrollo económico y social, lo cual acerca los seguros sociales a los servicios de salud del sector público y les permite participar en la aplicación de las políticas sociales de los gobiernos. Estas reorientaciones políticas en la esfera de la seguridad social han estado también acompañadas de una mayor participación estatal en las formas y mecanismos de financiación de dichas entidades.

En virtud de estos cambios observados tanto en los ministerios de salud como en los organismos de seguridad social, aunque no se dispone de información comple-

ta al respecto, cabría señalar lo siguiente: de los 21 países de América Latina en los cuales se han llevado a la práctica esquemas de protección de salud por parte de la seguridad social, habría cinco en los cuales no hay un compromiso directo en la prestación de servicios, aunque en tres de ellos, las entidades mencionadas contribuyen a la financiación de los servicios que se prestan a través de diversos tipos de organización institucional. En los 16 países restantes, continúan existiendo sistemas paralelos de prestación de servicios, dependientes de los ministerios y de la seguridad social. En varios países, la población tributaria de la seguridad ha alcanzado una gran proporción habiéndose reducido proporcionalmente la participación correspondiente de los ministerios de salud. Para el total de la población de estos 16 países de América Latina, en 1979 la proporción de población tributaria de los regímenes de seguridad social podría estar oscilando alrededor del 55,7%.

De acuerdo con el análisis previo, en la actualidad en América Latina las instituciones de seguridad social asumen la responsabilidad de las prestaciones de servicios personales de salud para una proporción importante de la población. Parece existir una tendencia general de evolución hacia una mayor participación de esas instituciones en programas de salud, lo que señala, por una parte, cambios importantes en la concepción política y operativa de la seguridad social y, por la otra, una orientación hacia la combinación racionalizada de formas mixtas de financiamiento de los servicios.

En estas circunstancias parecería necesario un examen más profundo de: el efecto redistributivo de la seguridad social dentro de sus nuevas orientaciones y su capacidad para dar respuesta a la necesi-

<sup>1</sup> Versión condensada de: Organización Panamericana de la Salud, XXVIII Reunión del Consejo Directivo, Washington, D.C., septiembre-octubre de 1981. Documento mimeografiado CD28/34.

dad de una generalización más o menos inmediata, así como la conveniencia de la estructura centralizada de los sistemas nacionales, el papel del Estado y la participación del sector privado, los mecanismos alternos de financiamiento y las relaciones con la salud de otros programas de la seguridad social.

### **Cooperación técnica**

En el campo nacional, se han llevado a cabo diversas acciones de cooperación a varios países: en la elaboración de métodos para generar información sobre producción hospitalaria, rendimientos y costos; en el estudio multidisciplinario del organismo nacional de seguridad social correspondiente (con referencia al desarrollo en relación con el desarrollo nacional), de las prestaciones de salud y del dinero gastado, de la infraestructura legal de recursos y de administración, de la situación económico-financiera, y del fortalecimiento de la capacidad tecnoadministrativa para la programación, desarrollo y mantenimiento de establecimientos de salud; en la preparación de guías nacionales; en el apoyo del proceso de coordinación e integración institucional correspondiente, así como en la definición del sistema interno de planificación del seguro social y de la administración financiera. Se continuó colaborando en la realización de análisis globales tendientes a establecer las bases de desarrollo de un servicio nacional de salud, en la elaboración del plan nacional de salud y la preparación de propuestas para modificar o ampliar la infraestructura de los servicios de salud. Debe tomarse en cuenta además en este campo, las extensas actividades desarrolladas por la OPS a través del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), en la esfera de la salud ocupacional, la cual en algunos países es parte de los programas de seguridad social.

En el orden internacional, y a nivel de la Región, la OPS ha cooperado con los organismos que colaboran con las entidades de seguridad social. Estas actividades incluyeron la participación en reuniones y acontecimientos organizados por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y su Comité Permanente y por otras entidades internacionales de la seguridad social. Durante 1980, en esas reuniones se trataron temas tales como: Estructura de los servicios de atención médica; Normas de diseño de ingeniería de unidades médicas; Atención primaria y papel de la seguridad social en la obtención de las metas de Salud para Todos en el Año 2000; Protección social de la población rural; Asignaciones familiares; Salud de las personas de edad; Niveles de atención y determinación de cuadros básicos: enfoques de racionalización en los servicios de salud, e Indicadores sociales en el sector salud en razón de las metas de salud y estrategias adoptadas para el año 2000.

### **Marco de referencia para la coordinación**

Dentro del enfoque general de las estrategias adoptadas por los países para llevar a cabo las políticas de atención de salud, se requiere un esfuerzo concertado de reorientación y desarrollo de los sistemas nacionales de salud, cuya función central deberá ser la atención primaria de la salud.

Dentro de ella, la coordinación de las instituciones de salud adquiere nuevas dimensiones. Si bien es indispensable continuar los esfuerzos de armonización funcional y operativa de los esquemas y formas de organización para la entrega de servicios (enfoque tradicional de la coordinación), en el contexto general del mantenimiento y perfeccionamiento de la salud que establece la estrategia de atención primaria, resulta fundamental la identificación de nuevas áreas de coordinación, en particular en el campo de las definiciones

políticas, que atañen a la atención y satisfacción de necesidades básicas de los diferentes grupos de población (niveles mínimos aceptables de bienestar), y en las cuales concurren instituciones de distintos sectores.

Cabría destacar la importancia de la coordinación de aspectos tales como la extensión del campo de aplicación de la seguridad social, en sus componentes de asignaciones familiares y subsidios para situaciones especiales (desempleo, supervivencia, cobertura para riesgos diferidos, etc.). En el mismo sentido, será indispensable la armonización de las acciones de salud con programas de vivienda, empleo, educación y servicios de protección social no dispensados por la seguridad social. Esta función de coordinación general de todas aquellas esferas de la actividad nacional que se relacionan en forma directa o indirecta con la salud de la población corresponde a los organismos rectores de las acciones de salud en los países, es decir a los ministerios de salud. En la mayoría de las situaciones éste es un nuevo papel y una nueva función, derivados de la concepción intersectorial de la salud, para lo cual será indispensable poner en marcha transformaciones importantes en la estructura y en la orientación actual de dichas instituciones.

En las circunstancias económicas previstas para la mayoría de los países de la Región en los próximos 20 años, y habiéndose comprendido que los modelos de asistencia pública (servicios para los indigentes) que prevalecen en varios países de América Latina tienen graves limitaciones para la universalización de la cobertura de atención de salud, es necesario optar por otras soluciones. Dado que el financiamiento es uno de los factores cruciales en esta selección de alternativas, parece lógico esperar la aparición de nuevos ejemplos de esquemas combinados de financiación en que la responsabilidad institucional de prestación directa de los servicios personales se ubique o se desarrolle alrededor de la seguridad

social. Las definiciones con respecto a estas alternativas de financiamiento y orientación institucional corresponden a los organismos de decisión política en cada país.

Los esfuerzos de coordinación correspondientes deberían orientarse, en forma prioritaria, a la definición clara de áreas de responsabilidad institucional, en cuanto a grupos de la población y en cuanto a la naturaleza y orientación de los programas correspondientes. Independientemente de cual sea la orientación final de las decisiones, su aplicación tomará tiempo. Entretanto es indudable la necesidad de: armonizar acciones en la aplicación de la estrategia de atención primaria; llevar a cabo investigaciones de servicios de salud en apoyo de la acción interinstitucional; establecer mecanismos eficaces de selección y adaptación de tecnología; efectuar análisis financieros del sector salud; desarrollar formas de actividad intersectorial, y por sobre todo, analizar en profundidad las formas de producción de los servicios y sus implicaciones financieras, para introducir los ajustes y cambios indispensables.

### **El Plan de Acción y la identificación de áreas prioritarias**

El Consejo Directivo de la Organización en su XXVII Reunión de 1980 determinó la elaboración de un Plan de Acción para instrumentar la aplicación de las estrategias nacionales y regionales adoptadas para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000. Dicho Plan, que fue aprobado por Resolución XI del Consejo Directivo en su XXVIII Reunión de 1981, está llamado a constituir un elemento primordial de referencia para el ajuste de los planes y acciones nacionales de salud, y para la definición de actividades y programas de cooperación técnica de la propia Organización.

Resulta pertinente en el marco general

del Plan de Acción, tratar de establecer áreas o aspectos en los cuales deba darse prioridad a los esfuerzos de coordinación entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social. La especificación de las mismas conformaría prácticamente un decálogo que debería orientar las acciones correspondientes en los próximos años. Su identificación y enunciación no invalidan por supuesto la necesidad de continuar tales esfuerzos en forma amplia en distintos aspectos del desarrollo de los servicios, según las características de cada país. Los esfuerzos concertados en las áreas señaladas, en algunas de las cuales en el pasado no se han observado resistencias a este enfoque de coordinación, permitirían centrar la acción conjunta de las instituciones en el estudio sistematizado para la solución de problemas concretos, dando así a la coordinación objetivos precisos y un más amplio significado.

En cuanto a la aplicación de las estrategias de atención primaria, el Plan contempla dos grandes campos de acción, el perfeccionamiento de la infraestructura de salud y el desarrollo de áreas prioritarias del programa.

#### *Perfeccionamiento de la estructura de salud*

*Reestructuración sectorial.* El Plan señala la necesidad del análisis y redefinición de la estructura legal y funcional del sector, incluyendo los sistemas de seguridad social, con especial atención a su composición institucional, mecanismos de coordinación, formulación de los acuerdos necesarios entre las instituciones y elaboración de planes sectoriales de salud en coordinación con los organismos nacionales de planificación económica y social pertinentes. La realización de estos análisis, con participación de las instituciones, y en especial la introducción de los cambios recomendados, implica modificaciones importantes

en el proceso y mecanismos de decisión del sector salud en los países. En este sentido, la creación si fuere el caso, o la reestructuración de las Comisiones o Consejos Nacionales de Salud, u otros organismos de representación interinstitucional.

*Articulación intersectorial.* El Plan de Acción señala la necesidad de la acción intersectorial para la solución de problemas básicos que al presente afectan las condiciones de salud de las comunidades. El componente de atención de necesidades básicas presente en la meta de Salud para Todos en el Año 2000, y la orientación, y el manejo apropiado de las relaciones intersectoriales de la salud requieren una mayor vinculación de los niveles decisorios y técnicos del sector salud, cualquiera que sea la institución a que éstos pertenezcan, con los niveles y organismos que tienen a su cargo la planificación de los sectores económicos y sociales.

*Financiamiento y producción de servicios.* En materia de financiamiento, el Plan destaca la necesidad de análisis sectoriales e institucionales. Son críticos a este respecto, la búsqueda e instrumentación de nuevas fuentes y estrategias de financiamiento y la búsqueda de innovaciones técnicas y administrativas para disminuir los costos, así como el control de la producción, productividad, utilización y distribución de los servicios según grupos seleccionados de la población. Esta es un área de coordinación interinstitucional de especial importancia, en la cual será prioritaria la revisión conjunta y la armonización de las formas de producción de los servicios.

*Fortalecimiento de la capacidad instalada.* La extensión de la cobertura de los servicios de salud al 100% de la población considera entre otros aspectos el fortalecimiento de la capacidad instalada y el mejoramiento de la disponibilidad de insumos y equipos. En el primer caso, esto supone la revisión y ajuste de los planes de inversión institucionales para conformar un plan sectorial de inversiones, la realización

de estudios sobre soluciones arquitectónicas alternativas y el desarrollo de sistemas apropiados de mantenimiento. En el segundo, requiere la elaboración de listados básicos y la normalización sobre bases nacionales de especificaciones para insumos y equipos esenciales. Este es, por consiguiente, un campo de acción conjunto para los organismos que conforman el sector salud en los países, y en especial para los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social. Mención particular en este campo merecen las actividades de mantenimiento. Las dificultades y limitaciones a este respecto son de ocurrencia general, y afectan por igual a los servicios de los ministerios de salud como a los de seguridad social. Esta es un área en que la acción conjunta no despierta resistencias, y de hecho hay experiencias iniciales muy promisorias.

*Recursos humanos.* Es perentorio revisar a fondo los programas actuales de formación del personal; elaborar nuevos enfoques donde se vuelvan a definir y describir los contenidos ocupacionales y educacionales, y fortalecer las instituciones pertinentes. La planificación de los recursos humanos en los servicios de salud, lleva consigo la necesidad de armonizar los programas de formación con las perspectivas de utilización del personal a ser capacitado. En la situación de la mayoría de los países de América Latina, las instituciones de seguridad social y los ministerios de salud — que son los grandes empleadores del recurso humano en salud — deberán compartir la preocupación y la responsabilidad por una adecuada planificación y utilización de estos recursos, coordinando estas acciones con el sector educación y las unidades nacionales de planificación.

*Investigación y tecnología.* La aplicación de políticas de investigación y tecnología en salud deberá orientarse hacia la solución de los problemas prioritarios, procurando cerrar la brecha entre la adquisición de conocimientos y su aplica-

ción. Conjuntamente, los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, habrán de auspiciar, estimular y llevar a cabo acciones específicas en este campo, especialmente aquellas conducentes a armonizar la selección y adaptación de la tecnología utilizada en sus respectivos esquemas de prestación de servicios.

#### *Definición y desarrollo de áreas prioritarias*

*Servicios de salud en grandes ciudades.* Las estimaciones demográficas indican que en los próximos 20 años, uno de cada cuatro latinoamericanos se localizará en centros urbanos y, especialmente, en grandes ciudades. Las perspectivas de una gran masa de población muy concentrada, y las características de extrema pobreza de una gran proporción de esta población, están señalando, desde ya, la necesidad de un aumento sustancial y una diversificación muy grande en la capacidad y variedad de servicios. La incorporación real de la atención primaria a los esquemas de atención de salud de esta población, la organización apropiada de servicios para la atención de urgencias, el desarrollo de nuevos enfoques para la atención de manifestaciones de la patología social resultante de la concentración y el hacinamiento, etc., reclaman acciones prioritarias que comprometan en forma conjunta a los ministerios de salud y a las instituciones de seguridad social.

*Salud ocupacional.* Se estima que la cobertura de prevención de riesgos es sólo del 30% de la población de América Latina, a través de los sistemas de seguridad social. El desarrollo apropiado de estos servicios requiere revisión de la legislación, reglamentación y normatización para la prevención de accidentes, inspección de los lugares de trabajo, creación de instituciones especializadas, formación de personal apropiado e integración de acciones de salud ocupacional en la red general de servicios.

*Atención de salud de la población de edad avanzada.* En algunos de los países de la Región, se espera un aumento considerable de este sector de la población. Una gran proporción de estos grupos está compuesta por pensionados de la seguridad social, los cuales utilizan, sin embargo, atención especializada de servicios de los ministerios de salud; para ellos se requiere—además de fomentar el desarrollo y coordinación de servicios comunitarios, tales como centros sociales—ayuda en el hogar y rehabilitación social, laboral y vocacional.

*Atención de salud de los impedidos.* Esta área del Plan de Acción tiene una relación muy directa con campos del trabajo de la seguridad social y se orienta hacia la prevención de los factores causantes de la invalidez y la prestación de asistencia integrada a los impedidos, a fin de que puedan tener una vida confortable y productiva. Es esencial la coordinación con servicios sociales, educación y trabajo, con el fin de promover y dinamizar las oportunidades ocupacionales, asistenciales y recreativas. En la medida en que estas acciones progresen, disminuirán los cargos por este concepto en los regímenes de seguridad social.

En el proceso de coordinación institucional del sector salud en los países es de vital importancia la cooperación técnica internacional. La Organización Panamericana de la Salud, ha procurado responder afirmativamente a los pedidos de colaboración que en este campo le han sido formulados por los países. La situación que se ha examinado plantea, sin embargo, la necesi-

dad de incrementar y hacer más operativos y ágiles las acciones y mecanismos de cooperación. Para este efecto, parecería conveniente individualizar y vigorizar las actividades respectivas en un programa definido que disponga de recursos apropiados y pueda dar lugar a una actividad regular y sistematizada. Teniendo en cuenta el volumen de población cubierto por la seguridad social, parece indispensable ampliar las acciones que se llevan a cabo con respecto a estas entidades. Muchos de los obstáculos que al respecto han existido en el pasado parecerían tener su origen en limitaciones de naturaleza política a nivel de los países.

La interpretación real de las metas de Salud para Todos en el Año 2000, como compromisos nacionales y no meramente institucionales, debería contribuir de manera significativa a obviar estas limitaciones. Uno de los propósitos de nuevas líneas de cooperación técnica en este campo debería ser el de crear una mayor conciencia a este respecto. En el mismo sentido y con el propósito de aunar esfuerzos y recursos técnicos y financieros, parecería conveniente establecer programas conjuntos en esta área con otros organismos internacionales que trabajan en el campo de la seguridad social, particularmente la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de los Estados Americanos y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Existen experiencias positivas de esta acción conjunta que así la hacen aconsejable.