

consejo directivo



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XXX Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre-Octubre 1984

comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XXXVI Reunión

INDEXED

Tema 22 del programa provisional

CD30/18 (Esp.)  
9 agosto 1984  
ORIGINAL: ESPAÑOL

COORDINACION ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS DE SALUD  
PUBLICA

En cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Resolución XXXIV de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo que analizó el tema "Coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública", en este documento se sintetiza el desarrollo del proceso de coordinación y de los diferentes mecanismos de coordinación e integración que se han dado durante el período 1979-1984, en 16 países de América Latina donde Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social comparten responsabilidades en la prestación de servicios de salud.

El análisis de la situación actual a este respecto, permite observar una tendencia progresiva hacia una mejor delimitación del sector salud y de los respectivos sistemas nacionales de salud, dentro de los cuales se enmarcan las acciones de coordinación interinstitucional; también se aprecia un avance en la participación conjunta en el desarrollo de programas orientados a dar atención de salud a grupos especiales de población.

De la revisión efectuada se señalan como elementos centrales del proceso de coordinación las definiciones de carácter político, el financiamiento de las prestaciones de servicios de salud y su cobertura; se destacan los niveles de coordinación que permitirán una articulación progresiva de políticas y estrategias nacionales, y el aporte de la cooperación técnica en el fortalecimiento y avance del proceso de coordinación para dar cumplimiento a los empeños nacionales de atención de salud para el total de la población.

## CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. ANTECEDENTES . . . . .	1
II SITUACION OBSERVADA . . . . .	2
Cambios en la legislación relacionados con la coordinación ministerios-seguridad social . . . . .	3
Consejos, comisiones y grupos de representación inter- institucional . . . . .	3
Convenios y contratos . . . . .	4
Programas interinstitucionales . . . . .	4
Mecanismos administrativos . . . . .	5
Acciones en el campo internacional . . . . .	6
III. ANALISIS DE LA INFORMACION OBTENIDA.  PROGRESOS ALCANZADOS	7
Definiciones políticas . . . . .	8
La formalización y organización de los sistemas de salud .	10
Las formas de financiamiento de los servicios de salud . .	13
La cobertura de los servicios de salud . . . . .	15
IV. ESTRATEGIAS DE ARTICULACION PROGRESIVA . . . . .	18
a) Establecimiento y desarrollo de una base doctrinaria común . . . . .	18
b) Desarrollo conjunto de la investigación de servicios de salud . . . . .	18
c) Análisis y revisión de los procesos tecnológicos en la prestación de servicios de salud . . . . .	19
d) Racionalización de las inversiones en infraestructura física . . . . .	20
e) Armonización de las políticas y formas de utilización del personal . . . . .	21
f) Desarrollo conjunto de sistemas de apoyo . . . . .	22
V. COOPERACION TECNICA EN EL PROCESO DE COORDINACION MINISTERIOS DE SALUD-INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL . .	23
BIBLIOGRAFIA . . . . .	27

## I. ANTECEDENTES

La coordinación ministerios de salud pública-instituciones de seguridad social, ha sido motivo de constante preocupación e interés en la Región, durante las últimas dos y media décadas. En numerosas oportunidades (reuniones, congresos, grupos de estudio, etc.), tanto en el ámbito individual de los países, como en los organismos internacionales que cooperan con éstos en el campo de la salud, se ha reconocido que este es un principio fundamental en la organización de los sistemas nacionales de salud, y una condición esencial para mejorar la eficiencia, eficacia y equidad de dichos sistemas. Los análisis realizados, y las amplias y variadas conclusiones y recomendaciones producidas al respecto, por las autoridades de los ministerios de salud y de la seguridad social, y por representantes de las dos entidades conjuntamente, conforman una documentación importante del desarrollo de este proceso en la Región.

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud ha analizado este tema en diversas oportunidades. En los años más recientes, se destacan específicamente las Discusiones Técnicas de la XXV Reunión (1977) y los informes de progreso sobre la situación respectiva, preparados para las Reuniones XXVI (1979) y XXVIII (1981). En consideración del Informe presentado a esta última Reunión, el Consejo, en la Resolución XXXIV, (81) acordó: recomendar a los Gobiernos la creación o reestructuración de organismos de representación interinstitucional de salud que faciliten la definición de áreas de responsabilidad y la participación de las instituciones en los procesos de decisión para maximizar la eficiencia y eficacia de sus prestaciones; orientar las acciones de coordinación institucional del sector hacia aquellos problemas prioritarios cuya solución facilite la universalización de la cobertura de los servicios de salud con el máximo de eficiencia; realizar estudios sectoriales de financiamiento de los servicios de salud, incluyendo el análisis de formas alternativas de captación y canalización de los recursos; incluir en las delegaciones a los Cuerpos Directivos de la Organización, representantes de los organismos de Seguridad Social y de otras instituciones del sector salud. En la Resolución mencionada, el Consejo dispuso además, la presentación de un informe en la XXX Reunión (1984), sobre los progresos alcanzados y las acciones realizadas en materia de coordinación entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social.

En cumplimiento del mandato anterior, a través de las oficinas de Representación de la OPS en los países, se obtuvo información referente a cambios recientes en la legislación, relacionados con el proceso de coordinación, la creación con esos mismos propósitos de consejos, comités, y grupos de trabajo; el establecimiento de convenios, contratos u otros mecanismos de relación interinstitucional; y la formulación y desarrollo de programas conjuntos.

La información anterior se complementó y amplió mediante la revisión de documentos (planes de salud, estudios, y proyectos), producidos en los países, a algunos de los cuales se realizaron además visitas para analizar situaciones específicas.

En el presente documento se sintetizan los aspectos más relevantes de estos análisis y se plantean posibles enfoques estratégicos de articulación progresiva de las instituciones para avanzar en el proceso de su coordinación funcional.

## II. SITUACION OBSERVADA

El grado de avance hacia la conformación de los sistemas nacionales de salud y, por lo tanto, en materia de coordinación interinstitucional ministerios de salud-seguridad social es muy variado en los países de América Latina, en los cuales, estas entidades comparten responsabilidades en la prestación de servicios de salud a la población.

Reconociendo la individualidad de estos procesos, para efectos de ordenar la presente revisión, cabría sin embargo, intentar la siguiente agrupación:

- a) Países en donde la responsabilidad de la prestación de servicios corresponde exclusiva o primordialmente al Ministerio de Salud. Este grupo está constituido por Cuba y Nicaragua que han desarrollado sistemas únicos e integrados del sector público. También por Chile, en donde la seguridad social contribuye a la financiación del sistema pero no presta directamente servicios. En una visión ampliada, en este grupo cabría incluir también a Haití, y los países de habla inglesa del área del Caribe. Debe señalarse, sin embargo, que en estos últimos, en los años recientes, han comenzado a aparecer algunos esquemas de prepago y de seguros privados.

En este grupo de países no existe el problema específico de coordinación ministerio-seguridad social que aquí se analiza.

- b) Países en donde la seguridad social tiene responsabilidades por la atención de salud de la mayor parte de la población. Se incluirían en este grupo a siete países: Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Panamá y Venezuela. Por razón del esquema básico de financiación (contribuciones o cotizaciones individuales al mutualismo) cabría incluir aquí también a Uruguay.
- c) Países donde las responsabilidades de atención a la población son mayores para los ministerios de salud o tales responsabilidades se comparten en proporciones variables con la seguridad social, sin que ésta haya alcanzado a la mitad de la población. Este grupo incluiría nueve países: Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y la República Dominicana.

Los 16 países que conforman los grupos b) y c), son aquellos en los cuales la seguridad social tiene acciones directas en la prestación de servicios y, por lo tanto, a ellos se refiere específicamente este análisis.

### Cambios en la legislación relacionados con la coordinación ministerios-seguridad social

Durante los últimos años, en la evolución de los servicios desde la perspectiva coordinación ministerios-seguridad social, los cambios más trascendentes hacia la conformación de los sistemas de salud habrían ocurrido en los países del grupo b), destacándose las modificaciones en legislación introducidas en Brasil, Costa Rica y México, y el esquema de integración operativo puesto en práctica en Panamá.

En estos cuatro países los avances observados estarían ligados a mayor participación del Estado en la financiación de la seguridad social y, como consecuencia, a la extensión de servicios a través de ésta, y en segundo lugar, a una mejor definición de los componentes institucionales del sector y de los sistemas de salud respectivos.

En los países del grupo c), aunque en la mayoría se señalan modificaciones en la política, los cambios de mayor amplitud reflejados en la legislación, habrían ocurrido en Bolivia y en Colombia. En el primero con la creación del Instituto Boliviano de Seguridad Social (1979) encargado de la coordinación de este subsector y dependiente de la Subsecretaría de Seguridad Social del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. En Colombia, con la creación del Sistema Nacional de Salud (1974), y el establecimiento de la superintendencia nacional de seguros de salud (1977).

El examen de las modificaciones en legislación ocurridas en estos cinco países (Brasil, Costa Rica y México, por una parte, y Bolivia y Colombia, por la otra), así como la revisión de información referente a los 11 restantes, permite apreciar una tendencia progresiva hacia una mejor delimitación del sector salud y de los respectivos sistemas nacionales de salud, dentro de los cuales se enmarcan las acciones de coordinación ministerios-seguridad social.

### Consejos, comisiones y grupos de representación interinstitucional

La creación de consejos, comisiones mixtas, comités y otros grupos representan intentos definidos para avanzar en el proceso de coordinación institucional de los servicios de salud. En cinco países se han constituido recientemente consejos nacionales de salud, aunque en uno de ellos, este organismo no ha sido operacionalizado. Con el carácter de Comisiones Mixtas y Comisiones Permanentes existe este tipo de organismos en otros seis países. En otro país se ha establecido un Comité Técnico con representación de las dos instituciones (ministerio-seguro social). El elemento común en estos consejos, comisiones y comités es su carácter interinstitucional, y en general, se prevé su funcionamiento como organismos asesores del Ministerio de Salud.

En algunos otros países los organismos específicos de coordinación establecidos tienen un carácter suprainstitucional, recibiendo distintas denominaciones: Gabinete de Salud, superintendencias de seguro o de seguridad social, etc. El objetivo primordial de estos consejos, comisiones, comités, gabinetes, superintendencias y subsistemas, es la participación formal de las instituciones que conforman el sector salud en el establecimiento de normas y políticas del sector, que teóricamente deben ser seguidas o aplicadas por las instituciones representadas. De acuerdo con la información obtenida, la experiencia con estos diferentes tipos de organismos de coordinación es muy variable. En general, parecen ser muy poco operativos, al menos en cuanto se refiere a las acciones específicas de coordinación ministerios-seguridad social. En este sentido parecerían ser más promisorios los de carácter suprainstitucional. Sin embargo, algunos de ellos son de muy reciente creación y se requeriría un período prudencial para apreciar su verdadero potencial y realizaciones.

#### Convenios y contratos

En el período a que se refiere primordialmente la revisión base del presente informe (1979-1984) dentro de las variaciones legislativas de los países, parecería haberse producido un incremento en el uso de los convenios y/o contratos para la prestación de servicios, como mecanismos de coordinación entre los ministerios y la seguridad social.

En la mayoría de los países analizados se ha señalado la existencia de estos convenios, destacándose dos tipos principales, que no son por supuesto excluyentes. Es decir que se encuentran en un mismo país simultáneamente.

- a) La contratación, por parte de las instituciones de seguridad social, con los ministerios de salud (sector público), en la cual existirían diversas modalidades: la compra de servicios, (en consulta externa, atención en emergencias, atención en domicilio), la utilización de capacidad instalada, con personal y suministros propios de la seguridad social (arrendamiento de áreas físicas) y la utilización de capacidad instalada, incluyendo planta física, personal, equipos y materiales, suministrados por el establecimiento de salud correspondiente. Las formas de pago de estos contratos se hacen por caso atendido, por área utilizada, o por unidades de servicios prestados.
- b) La contratación por parte de las instituciones de seguridad social con entidades del sector privado. Este tipo de contratación es más frecuente en cinco de los 16 países, y el pago correspondiente se hace en la mayoría de los casos por unidades de servicios prestados.

#### Programas interinstitucionales

Para el análisis de programas conjuntos se establecieron cuatro (4) áreas de referencia: el desarrollo de infraestructura física; la formación de personal; el desarrollo de sistemas de apoyo; y los servicios de atención de salud a grupos especiales de población.

Los resultados de dicho análisis estarían indicando un avance en la participación conjunta de los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social en programas orientados a dar atención de salud a grupos especiales de población. Sin que constituya una enunciación exhaustiva, a manera de ejemplos, cabría especialmente mencionar: el Convenio de Santa Catarina en Brasil (1983); el Convenio Multilateral sobre Planificación Integral de Salud de la Guajira en Colombia (1983); el Programa de Integración de Atención Médica de obreros empleados en faenas agropecuarias en Argentina; el desarrollo de los Centros Maternoinfantiles del Cerro en Montevideo, Uruguay; los Convenios de Atención de Tuberculosis y Atención del Traumatizado en Venezuela; los convenios de Atención de Tuberculosos y Cancerosos en Paraguay; el Programa de Educación Nutricional en El Salvador; el Plan Piloto de Coordinación en el Area Norte de Honduras; los programas de Salud Rural y Comunitaria en Costa Rica; los Sistemas Integrados de Salud de Panamá; el programa del Control de la Sílicosis que vincula la Oficina de Medicina Laboral e Higiene con el trabajo del Seguro Social Boliviano con el Instituto de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de Bolivia; el programa IMSS-COPLAMAR en México y la Unidad Nacional de Cirugía Cardiovascular en Guatemala.

Respecto al desarrollo conjunto de sistemas de apoyo, se citan ejemplos especialmente en el área de suministros. En la mayoría de los países se señala la iniciación y en algunos casos el avance importante en la utilización de listados únicos de medicamentos esenciales. También algunas actividades compartidas en el área de mantenimiento y para el desarrollo de sistemas de información y registros, así como para la utilización conjunta de algunos servicios especializados.

En relación a programas de formación de personal en forma coordinada, siete de los países analizados, señalan haber desarrollado algunas actividades conjuntas. Sin embargo, en la mayoría de los países los programas de capacitación institucional funcionan independientemente, con participación conjunta esporádica. También en la mayoría se señala la persistencia de condiciones diferentes de empleo.

Otra de las áreas que presenta menos avance en el proceso de coordinación, es la de desarrollo de infraestructura, aunque existen proyectos de importancia en ejecución en tres de los países y en otros cinco se informan proyectos conjuntos en proceso de elaboración.

#### Mecanismos administrativos

En relación con aspectos administrativos y con el objeto de coordinar las acciones de las instituciones del sistema de servicios de salud, en casi todos los países se han creado corporaciones que tienen diferentes nominaciones, constitución y nivel de decisión. Estos grupos responden a orientaciones diferentes dentro de la definición de los mecanismos de coordinación de las dos instituciones. Entre ellos puede destacarse a manera de ejemplo, dos tipos de enfoques.

En un país, un grupo constituido por representantes del Ministerio de Salud y del Instituto de Seguridad Social produjo un documento que señala áreas prioritarias para la integración de los servicios asistenciales, indica las pautas generales, y determina las estrategias y los mecanismos que puede conducir a la aceleración de la coordinación de los servicios, dentro de un marco de viabilidad política y factibilidad técnica. Se registran como áreas prioritarias, el área de contratación de servicios, el Sistema Nacional de Mantenimiento, la salud ocupacional, las normas asistenciales, la educación para la salud, y el proceso de planificación.

En otro país se creó una comisión interinstitucional de planeamiento y coordinación, la cual ha desarrollado un proyecto para la programación de acciones integrales de atención de salud; con el fin de establecer niveles de articulación multiinstitucional, determinar el establecimiento de niveles decisivos; reorientar los programas de enseñanza y programar alcances de cobertura de acuerdo a los parámetros técnicos y financieramente viables.

#### Acciones en el campo internacional

El proceso de integración o coordinación de los organismos de seguridad social y de los ministerios de salud, se ha beneficiado enormemente de su análisis en los foros internacionales. En este sentido, se registran hechos recientes claramente demostrativos del interés en este tema y del espíritu renovador que anima el pensamiento con respecto al mismo.

En agosto de 1982, la Oficina Internacional del Trabajo en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, convocó una consulta técnica regional sobre estrategias de desarrollo de las prestaciones de salud en la seguridad social. Este evento (México, agosto de 1982) inició un proceso, actualmente en marcha, a través del cual se busca promover el acercamiento de las instituciones, para "lograr coherencia entre sus objetivos, congruencia en los medios que utilizan y armonización funcional de sus formas de operación", (OIT 1982),<sup>1/</sup> señalando así nuevas dimensiones y orientaciones a los esfuerzos de coordinación.

En noviembre de 1983, los ministros de trabajo de los países de la subregión andina, actuando en el seno del Convenio Simón Rodríguez,<sup>2/</sup> acordaron invitar a los Ministros de Salud y Presidentes o Directores de la Seguridad Social a un primer encuentro que se celebraría en los próximos meses en la ciudad de Quito, cuyos objetivos generales consideran: "Formular un plan de acción conjunta de los Convenios Simón Rodríguez e Hipólito Unanue para establecer mecanismos de coordinación y cooperación, entre los ministerios de salud y las entidades del sistema de seguridad social, con base en un proceso de planificación concertada y programas de acción conducentes a superar los problemas comunes de salud prioritarios a nivel de los Países Miembros".



En abril de 1984, los Ministros de Salud de Centro América y Panamá y los Directores de las instituciones de seguridad social de estos países analizaron conjuntamente (Panamá, abril de 1984)<sup>3/</sup> el Plan para la atención de las necesidades prioritarias de salud en la subregión, y decidieron que a partir de ese momento los Directores de la seguridad social se incorporan, y formarán parte de la Reunión de Ministros de Salud del área (REMCAP) que se realiza anualmente. Esta decisión, se habrá de ver sin duda reflejada muy pronto en nuevos cambios en este grupo de países, la mitad de los cuales ya ha logrado avances importantes en la consolidación de sus respectivos sistemas de atención de salud. La trascendencia de esa decisión se pone en evidencia en el análisis de la situación de atención de salud a las personas en Centro América y Panamá, que demostró en forma muy clara que sin esa integración de esfuerzos institucionales no será posible hacer frente a las necesidades prioritarias de salud de grandes masas de la población (Plan de necesidades prioritarias de salud en Centro América y Panamá).

Los Ministros de Salud de los países de Centro América y Panamá, del Grupo de Contadora,<sup>\*/</sup> del Grupo Andino,<sup>\*\*/</sup> de Argentina, Brasil y España,<sup>\*\*\*/</sup> con la participación de Directores de Instituciones de Seguridad Social, se reunieron nuevamente (Medellín, Colombia, julio 1984), para establecer bases operativas de la cooperación técnica para el desarrollo del Plan para la atención de necesidades prioritarias de salud en la Subregión (Centro América y Panamá). Uno de los tres temas de la agenda respectiva fue la Coordinación Ministerios-Seguridad Social, con respecto a la cual la Declaración correspondiente destaca "la convicción (de los participantes) de la urgente necesidad de coordinar y movilizar todos los recursos nacionales especialmente los de los Ministerios de Salud, los de la Seguridad Social y las Universidades, en una acción solidaria para obtener soluciones efectivas a los problemas de las poblaciones especialmente las marginadas de los beneficios de la salud y del progreso."<sup>4/</sup>

### III. ANALISIS DE LA INFORMACION OBTENIDA. PROGRESOS ALCANZADOS

La coordinación interinstitucional del sector salud, ha sido concebida como un instrumento para lograr el desarrollo de mecanismos de planificación y ejecución conjuntos de los programas de salud, orientados a la mejor utilización de los recursos nacionales para hacer viable y garantizar el acceso igualitario y oportuno a los servicios al total de la población según sean sus necesidades de atención. El fin último de la coordinación Ministerios-Seguridad Social es entonces la cobertura universal y equitativa de atención de salud.

---

<sup>\*/</sup> Colombia-México-Panamá-Venezuela  
<sup>\*\*/</sup> Bolivia-Colombia-Ecuador-Perú-Venezuela  
<sup>\*\*\*/</sup> Invitado especial

Los anteriores, deberían ser por tanto los criterios válidos de análisis o de evaluación, para reconocer tanto la presencia de la coordinación como sus resultados.

Intentar un análisis de tal naturaleza, conduciría indefectiblemente a una revisión casuística, para la cual no hay suficiente información disponible en los países y por supuesto tampoco a nivel regional, por otra parte, tal revisión estaría fuera del alcance de esta presentación. En estas circunstancias, se hará aquí referencia a aspectos que se han consagrado como sustantivos de la coordinación en las distintas oportunidades en que esta ha sido motivo de análisis y consideración.

### Definiciones políticas

La coordinación o integración de las instituciones del sector salud, es una decisión política y el resultado de una acción o conjunto de acciones de naturaleza esencialmente política. En otras palabras, la conformación de los sistemas nacionales de salud (conjunto de partes o elementos [instituciones]), apropiadamente interrelacionados para un propósito común (la atención de salud de la población) depende de la naturaleza, alcance y contenido, y consistencia entre unas y otras de las definiciones de orden político que se adopten en cada sociedad o país con respecto a la prestación de los servicios de salud, su financiación, a los medios utilizados para otorgarlos, y a los factores favorables o adversos que pueden incidir en dicho proceso.

La experiencia de los países de América Latina estaría indicando que la condición básica para que este proceso pueda darse en forma realmente efectiva es la concertación en los más altos niveles de la conducción nacional de objetivos sociales y económicos y la revisión y compatibilización subsecuente de las políticas complementarias (institucionales) que se estimen viables para lograr esos objetivos globales.

Solo con un marco de referencia de esa naturaleza, que reconozca realmente la función social de los servicios de salud, podrían ser llevados a la práctica y conducidos con éxito los acuerdos formales e instrumentales que involucran a las instituciones (OPS/OMS, 1982).<sup>5/</sup>

El examen de la documentación revisada, permite afirmar que hay abundancia, quizá aún exceso, de formulaciones políticas en materia de coordinación de los servicios de salud, de los ministerios de salud, y de la seguridad social. Difícilmente podrían señalarse áreas o aspectos aún no cubiertos en las definiciones y recomendaciones producidas a este respecto en el sector público y en el de la seguridad social, y tanto en el ámbito interno de los países como en los foros internacionales.

Muchas de estas formulaciones de políticas; sin embargo, o son meramente declarativas o se han focalizado más en los medios que en el fin. Si lo que importa e interesa alcanzar es la cobertura universal, los

mecanismos particulares o institucionales a través de los cuales se obtenga el modelo de seguros o de servicios públicos, la propiedad de los establecimientos, sin dejar de ser importantes, deberían ocupar un lugar secundario en las discusiones y en el debate de cómo servir al total de la población.

Como muchas de estas políticas se han adoptado unilateralmente, es decir, para un contexto institucional dado y para grupos o sectores específicos de la población, no solo tienden a ser segregacionistas sino que contribuyen a perpetuar enfoques o esquemas que han sido superados por la realidad social de los países. Si dentro de los valores sociales imperantes, en su momento, fue aceptable la idea de servicios de caridad para los indigentes, y entendible el establecimiento de esquemas de seguros para grupos selectivos de la población, las necesidades, hoy reconocidas de una mayor equidad social, de la cual la extensión de la cobertura de los servicios de salud es un elemento fundamental, cuestionan seriamente e invalidan la persistencia de tales enfoques.

Algunas de las políticas que en materia de coordinación se han formulado carecen de realismo y viabilidad, ya sea porque tienden a establecer responsabilidades más allá de la capacidad política, financiera o técnica de las instituciones, o porque no van acompañadas de los instrumentos, jurídicos y de otros órdenes, que permitirían darles aplicación.

Las mayores restricciones con respecto a la aplicación de políticas de coordinación de los ministerios y las entidades de seguridad social y del sector salud en general, parecen, sin embargo, estar relacionadas con un reconocimiento apenas parcial de la complejidad del proceso político en el cual están inmersas las decisiones que atañen a la atención de la salud individual y colectiva, y por tanto del contexto político en el cual se habrán de desarrollar los esfuerzos de coordinación. Este parecería haber sido un campo de marcado dominio de las burocracias, las cuales han mantenido por muchos tiempo iniciativa y liderazgo a este respecto, tanto en el subsector público como en el de la seguridad social.

Los grupos sociales que eventualmente se hacen presentes en los debates con respecto a la acción de los servicios de salud y a las necesidades de su coordinación son usualmente organizaciones gremiales o agrupaciones profesionales interesadas primordialmente en obtener beneficios adicionales, y en mantener su estabilidad. Ninguno de estos grupos, por supuesto, representa el interés de la sociedad como un todo y menos aún el de aquellos sectores de la población que por su misma condición de marginación socioeconómica carecen de capacidad de expresión de sus necesidades y derechos.

Las definiciones políticas en materia de coordinación de ministerios y seguridad social, y por supuesto su aplicación, requieren el desarrollo de amplios mecanismos de participación social, vinculando al proceso a todos los grupos y sectores interesados. Para tal propósito, es fundamental estimular la interacción entre las organizaciones burocráticas y

provocar el debate abierto para mejorar la comunicación y despejar prejuicios y equívocos que tienen su origen en la desconfianza y falta de conocimiento mutuo de las instituciones. Sería necesario además lograr la participación en diferentes niveles de grupos realmente representativos de la población.

Las tareas de estructurar apropiadamente el sector salud, incluyendo la complementariedad y no la competencia entre ministerios y seguridad social y la planificación asociada a ella, no se lograrán exclusivamente por el camino de la técnica y la eficiencia. Estos son instrumentos importantes y útiles, pero no suficientes. En este empeño será imprescindible ganar, sino el consenso, al menos un suficiente grado de aceptación social para las medidas que se requiera proponer.<sup>6/</sup> Estas, por lo demás, variarán según el contexto político, social y económico de cada país.

Dentro del marco de estas consideraciones, cabría revisar tres campos de decisión política que constituyen otros tantos elementos centrales en el proceso de coordinación de los ministerios de salud y de la seguridad social: las definiciones en cuanto a composición de los sistemas de salud, el financiamiento de los servicios, y la cobertura que se otorga a la población.

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

Prácticamente en todos los 16 países, motivo de este análisis se han adoptado definiciones de política y aún se ha expedido legislación tendiente al establecimiento de los sistemas nacionales de salud. En algunos casos esas definiciones no consideraron inicialmente a la seguridad social, o solo lo hicieron parcialmente (OPS/OMS - Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1975).<sup>7/</sup>

Dada la tradición de institucionalización de los servicios de salud que existe en América Latina, no hay duda de que estas entidades (seguros-ministerios), continuarán siendo protagonistas centrales en la conformación de los sistemas de salud respectivos. Sin embargo, en documentación producida en los países parecería estar surgiendo la consideración de hechos adicionales que llevan a una reconceptualización técnica y política de los sistemas de salud. En este sentido cabría hacer referencia a tres aspectos principales: enfoques más amplios en cuanto a sistemas de salud; cambios en la seguridad social e influencias del sector privado.

- a) En algunos países se estarían visualizando estos sistemas en un marco más amplio, de carácter sectorial, que vincula a las necesidades de coordinación a otras instituciones no directamente comprometidas en la prestación de servicios, pero cuyas actividades están orientadas a la promoción y el desarrollo de la salud.

La revisión de recientes disposiciones jurídicas (Costa Rica y México especialmente) muestra con toda claridad un reconocimiento de la multisectorialidad de los factores determinantes de la salud y consecuentemente orientaciones decididas a ubicar las acciones de salud en el ámbito de la planificación nacional y a buscar la interrelación real de los servicios con otros sectores.

Tácita o explícitamente, estaría apareciendo la figura del ministerio sectorial y de los consejos sectoriales de salud, en donde estarían representados otros sectores, además de las instituciones que prestan servicios y que eventualmente podrían ser formas más efectivas como elementos de coordinación que los Consejos Nacionales de Salud. En este contexto, las relaciones de los ministerios de salud y de la seguridad social se plantean fundamentalmente en el terreno de la integración funcional y no necesariamente orgánica. "No se trata de la creación de un aparato burocrático nuevo, forzosamente grande e inmanejable, sino de un sistema conducido por la autoridad sanitaria en el que las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonio propios y de su autonomía para estatal se integren y coordinen funcionalmente para evitar duplicidades y contradicciones...", "para dar un uso más eficiente a los recursos sociales....". (México, 1984).<sup>8/</sup>

Dentro de esa orientación, se reafirma la autoridad y competencia de los ministerios como organismos rectores del sistema y, por consiguiente, de las políticas y acciones de salud, pero a la vez parece perfilarse una tendencia hacia la mejor identificación de tres grandes áreas de actividad institucional con respecto a la salud: la prestación de servicios propiamente dicha, la protección y el desarrollo de la salud pública comunitaria, y el fortalecimiento de los llamados servicios sociales o de bienestar social, los tres conformando los sistemas de salud. Las necesidades de desarrollo apropiado de estos frentes complementarios de actividades de salud parecerían estar gestando una mejor definición de responsabilidades y áreas de competencia institucional.

- b) En el campo de la seguridad social cabe destacar igualmente la presencia de cambios y hechos con repercusiones importantes para el proceso de coordinación.

El primero de ellos es un movimiento interno hacia la coordinación y aún la integración en una sola institución. La creación del INOS en Argentina, del IBS en Bolivia, la de la Dirección General de Seguridad Social en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en Uruguay; la incorporación al IMSS

de varios servicios médicos de empresas descentralizadas en México, y especialmente la fusión primero de las múltiples cajas iniciales en siete grandes fondos, y luego la aglutinación de esos esquemas (1977) para constituir el INAMPS en Brasil, constituyen ejemplos a este respecto. Los argumentos en favor de la existencia de múltiples cajas han ido al parecer perdiendo vigencia, particularmente por razones de orden financiero. En 11 de los 16 países motivo de este análisis existe prácticamente una sola entidad de seguridad social que otorga servicios de salud, ya sea directa o indirectamente. Se exceptuarían Argentina, Bolivia, Colombia, México y Venezuela en donde el sistema es todavía pluri-institucional.

El segundo cambio de trascendencia se refiere a la concepción misma de la seguridad social. En diversas oportunidades, se ha señalado el surgimiento en las últimas décadas de una nueva doctrina de seguridad social en América Latina (Tamburi, 1982).<sup>9/</sup> En virtud de ésta, de la noción original, restringida del Seguro Social Obligatorio se estaría evolucionando, paulatinamente hacia una conceptualización más amplia de programas o sistemas integrales de seguridad social de alcance nacional. Aunque la incorporación de los principios que animan esta transformación parecería avanzar a un ritmo muy lento, y en varios países la filosofía imperante continuaría siendo todavía la de protección a grupos selectivos de la población asalariada, es evidente que la tendencia hacia la extensión horizontal, al menos en el campo de la salud (protección de nuevos grupos de población) ha venido afirmándose de manera clara y progresiva.

El tercer hecho de significación, sin duda relacionado con el anterior, es la mayor participación de los regímenes de protección de salud de la seguridad social en el conjunto de la prestación total de servicios. En seis de los 16 países (Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Panamá y Uruguay) los diferentes esquemas de seguridad social tendrían en promedio la responsabilidad de la atención de salud de cerca del 70% de la población correspondiente. Esta mayor participación estaría relacionada con el grado de desarrollo, expresado en función del Producto Bruto Interno de los países (Zschock 1983),<sup>10/</sup> pero fundamentalmente con la decisión política, y con una mayor participación del Estado en la financiación de los esquemas correspondientes (Brasil y Costa Rica especialmente, y México como administrador de fondos federales para un programa especial).

- c) Las influencias que el sector privado puede tener en la conformación de los sistemas de salud, ya sea directamente o a través de sus relaciones con los organismos de seguridad social merecerían igualmente consideración especial.

Durante los últimos años en varios de los países, pero especialmente en Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Venezuela, han surgido bajo la modalidad de prepago o seguros privados, diversos esquemas de organización de actividades de atención de salud. La presencia de estas entidades, la magnitud y características de los servicios que otorgan, y su significado en el conjunto nacional respectivo de la atención de salud son fenómenos al parecer todavía no suficientemente reconocidos en los países; menos aún adecuadamente orientados y regulados, para que sus acciones se ajusten a las políticas nacionales correspondientes. Los organismos de seguridad social otorgan las prestaciones de salud bajo dos modalidades: directamente, es decir, en sus establecimientos y con su propio personal, y de manera indirecta, a través de compra o subrogación de servicios, convenios, etc., con establecimientos públicos o del sector privado. En la mayoría de los países, la contratación con el sector privado tiende a ser mayoritaria (Argentina, Brasil, Perú y Venezuela) y en ocasiones llega a volúmenes bastante altos en el total de servicios otorgados.

Enfrente de los hechos reseñados, parece claro que los intentos y esfuerzos que por cerca de 25 años se han realizado para coordinar las acciones de ministerios-seguridad social han sido sobrepasados por el avance del conocimiento en relación con la salud, por las exigencias que esto impone en la organización de los servicios y por la realidad social de los países. Han aparecido nuevos interlocutores para el proceso de coordinación y el desafío parecería ser ahora para los ministerios y los institutos de seguridad social conjuntamente, cómo encontrar los elementos de interacción con esas otras entidades, en un esfuerzo concertado para avanzar en la conformación de los verdaderos sistemas nacionales de salud. El crecimiento del sector privado exige una mejor coordinación entre las entidades públicas para interrelacionarse apropiadamente con él, y la visión sistémica de los servicios de salud requiere coherencia entre los programas institucionales, así como además la planificación de las interrelaciones formales de las instituciones. Esta es indudablemente un área de especial interés y en la cual sin embargo solo se habría trabajado de manera intuitiva y episódica.

#### Las formas de financiamiento de los servicios de salud

Las posibilidades de extensión de la cobertura de servicios de salud, dependen en gran medida, de los mecanismos de financiamiento de dichos servicios. Este es, por tanto, un elemento central en las interrelaciones de los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, el cual sin embargo, como se anotó previamente, no habría recibido consideración suficiente en los debates del proceso de coordinación.

No podrá haber cobertura universal mientras existan barreras económicas o desigualdades en el acceso a los servicios derivados de sus formas de financiación. El problema primordial a este respecto, es entonces la adopción de políticas apropiadas de financiamiento que hagan efectivo el reconocimiento del derecho a la atención de la salud a toda la población, y contribuyan así a subsanar las situaciones discriminatorias existentes, acercándose por esa vía a una mejor distribución de ingresos. En este, como en muchos otros campos de la atención de salud, no hay fórmulas únicas, ni universales. Cada país, en su contexto político, social y económico habrá de optar por la alternativa que más se ajuste a sus características y a las orientaciones de su política social.

En América Latina es en general difícil obtener información que permita conocer el monto total de los recursos financieros asignados a salud y apreciar sus tendencias. En términos generales se acepta que el monto de estos recursos, provenientes de todas las fuentes, en promedio para la Región, oscilaría entre el 4 y el 6% del PBI (OPS/OMS, 1980).<sup>11/</sup> Se ha señalado, sin embargo, que estas proporciones son más bajas en prácticamente todos los países (Zschock, 1983).<sup>12/</sup> Desde el punto de vista de las asignaciones del sector público, no obstante la tradición bien establecida de institucionalización de la salud, en la Región, en los últimos años, en solo 10 de los 16 países se registraron aumentos reales per cápita en la asignación de fondos públicos a salud. En la mayoría de los casos la proporción de esos recursos no ha variado, o más bien ha bajado, a veces en forma considerable (OPS/OMS, 1981).<sup>13/</sup>

Las fluctuaciones observadas en estas asignaciones, que implican necesariamente inestabilidad en los programas, tenderían a aumentar, reflejando el impacto de la recesión económica que afecta a los países, sobre las disponibilidades de los gobiernos para destinar recursos a salud. Estudios realizados por el Banco Interamericano de Desarrollo,<sup>14/</sup> indican que el PBI per cápita global disminuyó en 1.3% en 1981, y en más del 3% en 1982. Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) solo hacia 1990 se llegará al mismo PBI por habitante de 1980. Esta situación necesariamente se verá reflejada en la actuación fiscal de los gobiernos y se estima por tanto que en esas condiciones los recursos financieros futuros para el sector salud podrían no llegar a la proporción del 4% del PBI (OPS/OMS, 1984).<sup>15/</sup>

La extensión de servicios a través de la seguridad social parecería ser una opción válida en América Latina. Sin embargo, son suficientemente conocidas las críticas (impuesto regresivo, entre otros) que se hacen a las formas de financiación clásica, bipartita o tripartita de estos programas, especialmente cuando su cobertura es muy limitada. Evidentemente, muchos de los problemas que existen en esta área surgen de las reglamentaciones y criterios que rigen "el campo de aplicación" de estos programas. Especial importancia tiene a este respecto la existencia de topes máximos y mínimos que regulan la afiliación. Aunque en la mayoría de los países los topes especialmente los mínimos, pueden haber sido abolidos de la legislación, en la práctica estos continuarían



operando a través de las llamadas "cláusulas diferidoras", las cuales se aplican con sujeción estricta al principio dogmático actuarial del equilibrio financiero.

El reconocimiento de estas limitaciones ha llevado a buscar la introducción de esquemas diferentes de financiación de la seguridad social mediante rentas generales. Aunque este enfoque no ha progresado en América Latina, algunos países lo utilizan parcialmente, mediante la destinación del impuesto al valor agregado (Argentina, Uruguay) para el financiamiento de esos programas.

Los efectos de la recesión económica se harán obviamente sentir también en este campo. Para los últimos años se revela claramente el deterioro del mercado de trabajo, tanto en relación con el empleo como en los salarios. Se estima que la fuerza laboral es de 120 millones de personas,<sup>16/</sup> y alrededor de un 30 por ciento de la mano de obra está hoy subempleada o desempleada, lo que significa que un número creciente de trabajadores está fuera de la actividad productiva, y en particular los sectores claves como el manufacturero y el de la construcción. Esto significa que los ingresos al financiamiento de la seguridad social también se verán indefectiblemente reducidos.

En estas condiciones parecería claro que hay una necesidad impostergable de análisis en profundidad de los sistemas financieros de la seguridad social y del sector salud como un todo. Tales análisis deberán aportar información suficiente para la definición de políticas más apropiadas de financiamiento de los servicios de salud, dando así una mayor viabilidad a la interacción de ministerios y seguridad social en el empeño nacional de cobertura universal.

#### La cobertura de los servicios de salud

El tercer campo en el cual se requerían decisiones de política, complementarias de las formulaciones generales ya existentes (Salud para Todos en el Año 2000--Estrategias de atención primaria--Universalización de la Seguridad Social),<sup>17/</sup><sup>18/</sup> que contribuyen efectivamente a promover y estimular los esfuerzos de coordinación ministerios-seguridad social, es el de la cobertura de los servicios de salud.

En los países de América Latina que mantienen servicios multi-institucionales, la cobertura real en atención de salud no se conoce. Esto se debe en gran parte a las diferencias en los conceptos que se manejan y a las limitaciones de los indicadores tradicionales que se utilizan para medirla.

A comienzos de la década pasada (Plan Decenal de Salud para las Américas, 1972)<sup>19/</sup> se estimó que aproximadamente el 40% de la población de la Región carecía de acceso a los servicios. Desde entonces se ha venido utilizando esta cifra para dar una dimensión de la población sin cobertura.

Las acciones realizadas por los gobiernos en el desarrollo de los sistemas viales y en la infraestructura de servicios de salud, sin lugar a dudas han mejorado las posibilidades de acceso a los servicios de salud. La información disponible no permite sin embargo, establecer el grado de cobertura alcanzado en las zonas rurales, y tampoco en las zonas periurbanas afectadas por la marginación socioeconómica. Hay no obstante consenso respecto a la persistencia de grandes grupos de población sin acceso a los servicios mínimos de salud. Las apreciaciones varían por supuesto en magnitud, según los países, pero en general no existen cifras que indiquen la cobertura efectiva de los servicios del subsector público.

En las instituciones de seguridad social se dispone de algunas cifras, pero es necesario distinguir entre la cobertura nominal y la real. La primera se refiere a la población con derecho a recibir las prestaciones ya sea cotizantes o beneficiarios, y al tipo de riesgo o contingencia cubierto. La cobertura real se refiere a la población que recibe efectivamente las prestaciones. Las cifras usualmente disponibles corresponden a la cobertura nominal. Estas cifras se ven afectadas por muchos factores. En el seguro de enfermedad en algunos países, los beneficiarios no utilizan los servicios porque la seguridad social no tiene la suficiente capacidad instalada, propia o contratada, para atender a todos sus beneficiarios. En otros casos éstos prefieren acudir al sistema privado o a otros servicios estatales o paraestatales por razones de índole geográfica y/o cultural.

En algunos países donde no está unificado el sistema de control y registro de afiliados, una misma persona puede cotizar en varias cajas o esquemas debido al pluriempleo, y aparece como dos o más cotizantes diferentes. En otras ocasiones las compañías empleadoras afilian a su personal a la caja del lugar donde funcione la sede de la compañía, aún cuando el personal trabaja en otra ciudad, con la consiguiente distorsión de la información.

No obstante las anteriores limitaciones, usando cifras suministradas por las propias instituciones, se ha estimado (OPS/OMS, 1981)<sup>20/</sup> que en el período 1976-1980, aproximadamente un 50% de la población de los 16 países que mantienen programas de salud dependientes de la seguridad social estarían cubiertos por dichos programas. En tres de estos países (Argentina, Brasil y Costa Rica) las cifras superan el 70% de la población nacional. En otros tres (México, Panamá y Venezuela) las proporciones oscilarían entre el 30% y el 60% de cobertura. En los restantes diez países las cifras serían inferiores al 30% (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, la República Dominicana y Uruguay).

La consideración de éstas cifras, aunque de manera muy general, permite sin embargo apreciar la participación importante que tiene la seguridad social en la prestación de servicios en esos países. La dispersión de los porcentajes señalaría por otra parte, el diferente desarrollo de las instituciones de seguridad social en los países considerados.

Hay sin embargo algunas restricciones de estos programas, que se requiere señalar. Los mecanismos de afiliación de la seguridad, en general, mantienen operando sistemas para captar y asegurar al trabajador urbano con dependencia laboral. La extensión a las áreas rurales y a trabajadores independientes se ha visto restringida por la presencia real o aparente de barreras legales y técnico-administrativas. Únicamente en cuatro países (Bolivia, Brasil, Ecuador y México) se han desarrollado programas en la seguridad social tendientes a atender a la población rural.

Interesa igualmente destacar las diferencias en beneficios otorgados (cobertura) a afiliados y beneficiarios. En ocho países (Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, México, Panamá, Paraguay y Venezuela) el seguro de salud protege al trabajador y su grupo familiar, específicamente a la esposa, y a los hijos hasta que cumplan la mayoría de edad. En los otros ocho países la protección familiar se reduce al seguro de maternidad y la atención al niño. Dentro de este esquema hay además algunas modalidades; en cuatro países (Colombia, Ecuador, Perú y la República Dominicana) la protección cubre al niño únicamente durante el primer año de vida; en tres países (Guatemala, Honduras y Uruguay) la protección llega hasta los cinco años; y por último, en un país (El Salvador) el niño no tiene cobertura por parte del sistema.

Se indica que la responsabilidad de la atención de la población no beneficiaria del sistema de seguridad social se distribuye en general entre los ministerios de salud, los servicios de salud de las Fuerzas Armadas, municipios, entidades estatales cuya función principal no es salud, y entidades privadas con o sin finalidades de lucro. Esta es, por supuesto, una apreciación bastante teórica, por cuanto no se dispone tampoco de datos que permitan apreciar la magnitud real de la cobertura de esos servicios.

Finalmente, desde un punto de vista operativo, la acción de los servicios de salud se ha concentrado en general, en atender a la demanda voluntaria, y a programas como el maternoinfantil, y el de inmunizaciones, entre otros. Por tanto, no se da en general, suficiente consideración a la atención de algunos grupos como adolescentes, ancianos, enfermos mentales, inválidos e impedidos.

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

#### IV. ESTRATEGIAS DE ARTICULACION PROGRESIVA

La experiencia de varios países de la Región en los años recientes, demuestra que la consolidación de los sistemas de salud es un proceso de desarrollo gradual, con etapas a veces muy largas de maduración tanto para las definiciones realmente sustantivas, como para su aplicación efectiva. Las acciones estratégicas que puedan estimular este proceso variarán, por supuesto, en naturaleza y contenido, de acuerdo con cada situación nacional. No obstante, con base en la información obtenida, cabría sugerir algunas áreas en las cuales un esfuerzo concertado beneficiaría progresivamente una mejor interrelación funcional ministerios-seguridad social.

##### a) Establecimiento y desarrollo de una base doctrinaria común

El acercamiento indispensable en las formas de organización y operación de los servicios dependientes de los ministerios y de la seguridad social, requiere un entendimiento común de los avances del conocimiento respecto a los fenómenos que afectan la salud, a los procesos operativos de los servicios y a las modalidades y técnicas de atención. Es indispensable además, mejorar las condiciones de información, y de conocimiento mutuo en relación con los propósitos y características de las instituciones, para despejar prejuicios y equívocos y lograr el desarrollo de actitudes de entendimiento. Se requiere por otra parte, revisar los esquemas y cuerpos normativos para explorar las posibilidades de armonización y compatibilización.

En consideración de experiencias previas, los esfuerzos en estos y otros campos deberían centrarse en las posibilidades de desarrollo que ofrecen aquellos aspectos en los cuales hay acuerdo, en vez de prolongar infructuosamente el debate de aquellos otros en que puedan existir divergencias reales o aparentes.

El examen conjunto de actividades y enfoques organizacionales, y el análisis de sus posibilidades de aplicación en programas compartidos contribuirá a establecer un diálogo productivo y constituye por tanto un área fundamental de trabajo para grupos interinstitucionales, cuya organización y funcionamiento sistematizado sería una prioridad en este proceso de coordinación.

##### b) Desarrollo conjunto de la investigación de servicios de salud

Los mayores problemas que actualmente afectan a la prestación de servicios, ya sea en los ministerios de salud o de la seguridad social están relacionados con la accesibilidad y la adecuación de

los servicios; el financiamiento y costos de los mismos; la tecnología y la calidad de la atención. Todo hace prever que para los próximos 15 años, éstas continuarán siendo áreas centrales de preocupación, en especial los problemas de accesibilidad cuya solución en el menor término posible tiene carácter perentorio.

La introducción de los cambios estructurales y operativos necesarios con ese propósito en los servicios de salud, tanto de los ministerios como de la seguridad social, exigen un mejor y más amplio conocimiento de los grupos de población para los cuales se diseñan los servicios, como de los múltiples factores que inciden en la utilización y aceptación de estos por la población, al igual que de las características de la composición tecnológica y funcionamiento de los servicios mismos.

En este empeño, es impostergable conocer cual es realmente el aporte de los servicios a la salud de la población; qué hacen efectivamente dichos servicios; cómo lo hacen; qué tan bien lo hacen y a qué costo, y cuáles son las alternativas más apropiadas de organización y de atención. Es indispensable por otra parte encontrar un balance entre las necesidades de modernización de los servicios, y la incorporación de elementos innovadores a un ritmo que sea socialmente asimilable en términos de costos, y de igualdad en oportunidades de utilización por todos aquellos miembros de la población que lo requieran.

En todos estos campos existen numerosos interrogantes que es indispensable resolver apropiadamente, y cuya naturaleza exige un esfuerzo sistemático y compartido de múltiples enfoques de investigación en servicios de salud (epidemiológica, social y operativa), que abran la posibilidad de nuevas líneas de pensamiento, y que permitan ampliar y mejorar las bases de análisis, así como los instrumentos y procedimientos utilizados para la planificación, organización, administración y evaluación de los servicios de salud. En general ha existido solo un interés limitado en este tipo de investigación en América Latina y en las circunstancias actuales, esta es definitivamente un área de desarrollo estratégico conjunto por parte de los ministerios y la seguridad social.

c) Análisis y revisión de los procesos tecnológicos en la prestación de servicios de salud

Como fenómeno mundial, en las últimas décadas ha habido un desarrollo sin precedentes en la tecnología médica, que comprende básicamente personal, drogas, instalaciones, materiales, instrumentos, equipos y también métodos y procedimientos de atención. La incorporación en la medicina de nuevos medios diagnósticos y formas de tratamiento sin ninguna duda ha significado avances importantes en el control de ciertas enfermedades. Sin embargo, no todos los nuevos procedimientos, técnicas, equipos, etc., que hoy se

preconizan han probado ser eficaces, y estar exentos de riesgo. Aunque en América Latina solo recientemente se ha comenzado a prestar atención a estos aspectos, la experiencia de algunos países ha demostrado la necesidad de esfuerzos decididos de racionalización en este campo.

El uso de nueva tecnología, teóricamente más efectiva, se traduce, en diversos campos de actividad, en costos más bajos de producción. No ocurre lo mismo en los servicios de salud, en los cuales, entre más avanzada y compleja es la tecnología utilizada, mayores son los costos, con la circunstancia además, de que se aumentan los índices de utilización (Lacronique, 1981).<sup>21/</sup>

El establecimiento de medidas apropiadas para racionalizar la selección y uso apropiado de la tecnología médica es, por tanto, una estrategia de trabajo conjunto ministerios-seguridad social. Esto es, sin embargo, un problema complejo, que requiere diferentes abordajes. A través de mecanismos básicamente educativos y de orientación, es indispensable comprometer en este proceso la participación del personal médico para obtener una mayor racionalidad en el uso de elementos diagnósticos y terapéuticos. Es fundamental poner en ejecución mecanismos de información para neutralizar o reducir los efectos de la publicidad y propaganda que estimula patrones de uso inapropiado. Pero además es necesario desarrollar métodos de evaluación para decidir sobre aquellos elementos tecnológicos que realmente deban ser incorporados.

El problema primordial que enfrentan los ministerios y la seguridad social en este campo, es no obstante, más amplio y requiere acciones de mayor profundidad. Está relacionado con las prácticas mismas de la atención y los modelos de prestaciones hoy imperantes que dada su organización tecnológica intrínseca condicionan costos unitarios injustificados e implican, por consiguiente, un despilfarro de los recursos destinados a salud. Los esfuerzos conjuntos de los ministerios y la seguridad social a este respecto, además de evaluar y racionalizar la incorporación de tecnología médica, deberían entonces orientarse a detectar y subsanar las situaciones de servicios tecnológicamente inadecuados y a corregir la prestación de servicios totalmente innecesarios.

d) Racionalización de las inversiones en infraestructura física

Es suficientemente conocido el problema de la duplicación innecesaria de instalaciones, resultado de inversiones institucionales paralelas, y no compatibilizadas que es característico de los sistemas duales ministerios-seguridad social. Pero además en estas situaciones los procesos de programación y desarrollo de establecimientos de salud tienden a ser poco sistematizados y de una ejecución excesivamente prolongada (10, 15, 20 años en ocasiones). La falta de continuidad en el desarrollo de los proyectos y la

carencia de una organización estable para estos propósitos, impide la racionalización, normatización y reutilización de los datos de programación correspondientes. Cada proyecto se convierte así en un ejercicio aislado, que poco o nada puede beneficiarse de la experiencia nacional y en cuyo desarrollo por tanto se debe recurrir a normas y parámetros, frecuentemente inapropiados.

La regulación y coordinación de las inversiones en establecimientos de salud, ya sean del sector público o privado, es imperativa en los países, pero además actuando conjuntamente los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, están en capacidad de ordenar los procedimientos de planificación, y de propiciar el registro indispensable de experiencias para establecer bases de normatización realmente nacionales. Consideración especial en este campo deberían recibir el desarrollo conjunto de técnicas y procedimientos para la programación del equipamiento y para la organización compartida de centros y otras facilidades de mantenimiento.

e) Armonización de las políticas y formas de utilización del personal

La articulación progresiva y la homogenización de las políticas y formas de utilización del personal de salud reviste particular importancia en las relaciones ministerios-seguridad social y constituye un campo definido para acciones innovativas de carácter estratégico.

Los problemas a este respecto son amplios y variados.<sup>22/</sup> Las situaciones de empleo y desempleo, los factores que influyen en el establecimiento y operación de los mercados de trabajo, la distribución geográfica de los profesionales de salud, la inconsistencia entre objetivos educacionales y requerimientos de los servicios, y las necesidades de readiestramiento y actualización de las diferentes categorías de personal, son problemas comunes cuyo análisis y solución compete por igual a los ministerios y a la seguridad social. Siendo estos los más grandes empleadores del sector salud en los países, su acción conjunta es primordial en aquellos aspectos que atañen directamente a las formas de remuneración, los reglamentos institucionales de contratación, las diferencias en asignación de funciones.

Varios países han logrado establecer escalas salariales similares en los ministerios de salud y en la seguridad social obviando así los problemas proverbiales de diferencias de remuneración, especialmente del personal médico. No obstante, en la mayoría de los casos persisten disparidades en beneficios complementarios, por ejemplo, la edad de retiro, con las consiguientes situaciones de desequilibrio y conflicto potencial o real.

El análisis prioritario de estas situaciones, como el de aquellas que se derivan del multiempleo con superposición de tiempos contratados, mediante comisiones o grupos interinstitucionales, debería permitir el diseño de soluciones de conjunto que alimenten las definiciones de política correspondientes. En la adopción y ejecución de éstas debería merecer especial consideración la reglamentación de "carreras funcionarias" que hagan posible el intercambio de personal de las instituciones y el establecimiento de sistemas apropiados de incentivos y de desarrollo personal y profesional.<sup>23/</sup>

La introducción de cambios en los patrones actuales de utilización de personal tanto en los ministerios como en la seguridad social no podría lograrse sin la participación de los varios grupos interesados o que puedan en una forma u otra verse afectados en este proceso. Como parte del enfoque estratégico de análisis prioritario de estos aspectos sería entonces necesario no solo el conocimiento por parte de los grupos profesionales de las modificaciones que se intenta introducir, sino lograr también su identificación con los objetivos de dichos cambios. El acuerdo de voluntades es en este caso esencial tanto para el estudio de los problemas como para el desarrollo de actitudes y comportamientos indispensables para transformar en hechos concretos las proposiciones de coordinación.

f) Desarrollo conjunto de sistemas de apoyo

En complementación de lo anterior, en la articulación progresiva de las formas de operación de los ministerios y la seguridad social, tiene especial interés el desarrollo compartido de los servicios o sistemas de apoyo, entendiendo por estos aquellos elementos o componentes básicos de la administración mediante los cuales se logran condiciones propicias para la entrega de los servicios de salud.

Estos sistemas de apoyo comprenden un amplio rango de funciones, cuya naturaleza y contenido, y por tanto, las posibilidades de desarrollo conjunto, variarán en cada situación nacional. Sin embargo, en un enfoque global, cabría sugerir acciones prioritarias para desarrollar en común tales sistemas en las siguientes áreas:

- Información y supervisión, orientada la primera a la compatibilización de los respectivos sistemas institucionales y a la identificación y el mejor conocimiento de los problemas que puedan surgir de la administración local compartida, y para facilitar la decisión y la conducción de las actividades y programas interinstitucionales. La segunda para ser ejercida tanto en el campo técnico, como en el área administrativa con una orientación educativa y de desarrollo de actitudes que estimulen y favorezcan el trabajo conjunto.



- Normas y procedimientos de atención, y de organización y administración de los servicios, dando prioridad a la identificación y revisión de aquellos cuya naturaleza y características, constituyan impedimentos u obstáculos para la coordinación. En el establecimiento de estos conjuntos normativos comunes sería especialmente importante la consideración selectiva de aquellas pautas o estándares que permitan evaluar la calidad de la atención otorgada a la población.
  
- Suministros de insumos críticos, especialmente en cuanto a la definición de políticas de adquisición y utilización de medicamentos y equipos y sus características. Tanto los ministerios como las entidades de seguridad social, en la mayoría de los países, cuentan con listas de suministros, formularios, petitorios, "cuadros básicos", etc., preparados para reglamentar el uso de elementos y facilitar los procesos de adquisición, almacenamiento y distribución. El fortalecimiento de las acciones de compatibilización de estos listados, iniciado en algunos países, es definitivamente una prioridad en el proceso de coordinación. La homologación de las normas de suministros, particularmente de medicamentos y equipos contribuirá a racionalizar la utilización de aquellos elementos que tienen una mayor repercusión en el buen funcionamiento y en el costo de los servicios, estimulará el desarrollo de las actitudes de trabajo conjunto y será extraordinariamente útil para adoptar políticas de producción nacional, importaciones, control de calidad, distribución, etc. En estos esfuerzos de homologación de los listados existentes debería, sin embargo, evitarse el riesgo de crear rigideces, que les restarían crédito y aceptabilidad. Para lograr el balance apropiado que se requiere, será indispensable que la determinación de las necesidades y características de estos insumos se haga concomitante con la definición de actividades que se proyecta llevar a cabo en las unidades operativas del sistema coordinado o integrado de servicios que se desarrolle. El uso de "módulos" o "estándares" con estos propósitos sería básicamente indicativo, y de ninguna manera habrá de sustituir el juicio crítico y una actitud activa para determinar los insumos realmente requeridos en cada unidad o situación particular.

#### V. COOPERACION TECNICA EN EL PROCESO DE COORDINACION MINISTERIOS DE SALUD-INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

La Secretaría de la Organización, en cumplimiento de las disposiciones contenidas en las Resoluciones XXXII (1979) y XXXIV (1981) del Consejo Directivo, ha procurado dar respuesta a solicitudes de colaboración de organismos nacionales de la seguridad social, las cuales han aumentado durante los últimos años, tanto en número como en la variedad de campos o aspectos planteados.

Se han suscrito en esta forma y están en ejecución convenios de cooperación, con entidades de seguridad social en seis de los 16 países en donde estas entidades tienen responsabilidad directa en la prestación de servicios de salud. Las áreas de cooperación en estos convenios, uno de cuyos objetivos centrales es en todos los casos, contribuir al fortalecimiento de los procesos de coordinación respectivos, cubren una amplia gama de situaciones, destacándose aspectos de planificación y organización de los programas de salud, el desarrollo y el mantenimiento de establecimientos de salud; los análisis administrativos, y diversos aspectos de programación y desarrollo de recursos humanos.

Se ha logrado también en este sentido ampliar la participación de la seguridad social en programas tales como inmunizaciones, control de diarreas, atención materno-infantil, enfermedades crónicas y salud ocupacional. Representantes de estas instituciones participan con frecuencia cada vez mayor, aunque todavía no suficiente en varios países, en reuniones, seminarios, talleres, y grupos de trabajo, orientados o auspiciados por la Organización y en los cuales se analizan o discuten diversos aspectos de la prestación de servicios de salud.

Las entidades de seguridad social reciben también cooperación técnica de otros organismos internacionales de naturaleza intergubernamental unos (OIT y OEA) e interinstitucional otros (CISS, OISS, AISS, AISSCCAP). La OPS ha fortalecido también sus vinculaciones con estas entidades buscando armonizar los enfoques y orientaciones de la cooperación que se realiza con las entidades nacionales en el campo de la salud.

Con la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) en particular, se han realizado misiones conjuntas de cooperación a varios países y se inició en 1982 y se viene ejecutando un programa conjunto de trabajo tendiente a revisar y reorientar las estrategias de desarrollo de las prestaciones de salud en la seguridad social.

En desarrollo de este programa se efectuó una Primera Reunión de Consulta Técnica Regional (México, 1982) con la participación de ocho países, en la cual se analizó la incorporación de la estrategia de atención primaria en los programas de salud de la seguridad social. En continuación de estas actividades, con la participación de 12 países, se llevará a cabo la Segunda Reunión (Medellín, Colombia, marzo de 1985), en la cual uno de los temas centrales es la coordinación ministerios-seguridad social.

Con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) se suscribió igualmente un convenio de cooperación técnica en desarrollo del cual se han integrado misiones conjuntas a varios países y la OPS participa en los programas de capacitación de personal directivo para las entidades de seguridad social.

La colaboración con organismos internacionales de la seguridad social ha incluido también la presentación de políticas y estrategias de carácter regional adoptadas por los Cuerpos Directivos de la OPS en reuniones y eventos de diversa naturaleza, organizados por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, su Comité Permanente y sus Comisiones de Trabajo. Así mismo, en reuniones de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y la Asociación de Instituciones de Seguridad Social del Caribe, Centro América y Panamá (AISSCCAP). Con esta última entidad se realizó un curso para la organización de servicios de urgencia y preparación para desastres en los países de la subregión y se coordinaron acciones de cooperación directa con las instituciones para el desarrollo de los servicios de mantenimiento de establecimientos de salud.

Las cifras disponibles indican que los programas de salud de los organismos de la seguridad social tendrían la responsabilidad de la cobertura de algo más de aproximadamente 175.0 millones de habitantes, o sea aproximadamente la mitad de la población de los países analizados. Programas de esta magnitud ciertamente requieren y deben beneficiarse de manera amplia de la cooperación técnica internacional, la cual puede cumplir una función catalítica importante en los procesos de coordinación y articulación progresiva de estos programas con los de los ministerios de salud. Aunque la OPS ha procurado dar atención a los pedidos de colaboración que en este campo le han formulado los países, frecuentemente se encuentran dificultades para la cooperación con los organismos nacionales de la seguridad social, derivados de la reserva y aún renuencia con que se ve la posibilidad de compartir con estas entidades los recursos técnicos disponibles a nivel de los países.

El Consejo Directivo ha recomendado a los gobiernos la inclusión de representantes de las instituciones de seguridad social en las delegaciones nacionales a los Cuerpos Directivos de la Organización (Resolución XXXIV, 1981). Mediante esta se lograría un mayor conocimiento en los niveles directivos de la seguridad social, de las políticas, programas y orientaciones que en materia de salud conjuntamente adoptan los países para la Región Sin embargo, esta recomendación parecería haber sido tomada en consideración solo en situaciones especiales.

A la luz de la revisión realizada de avances en materia de coordinación, y especialmente teniendo en cuenta el compromiso conjunto que tienen los ministerios y la seguridad social de universalizar la atención de salud sobre bases equitativas, parecería necesario una apertura mayor en materia de cooperación técnica con la seguridad social, especialmente en aquellas actividades que tiendan a lograr el acercamiento institucional, programático y operativo con los ministerios de salud. Tales actividades deberían formar parte destacada de los programas de cooperación técnica a nivel nacional, en particular en aquellos países en los cuales dicho proceso requiera ser fortalecido y ampliado para dar cumplimiento a los empeños nacionales de atención de salud, sin discriminaciones, para el total de la población.

Desde el punto de vista Regional, en concordancia con estas acciones nacionales, cabría ampliar y fortalecer la cooperación técnica mediante la asignación de recursos apropiados para promover y apoyar la realización de análisis de los procesos políticos de coordinación y de la organización general de servicios de atención médica; efectuar estudios financieros de la seguridad social y del sector en forma global; ejecutar estudios selectivos de extensión de la cobertura para grupos poblacionales marginados; y desarrollar esquemas experimentales de programación y administración local compartida de los servicios de salud con especial referencia a los grupos de población antes mencionados.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Internacional del Trabajo. Consulta Técnica Regional sobre Estrategias para el Desarrollo de los Programas de Salud de la Seguridad Social, Informe Final, México, 1982.
2. Convenio Hipólito Unanue. Propuesta para el Primer Encuentro Interministerial de Ministros de Salud, Ministros de Trabajo y Presidentes/Directores de Institutos o Cajas de Seguridad. Lima, Perú, noviembre de 1983 (mimeografiado).
3. Acta de la Reunión Especial de Ministros de Salud del Istmo Centroamericano y la Organización Panamericana de la Salud. Panamá, abril de 1984.
4. Declaración de la Reunión de Ministros de Salud y Directores de Instituciones de Seguridad Social. Medellín, Colombia, julio de 1984.
5. Castellanos, Jorge. Contribución a la celebración del XL Aniversario de la Conferencia Internacional de Seguridad Social "Salud para Todos en el Año 2000 y los Programas de Salud de la Seguridad Social". OPS/OMS, agosto de 1982.
6. Guerra de Macedo, Carlyle y Vieira, César A. de B. "The Fate of Primary Health Care in Brazil". Bulletin. Vol. 14, No. 4. Sussex: Institute of Development Studies, 1983.
7. Organización Panamericana de la Salud. XXIV Reunión del Consejo Directivo. Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980. CD24/18 (Esp.). Washington, D.C., agosto de 1976, pp. 18-21.
8. Soberón, Guillermo. La Coordinación de los Servicios de Salud. "Hacia un Sistema Nacional de Salud". Universidad Nacional Autónoma de México, 1983.
9. Tamburi, G. Evolución, tendencias y perspectivas de los sistemas de salud de la seguridad social en América Latina. Ginebra, Suiza: OIT, 1982.
10. Zschock, Dieter. Medical Care under Social Insurance in Latin America. University of New York at Stony Brook, 1983.
11. Organización Panamericana de la Salud. XXI Conferencia Sanitaria Panamericana. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000. Implicaciones financieras y presupuestarias. Documento CSP21/21. Washington, D.C., septiembre de 1982.

12. Op. cit., 10.
13. Organización Panamericana de la Salud. Costos de Salud en la Seguridad Social, por Jorge Castellanos y Josefa Ippólito. Contribución al Taller Panamericano de Seguridad Social, realizado en Paipa, Colombia. Septiembre de 1983.
14. Banco Interamericano de Desarrollo. Progreso Económico y Social de América Latina. Informe de 1983.
15. Organización Panamericana de la Salud, 92a Reunión del Comité Ejecutivo. Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo, Anexo IV: "La Crisis Económica en América Latina y el Caribe y sus Repercusiones en el Sector Salud". Documento CE92/16, Washington, D.C., junio de 1984.
16. Op. cit., 14.
17. Organización Panamericana de la Salud. Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales. Documento Oficial 179. Washington, D.C., 1982.
18. VIII Conferencia de los Estados Americanos, Miembros de la Organización Internacional del Trabajo. Ottawa: Canadá, 1966.
19. Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas. Documento Oficial 118. Washington, D.C., 1973.
20. Organización Panamericana de la Salud, XXVIII Reunión del Consejo Directivo. Coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública". Discusiones Técnicas. Documento CD28/34. Washington, D.C., agosto de 1981.
21. Lacronique, Jean François y Sandiers, Simon. Technological Innovation: Cause and Effect of Increasing Expenditures for Health. Publication of the Service Center, Office of the Secretary General, Berlin, 1981, p. 91.
22. Organización Panamericana de la Salud. Informe Final del Grupo de Trabajo sobre Investigación de Personal de Salud. Washington, D.C. 21-25 de mayo de 1984.
23. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias de Desarrollo de Recursos Humanos ante la Tendencia de Atención Primaria y la Meta de Salud para Todos en el Año 2000, por Jorge Castellanos, José Roberto Ferreira, Carlos Vidal y Ana L. Ruggiero. Contribución al VIII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Panamá, septiembre de 1983.

INFORMES ELABORADOS POR LOS REPRESENTANTES EN LOS PAISES OPS/OMS  
JUNIO DE 1984

ARGENTINA: Dr. Pedro N. Acha, Dr. Italo Barragán y Dr. Guillermo Torres  
COLOMBIA: Dr. José María Paganini y Dr. Vladimir Basabe  
COSTA RICA: Dr. Emigdio Balbuena  
CHILE: Dr. Miguel Angel Aguilar  
ECUADOR: Dr. Carlos A. Pettigiani  
EL SALVADOR: Dr. Raúl Paredes  
GUATEMALA: Dr. Lelio Calheiros  
HONDURAS: Dr. Hugo Villegas  
MEXICO: Dr. Pablo Isaza  
PANAMA: Sr. Mario Espinosa  
PARAGUAY: Dr. Pedro Salas Conejo  
PERU: Dr. Eduardo Aquino del Puerto

Las notas bibliográficas e informes de Bolivia, Brasil, República Dominicana, Uruguay y Venezuela fueron elaborados por el Dr. Vladimir Basabe, Consultor en Atención Médica, OPS/OMS.

Análisis y compilación de información de países elaborado por la Lic. Ana Lucía Ruggiero, OPS/OMS.

## REFERENCIA DE BIBLIOGRAFIA Y DATOS DE PAIS

- Informes sobre la coordinación de los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, suministrados por las representaciones de la Organización Panamericana de la Salud (junio de 1984) de los siguientes países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay.
- Informes de país y fichas bibliográficas de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. OPS/OMS, junio de 1984.
- Hospitales en las Américas. Publicación Científica No. 416, OPS/OMS, 1981.
- Teoría y Práctica de la Seguridad Social, Instituto Boliviano del Seguro Social, junio de 1982, p. 17, La Paz, Bolivia.
- Decreto Ley 056 del Sistema Nacional de Salud en Colombia y Decreto Ley No. 1650 de 1977. Sobre la reestructuración de la Seguridad Social.
- Informe de los países de Centroamérica sobre necesidades prioritarias de salud. Planes operativos, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, marzo de 1984.
- Anuario Estadístico. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar Integral (INSSBI), 1981.
- Estudio de las necesidades de camas hospitalarias, Guatemala, OPS/OMS, Guemez, José, 1982.
- Informe de Asesoría sobre Atención Médica para Plan Piloto de Coordinación entre el Ministerio de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social. OPS/OMS, Asís, Luis, 1982.
- Plan Nacional de Salud 1978-1982. Guatemala, Ministerio de Salud Pública. Vol. I y II, 1978.
- El Salvador: Anuario 1982-1983. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Costa Rica: "Estudio sobre la Producción de algunos Servicios de Salud a Nivel Nacional y Regional 1976-1982". Consejo Nacional Sectorial de Salud. Secretaría Ejecutiva, febrero de 1984.
- Panamá: Memoria del Ministro de Salud a la Presidencia, octubre de 1983.



- Reorientação da assistência à saúde no âmbito de previdência social, 3ra. edição Ministerio da Previdência e Assistência Social, 1983.
- Documento Básico. Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá". Marzo de 1984.
- Roemer, Milton I. Medical Care in Latin America. Pan American Union, General Secretariat. Organization of American States. Washington, D.C., 1963.
- Abel-Smith, Brian. Value for Money in Health Services. St. Martins Press, Nueva York, 1976.
- La seguridad social en el proceso de cambio internacional. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1980.
- Empleo, crecimiento y necesidades esenciales. OIT, Ginebra, Suiza, 1976.
- Discusiones Técnicas. XXV Reunión del Consejo Directivo. "Coordinación entre los sistemas de seguridad social y los sistemas de salud pública". (Documento de Trabajo). Washington, D.C., septiembre-octubre de 1977.
- Novelo, Gastón. Acciones y evolución de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social en las Prestaciones de Salud (Documento de Trabajo), Consulta Técnica Regional, OIT, México, 1982.
- Organización Panamericana de la Salud. XXIV Reunión del Consejo Directivo. Evaluación del Plan Decenal de Salud de las Américas. 1971-1980. CD24/18 (Esp.), pp. 18-21, Washington, D.C., agosto de 1976.
- Encuestas de país sobre instituciones de seguridad social, OPS/OMS, 1977.
- Mesa-Lago, Carmelo. Financing Health Care in Latin America and the Caribbean with a Special Study of Costa Rica. A Study for the World Bank. Population, Health and Nutrition Department. University of Pittsburgh, marzo de 1983 (mimeografiado).
- Roemer, Milton I. "Evolución de los Servicios Médicos de la Seguridad Social en América Latina". En Revista Internacional del Trabajo, Vol. 88I (OIT, Ginebra, Suiza, 1973).
- Informe Preliminar del Grupo de Trabajo sobre "La Organización y Prestación de Servicios de Salud según Niveles de Atención", OPS/OMS, Montevideo, Uruguay, 1983.