

CAPITULO 1

INTRODUCCION

OBJETIVO:

Diseñar un modelo administrativo aplicado a servicios médicos utilizando la teoría general de sistemas como ideología de base.

METODOLOGIA:

Se trata de un estudio con diseño transversal, descriptivo y experimental.

Sobre un marco teórico basado en la revisión bibliográfica y revisión de campo de los modelos administrativos en cuestión de servicios médicos vigentes en la actualidad se traducirá a la metodología de sistemas aplicándolo a un modelo piloto administrativo y, comparando con parámetros de calidad diseñados para el efecto, establecer si existe diferencia significativa entre el modelo de sistemas propuesto y los modelos vigentes convencionales.

Se diseñará todo el software de apoyo para sustentar la información requerida en el modelo piloto, así como se dictarán lineamientos acerca de los requerimientos del hardware necesarios.

CAPITULO 2

PROLOGO

Desde el punto de vista humanista existen derechos inalienables del ser humano:

- 1.- El derecho a la vida.
- 2.- El derecho a la libertad.
- 3.- El derecho a la educación.
- 4.- El derecho a la alimentación.
- 5.- El derecho a la vivienda.
- 6.- El derecho a la salud.

Desde el punto de vista social, el ser humano siempre ha buscado tener satisfechos los cuatro últimos de los mencionados, la educación, la alimentación, la vivienda y la salud. Considerando la vida y la libertad como factores tan obvios que su reglamentación se dá por sí misma, todos tenemos derecho a vivir y a ser libres y, por contraparte, nadie puede privar de la vida ni de la libertad a otro ser humano con excepción de aquellos casos considerados por la sociedad como necesarios y dejando la responsabilidad de ello al sistema jurídico o de administración de justicia que la misma sociedad ha creado para reglamentar esos casos excepcionales.

Haciendo a un lado los sistemas jurídicos basados en el conocimiento más abstracto de la ética y con diferencias de administración según el país que las implanta y la diversidad cultural de la humanidad solo quedan los derechos referentes a la educación, alimentación, vivienda y salud. Dada la importancia de éstos, siempre habrá de tener una reglamentación clara y universal en la administración de ellos.

La prestación de servicios de salud históricamente ha estado reglamentada por el gobierno de los países, ya sea como gestor de la administración o como prestador, por medio de instituciones específicas, del servicio de salud en sí.

Para analizar la administración de servicios de salud con el enfoque de sistemas que pretendemos ofrecer, recordemos que las instituciones de salud deben visualizarse como empresas de servicio, empresas en las cuales, por

definición, el producto (la atención médica) y el servicio son uno mismo y ocurren al mismo tiempo (producción y venta); es por ello que el control de calidad, la estandarización y la administración conllevan características muy singulares.

De esas características, la principal es que el buscador del servicio o sea el "cliente", toma forma como paciente y damos como definición de paciente a aquella persona que busca recuperar o preservar su estado de salud normal.

Otro concepto que cabe en este nivel es el de "salud normal" o simplemente "salud". La Organización Mundial de la Salud ha definido a esta como el completo estado de bienestar físico, mental y social de un individuo.

Entonces tenemos que como corolario a ello, el objetivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud es el de recuperar y preservar el estado de bienestar de los individuos que dependen de ella. Todos los recursos de todo tipo y naturaleza involucrados en esas instituciones deben estar, por lo tanto, apegados a ese objetivo.

La administración de servicios de salud debe ubicarse en la forma de reglamentar los recursos y encaminarlos a la consecución del objetivo general.

Una nueva tendencia en administración es el enfoque de sistemas en el cual se agrupan los fenómenos de diferente tipo en forma de "sistemas" y se identifican los elementos de este, el medio en el que se mueve el sistema, los subsistemas que dependen del sistema en cuestión y el o los supersistemas de los que depende nuestro sistema, en este caso en particular, el sistema de salud.

Este trabajo está encaminado a diseñar un modelo administrativo de servicios de salud basado en la teoría general de sistemas, probarlo, determinar las características a evaluar en base a sus objetivos y compararlo con los demás sistemas administrativos similares vigentes con los mismos parámetros de calidad y así poder determinar si el modelo propuesto representa una alternativa a considerar en la administración global de servicios médicos.

CAPITULO 3

PERFIL HISTORICO Y COMPARATIVO DE LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNDO

Durante un siglo por lo menos ha habido en todo el mundo tendencia a la organización social de los servicios de salud. Al ensancharse el campo de los servicios médicos y afines con la mayor amplitud de los conocimientos, iban siendo sometidos a controles colectivos, sobre todo por acciones oficiales, segmentos cada vez mayores del dominio general de la sanidad. Se ha aplicado la colectivización tanto a los sistemas de apoyo económico para los servicios de salud como a las formas de dotación o prestación de esos servicios. El resultado ha sido que haya más servicios de salud a la disposición de más personas.

Las formas que ha adoptado este proceso de organización social o colectivización de los servicios de salud han variado según variaban las situaciones políticas y económicas de los diferentes países. De hecho, el ambiente político general es el principal determinante de estas formas, a pesar de las frecuentes afirmaciones por parte de los profesionales de la sanidad de que tenían libertad de movimientos.

Podría ser útil una revisión de las tendencias mundiales en este campo al dar una visión exacta de los acontecimientos actuales en el mundo y el curso probable de los asuntos de salud en los años venideros.

3.1 PRIMERAS MEDIDAS COLECTIVAS DE SALUBRIDAD.

Las primeras sociedades que se conocen poseían una conciencia social o colectiva de la necesidad de servicios de salud. Los brujos o chamanes tenían la obligación de expulsar a los malos espíritus que se creía eran la causa de la enfermedad; solían ser muy estimados, y muchas veces se mantenían de donaciones colectivas de la tribu. En la antigua Babilonia se crearon códigos legales para la práctica de la cirugía, donde se especificaban los premios o castigos, que dependían del resultado del procedimiento y de la clase social del

paciente. Los hebreos formularon leyes de dietética y otras de sanidad para la protección colectiva de las tribus nómadas.

Las ciudades-estado de la Grecia clásica nombraban médicos para servir a los pobres, y estos puestos eran muy codiciados por el prestigio y la remuneración que reportaban. En la Roma antigua había al servicio de los grandes latifundios médicos que atendían a la familia del terrateniente y algo también a sus esclavos. Las legiones romanas tenían sus cirujanos y sus hospitales militares. Los acueductos y las cloacas de Roma sin duda alguna requerían un alto grado organizacional.

En la Europa del Medievo, la Iglesia era el mayor poder organizado, y los monasterios los principales depósitos de conocimientos médicos. Monjes y sacerdotes intentaban a veces la curación de los enfermos. Las propiedades feudales tenían curanderos al servicio del señor y su familia que formaban parte de la casa; igual que en Roma, también atendían a los siervos del feudo, en parte debido a su valor económico. Con el Renacimiento, el auge de las universidades -que formaban médicos metódicamente- y el desarrollo de las ciudades, los doctores en medicina se apartaron de los castillos feudales y se instalaron en las ciudades en calidad de médicos "libres".

En la Inglaterra isabelina, las autoridades de pueblos y ciudades tenían la responsabilidad de atender a los "pobres que lo merecieran". Entre estas responsabilidades sociales había un tipo de servicios médicos prestados por un doctor, nombrado por el Superintendente de los Pobres. Las ciudades mayores, como París y Londres tenían organizados para atender a los enfermos pobres unos hospitales que eran también refugio para los ancianos, los indigentes y los impedidos, que sin eso hubieran muerto en las calles. La Iglesia fué la que dió el primer paso, y le siguieron las autoridades municipales. A medida que iban desarrollándose las clases de jornaleros o artesanos en las ciudades, se formaron gremios, entre cuyas funciones estaba la ayuda colectiva a los enfermos. Un hermano impedido era ayudado económicamente, y se le pagaban los servicios médicos y los medicamentos. La idea de un seguro no sólo apareció entre los comerciantes y artesanos sino también en Europa central, entre todos los residentes de un ducado o un pueblo. Mediado el siglo XIX, aquellos sistemas de "seguro voluntario de enfermedad" eran comunes entre las clases económicamente inferiores de Europa.

Al surgir la industrialización en la Europa occidental, las ciudades se desarrollaron a un ritmo fenomenal, y dentro de ellas los barrios de obreros. La clase obrera empezó a organizarse, se formuló la filosofía socialista y apareció el humanismo como doctrina social. Se describió la sórdida condición de los pobres en Londres y, motivado por el deseo de reducir las epidemias que pudieran contagiar a todas las clases, el Parlamento inglés promulgó las primeras leyes de higiene pública, allá por 1848. Un "despertar sanitario" semejante se dió en Alemania y Francia unos pocos años más tarde. Se invocaron las facultades del Estado para asegurar el buen aprovisionamiento de agua, aislar y poner en cuarentena los casos de enfermedades infecciosas y vacunar contra la viruela.

Los derechos del individuo fueron suprimidos para impedir la propagación de enfermedades entre las masas.

En 1865, la rusia zarista, con la abolición de la servidumbre feudal, estableció el sistema de medicina de zemstvo. Por primera vez una gran población campesina recibía atención médica como un beneficio público, financiado mediante impuestos que pagaba la gente a la autoridad distrital o de zemstvo. Los médicos eran contratados con sueldo y se adiestraba a unos auxiliares o feldshers para aumentar la eficacia de los pocos médicos que había. La calidad y cantidad de los servicios era escasa, pero se había asentado el principio del servicio médico como función colectiva, no como artículo de adquisición privada.

En Alemania crecían las fuerzas socialdemócratas y amenazaban a la dirigencia conservadora. Para quitarles fuerza, el primer ministro y príncipe Otto Bismarck, conservador, introdujo en 1883 la primera ley que hacía obligatorio el seguro para compensar la incapacitación y para los gastos de atención médica. Se pidió a los obreros de ingreso bajo que se hicieran miembros de las Krankenhassen o cajas colectivas para enfermedad, a las que ya pertenecían muchos de ellos voluntariamente. Las personas de ingresos elevados estaban exentas. Pronto siguieron el ejemplo otros países, e Inglaterra en 1911. Había diversas limitaciones acerca de las personas amparadas por estos sistemas de "seguro obligatorio de salud" y los beneficios que proporcionaban. El sistema inglés, por ejemplo, financiaba sólo los servicios de medicina general y los medicamentos, no los de especialistas, hospitalización o cuidados de la boca.

Poco a poco, los beneficios de los programas de seguro de salud se extendieron a las personas de ingresos mayores y ocupaciones especificadas. También se ampliaron los beneficios para que comprendieran más tipos de servicios médicos. El seguro de salud era parte de todo el movimiento de seguridad social en pro del retiro de las personas de edad y la asistencia a los pobres. El seguro de desempleo y los subsidios familiares vendrían después. El concepto de responsabilidad del patrón en los accidentes industriales sólo iría apareciendo gradualmente en todos los países industrializados, entre ellos, después de 1910, Estados Unidos. Las leyes de compensación para los obreros disponían el remplazo en metálico de las pérdidas salariales cuando la incapacidad se debía a un accidente de trabajo (posteriormente también para enfermedades profesionales), y la atención médica necesaria. La lucha contra las antiguas doctrinas legales de "relaciones de amo y criado" y "aceptación de riesgos" es una epopeya de conflictos sociales que al final conducen a atribuir a la dirección de una empresa la responsabilidad de los riesgos del trabajo.

Cuando las naciones europeas se apoderaron de áreas económicamente atrasadas de Asia y Africa, se crearon sistemas de medicina colonial. Destinados en un principio a proteger a los colonos europeos y las fuerzas militares enviadas a ocupar la colonia para la madre patria, estos sistemas fueron extendiéndose lentamente a las poblaciones indígenas. Como los gastos de tales servicios de beneficencia debían ser mínimos, las normas aplicadas fueron económicas y eficientes: en general, doctores y personal auxiliar pagados que laboraban. no en

consultorios privados, sino en dispensarios y hospitales estratégicamente situados. Estos sistemas prácticamente no resolvían nada de los enormes problemas sanitarios en los trópicos, pero daban una norma de servicio de salud perfectamente organizado en que se basan los actuales sistemas de la India, gran parte de Asia, Indonesia y otras comarcas que fueron colonias europeas.

En los países industrializados, el gobierno asumía la responsabilidad ante algunas enfermedades de índole grave y crónica que representaban al mismo tiempo un peligro para la comunidad. Las enfermedades de la mente eran consideradas tales en los primeros años del siglo pasado, especialmente después de haber Phillipe Pinel, a raíz de la revolución francesa, logrado separar a los insanos de los criminales e indigentes. Los hospitales para enfermedades mentales empezaron a ser dirigidos en todas partes por el gobierno. Al finalizar el siglo 19, primero en Alemania (1859) y después extendiéndose a todo el mundo, la tuberculosis fué objeto de un reconocimiento análogo, con sanitarios especiales fundados primero por sociedades voluntarias y después por ciudades y provincias. En el siglo 20, el tratamiento de las enfermedades venéreas también vino a ser responsabilidad social.

En Estados Unidos, lo sucedido de diversas formas en todo el mundo se resumió en menos años. En el período colonial se establecieron sistemas de cuidado médico limitado para los pobres siguiendo el modelo isabelino. En 1750 se fundaba el primer hospital para enfermos pobres en Filadelfia. Los marineros mercantes eran importantes para el progreso económico del país, y se fundó un servicio hospitalario especial para ellos en 1798, dirigido por el gobierno federal. En unas cuantas de las ciudades principales se organizaron juntas de higiene pública después de 1800 para hacer frente a situaciones de emergencia, pero el primer personal facultativo estatal de tiempo completo para la prevención de enfermedades no se organizó sino después de la guerra de Secesión, en Massachusetts, en 1869. Había pequeños sistemas de seguro de salud asociados con proyectos de construcción de ferrocarriles y explotación de minas aisladas a fines del siglo pasado. En la primera guerra mundial, Estados Unidos tenía ya sus instrucciones para enfermedades mentales y tuberculosis, dirigidas por los gobiernos, sus sistemas locales para ayuda médica a los pobres, sus departamentos de salud organizados y sus hospitales de la comunidad, por lo general no gubernamentales sino construidos y operados colectivamente.

Es patente que para la primera guerra mundial había ya en el mundo servicios de salud bastante organizados. Se había emprendido ya en el mundo servicios de salud bastante organizados. Se había emprendido ya una acción colectiva en favor de diversos segmentos de la población o para diversas fases del servicio general de salubridad que se creía no estaban al alcance del individuo. Pero, en general, todavía se consideraba, en escala mundial, que la prestación de atención médica era más una cuestión personal que una responsabilidad social.

EL PERIODO ENTRE GUERRAS.

Al terminar la primera guerra mundial se produce una marcada intensificación en la idea de que la salud era una responsabilidad social. En casi todos los países se aprueban nuevas leyes para la ampliación de los sistemas de seguridad social. Se funda la Organización Internacional del Trabajo con la consigna de "paz por la justicia social" y se pone a promover programas de seguro social.

Una de las secuelas de mayor alcance que tuvo la guerra fué la revolución rusa y con ella, la inauguración del sistema soviético de servicios de salud. Por primera vez se establecía en un país independiente un sistema de servicio médico completo con cuidados sanitarios gratuitos _tanto preventivos como curativos_ para todo el mundo. Todos los médicos y demás personal sanitario se convirtieron en empleados del estado y todos los hospitales y otras instalaciones médicas fueron propiedad del gobierno y dirigidos por él. El conjunto del sistema tenía una organización y un control centrales, incluso la fabricación de medicamentos, la formación de los médicos especialistas y personal afin y la publicación de las investigaciones. Se hacía mucho hincapié en la medicina preventiva. En la sociedad socialista de la Unión Soviética, los servicios de salud fueron una meta deliberada por el gobierno, y no se basaban en una concepción de facultades policíacas contra violaciones del código sanitario ni se ponía empeño en que fuera mínima la intervención oficial en el mundo privado de la práctica médica. A diferencia de los sistemas coloniales, también con una organización oficial, hubo un aumento continuo en la calidad y la cantidad de los servicios. El personal sanitario y las instalaciones médica mejoraron hasta diez y veinte veces más que en la Rusia zarista.

Consecuencia directa de la primera guerra mundial fué el alto nivel de desarrollo alcanzado por la medicina militar en casi todas las potencias en guerra. En efecto, esta medicina es un sistema totalmente socialista de servicios sanitarios aplicados a millones de hombres en armas. Esta experiencia tenía que seguir ejerciendo su influencia, y después de 1920 casi todas las potencias occidentales habían montado complejos sistemas de servicio médico para sus veteranos. En los países con sistemas básicos de seguro de salud, estos servicios especiales para veteranos se limitaban a atender los casos de incapacidad por causa de guerra. En Estados Unidos, sin estructura de seguro de salud, las presiones políticas lograron que los beneficios se hicieran extensivos a una categoría mucho mayor de incapacidades no relacionadas con el servicio militar. Se construyó una gran red de hospitales especiales, con personal médico asalariado, para prestar servicios a los veteranos.

En todos los países aumentó el conocimiento de la medicina, lo que condujo a la mayor especialización. Así aumentó enormemente el costo de los cuidados médicos. Para las clases superior y media no aseguradas de los países industrializados nació un tipo de especialista que prestaba elegantes servicios. Sin embargo, para la mayoría de la población mundial, los servicios de

especialidades tenían que prestarse en hospitales, en pabellones o en departamentos institucionales con pacientes no hospitalizados.

La consecuencia fué un grande y continuo aumento de los hospitales que operaban bajo auspicios oficiales. Salvo en Estados Unidos y Canadá, donde el hospital local "voluntario" fué la forma predominante, los hospitales generales en todas partes fueron objeto de mayor control público. En los países escandinavos, Gran Bretaña, Nueva Zelandia, México, la India y otras partes se contrató con sueldo a especialistas hospitalarios de tiempo completo y hubo una neta separación entre éstos y el médico general que trataba a sus pacientes fuera del hospital. E incluso en Francia y Alemania, donde los especialistas privados hacían la mayor parte de la labor hospitalaria, el personal médico era pequeño y selecto. La inmensa mayoría de los pacientes eran "casos de pabellón" o de salas de hospital, que no pagaban servicios privados, en su lugar, los especialistas recibían un pago por el tiempo que prestaban sus servicios en el hospital, sobre una base anual.

En Estados Unidos, por otra parte, los hospitales pasaron a ser sobre todo una manera de "taller" del médico privado, que por lo general cobraba sus honorarios particulares por sus servicios a los paciente. Médicos generales y especialistas por igual gozaban de "privilegios" hospitalarios. Pero al estar los especialistas sobre todo dedicados a su consultorio privado (y no formando parte de los hospitales) apareció una nueva forma: la clínica médica de grupo. Este fenómeno norteamericano empezó con los hermanos Mayo en una población de Minnesota en 1887. Después de la primera guerra mundial, la idea prendió y prosperó. Re-resentaba una nueva forma social de práctica médica en que un tipo de colectividad técnica remplazaba a la empresa puramente individual.

En gran medida, la organización social de servicios médicos siguió en forma de sociedades de voluntarios con objetivos sanitarios específicos. En los países católicos como Italia y Bélgica tales organizaciones asociadas con la iglesia, fueron muy abundantes y ejercieron mucha influencia. En estos países, y también en Holanda, casi todo el programa de salubridad pública funcionaba gracias a sociedades de voluntarios: una para la salud infantil, otra para la tuberculosis, otra más para la maternidad, etc. Pero los gobiernos acabaron por ir controlando más estas sociedades mediante sustanciales concesiones financieras condicionadas al cumplimiento de ciertas normas. En América Latina, muchos hospitales fundados por las iglesias fueron pasando al gobierno.

Durante el período transcurrido entre las dos guerras mundiales, los sistemas de seguro de salud europeos dieron un paso más en protección y beneficios. Francia inauguró su programa en 1928. Los médicos de este país, individualistas por tradición, mantenían una firme posición de negociación, y se estableció una norma de indemnización de los honorarios médicos que significaba la menor intervención posible del estado en la relación paciente-médico. La idea de seguridad social se difundió hacia oriente y occidente: Japón impuso la protección obligatoria de la salud para ciertos grupos ocupacionales en 1922 y Chile (el primer país de América Latina) lo hizo en 1924.

La Oficina Sanitaria Panamericana había sido organizada en 1905, en gran parte con influencia norteamericana, y tenía su sede en Washington D.C. Entre las dos guerras, este organismo difundió la idea del saneamiento y la higiene en las economías latinoamericanas sentando las bases para la expansión de la salubridad oficial.

La depresión de los años treinta influyó grandemente en la organización de los servicios de salud. En Europa, las fuerzas sociales generadoras de los programas de beneficencia y asistencia habían madurado hacia una generación, pero en Estados Unidos fueron necesarios los cambios económicos de esa época para realizar la reforma oficial. Se aprobó la Ley de Seguridad Social en 1935, parte de la cual otorgaba concesiones federales a los estados para los servicios de salubridad. Todo el movimiento pro higiene pública adquirió un tremendo ímpetu. Con las presiones de la depresión económica, el financiamiento de los hospitales sufrió una nueva crisis, y acudió en su ayuda el movimiento de la Cruz Azul. Estos sistemas de seguro voluntario para financiamiento del cuidado en los hospitales fué, en cierto modo, un equivalente norteamericano de los sistemas hospitalarios oficiales europeos.

En el congreso norteamericano se presentó una serie de proyectos de ley para un seguro de atención médica con patrocinio federal. Aunque ninguno fué aprobado, fueron una amenaza continua, frente a la cual los grupos conservadores acabaron por ceder en cuestiones de menor importancia. Sin duda, el programa de construcción de hospitales con ayuda federal que entró en vigor en 1946 se debió a las presiones causadas por diversos proyectos de ley de Wagner-Murray-Dingell. Otro tanto ocurrió con los programas ampliados de higiene industrial, lucha contra la tuberculosis y estudio del cáncer que aparecieron en estos años. En todas partes se mejoraron los servicios médicos para indigentes, dirigidos por las autoridades de beneficencia.

En el período entre guerras se presencié, pues, un progreso constante en la organización social de los servicios de salud del mundo. El modo de enfoque era con frecuencia gradual, pero apuntaba claramente a hacer pasar sectores cada vez más grandes de las necesidades sanitarias bajo control oficial. Naturalmente, esto se hizo en mayor medida en los países donde había movimientos socialistas o social-demócratas fuertes.

DURANTE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL Y DESPUES

La primera guerra mundial había sido para "salvar la democracia en el mundo", pero no todos tomaron la consigna en serio. Al surgir el fascismo y las potencias del eje, se proclaman las cuatro libertades, en la segunda guerra mundial, como objetivos muy serios: antes de terminar la contienda, las naciones hacían ya sus planes "para la posguerra" y determinaban los objetivos por los que luchaban. Y en la agenda de las naciones democráticas ocupaban lugar preponderante los planes para la ampliación de los servicios de salud.

En la Inglaterra en guerra salió el famoso Beveridge Report sobre los "servicios de seguridad social y afines", y entre otras cosas pedía: "un vasto servicio nacional de sanidad que asegure a todo ciudadano todo tratamiento médico que necesite, en la forma que lo necesite, a domicilio o internado, de medicina general o de especialista o de consulta y que asegure también el proveimiento de artificios dentales, oftálmicos y quirúrgicos, enfermería y comadrona, así como de rehabilitación después de algún accidente".

Es interesante observar que Sir William Beveridge, como Lloyd George y Otto Bismarck antes de él, era un estadista conservador y, además, que sus planes eran muy parecidos a las proposiciones que hacía la Comisión Planificadora de Medicina de la Asociación Médica Británica.

El Servicio Nacional de Salud británico puesto al fin en marcha, en 1948, por el gobierno laborista, dispone el servicio de salud virtualmente total, curativo y preventivo, para todo residente en las islas británicas. Casi todos los hospitales quedaron a cargo del gobierno, y todos los especialistas de los hospitales recibieron un sueldo. Para satisfacer diversos intereses especiales se estableció una firme estructura administrativa, con autoridades distintas para los servicios de hospital, de medicina general y de higiene pública. En años recientes, el gobierno conservador ha introducido partidas especiales para medicamentos y algunos otros artículos. El Servicio de todos modos asienta el principio de que la atención de salud es un derecho del ciudadano. El conservar la práctica privada de consultorio para la medicina general es sin duda una transacción con el pasado, que podrá irse modificando a medida que se construyen centros de salud vecinales. La principal razón de la lenta marcha que lleva la construcción de estos edificios públicos es el enorme costo implícito aunado a la crisis económica mundial y la consiguiente reducción de los egresos para servicios sociales.

En todos los países europeos occidentales se ha ampliado la seguridad social desde la segunda guerra mundial. En Francia se extendió a casi toda la población el cuidado de la salud, aunque se conservó el sistema de pago de indemnizaciones. Un Ministerio de Seguridad Social tenía el control directo de todo el sistema que antes ejercían las sociedades de seguros en forma semiautónoma. En el período de posguerra inmediato (con un gobierno de coalición que comprendía la extrema izquierda) se promulgó en Francia la legislación sanitaria ocupacional más vasta de toda Europa occidental. Por primera vez se obligaba a todo empleador a tener un servicio de salud en su industria, no sólo para prevenir las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo sino para promover la adecuada ubicación en el trabajo y la protección general de la salud de los obreros. Todo el sistema de higiene pública en Francia salió grandemente reforzado.

Los sistemas hospitalarios de los países escandinavos, que durante mucho tiempo habían sido sobresalientes, se ampliaron notablemente. En 1948, con el régimen socialdemócrata promulgó Suecia una legislación que ampliaba a toda la población su seguro voluntario de salud. Pero se pospuso la fecha de su aplicación. Suecia había sido neutral en la guerra y su población prácticamente no sufrió las consecuencias de ésta. La presión para que se hicieran "economías" y

la oposición de la profesión médica fueron más fuertes que las demandas públicas de servicios de salud. Una y otra vez se iba postergando la fecha efectiva y no fué sino hasta 1955 cuando entró en vigor la legislación que aseguraba la protección del seguro de salud a 100% de la población sueca. Noruega estableció la protección de su sistema de seguro de salud en 1957.

Incluso en los países del eje que habían perdido la guerra se extendió el seguro de atención médica. Pero las sociedades autónomas de seguros en Alemania occidental, Austria e Italia eran muy fuertes, y los regímenes cristianodemócratas, relativamente conservadores, de esos países no tenían intenciones de inquietarlas. Entonces se extendió la protección del seguro, pero no hubo nacionalización del sistema, con un seguro social directamente administrado por el gobierno, como en Inglaterra y Francia. Se ampliaron, pero solo en forma somera, los servicios de salubridad supervisados directamente por el gobierno.

En Europa oriental, donde las monarquías o los regímenes oligárquicos de posguerra habían mantenido los programas de beneficencia social en un mínimo, el aniquilamiento del fascismo acarreó los mayores cambios en el servicio sanitario. En Polonia, Hungría, Bulgaria, Rumanía, Albania y la ex-Yugoslavia obtuvieron el poder unos regímenes de coalición con fuerte participación comunista. En estos países había habido programas limitados de seguro de salud para los trabajadores industriales -un porcentaje muy pequeño de la población nacional-; los servicios médicos para el abundante campesinado habían sido sumamente deficientes. Los comunistas pronto obtuvieron el poder completo y tomaron medidas con el fin de que los servicios de salud fueran un beneficio para todo el mundo, hasta donde lo permitieran los recursos. La legislación aprobada se basaba en lo esencial en el modelo soviético. Incluso después de haber Yugoslavia roto las relaciones con los demás países de Europa oriental conservó la norma esencial del servicio de salud, con personal pagado que trabajaba fuera de los centros oficiales. La práctica privada declinó mucho. En 1948, cuando el gobierno de Checoslovaquia pasó a ser dirigido por los comunistas, se tomaron en este país medidas sanitarias semejantes.

La reorganización de los servicios sanitarios en estos países europeos no fue fácil. Muchos doctores en medicina habían sido muertos, porquemuuchos eran judíos. Otros, que habían sido miembros de familias acomodadas de la clase media, huyeron a occidente al triunfar los regímenes comunistas. Había que formar muchos médicos y enfermeras, y que reedificar los hospitales destruidos. Por todas partes se necesitaba fundar centros de salud. Los resultados, según los observadores ingleses y franceses que viajaron por esos países, han sido impresionantes. Aunque todavía hay escasez de personal, los servicios de salud se han extendido hasta las aldeas más remotas. En las grandes factorías se hallan clínicas para atención médica completa. Está unificada la administración de todos los servicios preventivos y curativos, y los comités locales de ciudadanos tienen en teoría derecho de opinar en la formación de los planes de acción.

El sistema sanitario de la ex Unión Soviética también tuvo que rehacer sus estructuras materiales después de la guerra. Miles de médicos, feldshers (ayudantes o practicantes), enfermeras y técnicos fueron adiestrados, y se

construyeron centenares de nuevos hospitales y centros de salud. La extensión de los servicios sanitarios organizados a las poblaciones rurales continuó. Suena extraño para los oídos occidentales el hecho de que los doctores del campo recibieran sueldos más altos que los doctores de ciudad con igual formación, por ser las condiciones de vida más rudimentarias y tener mayores responsabilidades. Habiendo empezado en 1918 como un país primitivo y subdesarrollado, la ex Unión Soviética llegó a tener más médicos por cada 1000 habitantes que los Estados Unidos. Pero sus estudios, como los de todos los médicos europeos, son menos largos que los de los médicos norteamericanos.

El movimiento de posguerra hacia la organización social de los servicios de salud ha sido dinámico en casi todos los países. Aún antes de obtener su independencia, la India puso en marcha su Comisión de Desarrollo y Vigilancia Sanitaria, cuyo informe, en cuatro volúmenes, en 1946, pedía un servicio sanitario totalmente oficial, muy parecido al sistema soviético. El Informe Bhore, que lleva el nombre del presidente de la comisión, prevee unidades administrativas hospitalarias y sanitarias públicas integradas, con personal pagado y servicio gratuito para todo el mundo. Con el partido del congreso, dirigido por hombres de negocios y profesionales de clase media, el progreso hacia esa meta ha sido lento. Se ha puesto en marcha un plan de seguro de atención médica entre algunos trabajadores de las grandes ciudades (Bombay, Calcutta, Delhi), han sido reforzadas por escuelas de medicina y enfermería y se ha hecho buena labor en campos concretos, como la lucha contra el paludismo. Los servicios de salud a los cien millones de campesinos que tiene la India en pueblos y aldeas siguen siendo primitivos, pero es patente la intención de crear un sistema de servicios médicos totalmente socializado en cuanto los recursos económicos sean mayores.

La Unión Sudafricana tuvo su comisión nacional que recomendó igualmente un sistema sanitario socializado, con mucho énfasis en los centros de salud. El gobierno conservador que obtuvo el poder después de la guerra no implementó esas recomendaciones. No obstante, se creó cierto número de centros de salud para los negros africanos y se amplió el sistema de hospitales públicos. Para la población blanca de mayores ingresos, el servicio médico sigue siendo en lo esencial privado.

Otras partes del Commonwealth inglés reaccionaron de modo diferente a las exigencias de las Cuatro Libertades en la posguerra. Nueva Zelandia había instituido un sistema de seguro de atención médica en 1938 que cubría a toda la población, indiferentemente de las contribuciones de seguro individuales. Pero hubo algunas dificultades para lograr la participación de los médicos y el programa no funcionó debidamente sino después de la guerra. En Australia, el gobierno laborista propuso un amplio sistema de seguro de salud, pero la oposición por parte de los médicos fue tan grande que solo pudo ponerse en práctica un proyecto para los medicamentos caros, y en los años cincuentas se amplió para que comprendiera los servicios médicos a pensionados ancianos y algunos otros beneficios. Los servicios de hospital en Australia hacía tiempo que

se realizaban sobre todo auspiciados por el gobierno, pero con grandes diferencias según los estados.

En Canadá, el partido liberal (ideológicamente equivalente al demócrata en los Estados Unidos) tuvo el poder durante mucho tiempo (hasta 1957) y en teoría fue partidario del seguro de salud nacional desde 1919. Pero hubo repetidas posposiciones, de las cuales se dieron diversas razones. Con la elevación al poder de la semisocialista Cooperative Commonwealth Federation para el gobierno de Saskatchewan, en 1944, se inauguró el primer programa de seguro obligatorio para servicios de salud sobre una base provincial o estatal en el norte del continente americano. Se limitaba a la hospitalización, aunque en una región de la provincia, de 50 000 habitantes, se lanzó también un vasto programa de seguro de atención médica. Los planes de los gobiernos locales para los servicios de medicina general habían dotado de médicos a las municipalidades rurales de las praderas canadienses desde 1916. En 1949, la provincia de Colombia Británica, a pesar de tener un gobierno mucho más conservador, siguió el ejemplo de Saskatchewan con un proyecto de seguro de hospitalización, y otras provincias tuvieron planes modificados para financiamiento público de la atención hospitalaria. En la posguerra se ampliaron los programas especiales en Canadá para cáncer, poliomielitis, la atención general a indigentes, los servicios médicos a las cajas obreras de compensación y para los veteranos del ejército, con lo que se ponía bajo auspicios oficiales otros segmentos de necesidades médicas. Para 1956, el gobierno federal aprobaba una legislación destinada a compartir los costos de la atención hospitalaria general con toda provincia donde la población entera esté protegida por un programa oficial. En enero de 1959, esta ley se hizo universal y se otorgó, el seguro de hospitalización general a casi todo Canadá.

En los países económicamente subdesarrollados de Asia y Africa se dieron en los años de posguerra importantes pasos hacia la organización social de los servicios de salud. Últimamente, países emancipados como Birmania e Indonesia emprendieron una seria reorganización y expansión de sus sistemas de salud. Como quiera que los antiguos gobiernos coloniales proporcionaban cuidados sanitarios -aunque limitados- en forma de servicio público, la norma quedó asentada. En estos países eran sumamente limitados los recursos en personal preparado, edificios, equipo y suministros. Los holandeses habían tenido en las Indias Orientales (Indonesia), por ejemplo, un médico capacitado por unas 75 000 personas (el promedio en los Estados Unidos es de uno por 750), y en su mayoría estaban en las grandes ciudades. Los primeros pasos para el mejoramiento requerían por eso vastos programas de preparación de personal médico y construcción de edificios, pero nadie puso en duda la fundamental necesidad de que la medicina preventiva y curativa fuera un servicio público para todos.

Incluso en las colonias que quedaron se ampliaron los servicios de salud después de la guerra. Las Naciones Unidas crearon un Consejo de Administración Fiduciaria que, si bien ocupaba menos las cabeceras de los periódicos que el Consejo de Seguridad, ejerció mucha influencia en la conducción de los asuntos en los territorios sin gobierno propio. La agitación en

Kenia hizo andar de puntillas al Departamento Colonial inglés, de la misma manera que estimulaba a los franceses el descontento en Tunez. En Africa y en las islas del pacífico se crearon nuevos centros de salud, clínicas móviles y hospitales.

Las fuerzas de la democracia, la alfabetización, la industrialización y la expresión personal estaban probablemente en su nivel más bajo en los estados musulmanes del Medio Oriente. Los fellahin de Egipto y sus hermanos campesinos de Irak, Siria, Jordania, Arabia Saudita y otros países árabes son quizá los países del mundo más agobiados por el feudalismo y la ignorancia. A pesar de esto, los dirigentes de estos mismos países se vieron impulsados por fuerzas mundiales a aumentar los servicios de sanidad para sus millones de habitantes económicamente deprimidos. En Egipto se construyeron algunos hospitales y centros de salud modernos con personal médico y técnico pagado. En todo el mundo árabe se hicieron programas de lucha contra el paludismo, el tracoma, la esquistosomiasis, la frambesia, la sífilis y la tuberculosis.

El nuevo estado de Israel nació en 1948 y llevó a la región del Mediterráneo oriental su primera (con la posible excepción del Líbano) demostración de una democracia moderna. En Israel se creó un sistema de salud adelantado, dirigido por el ministro de Salud y la Federación Judía del Trabajo. En Palestina, durante el mandato inglés, se había efectuado una importante labor preparatoria, y la Federación Judía del Trabajo (Histadruth) había estado funcionando desde principios del siglo 20. Con su fondo de enfermedad (Kupat Holim), ésta proporciona servicios médicos a los dos tercios de la población. Aunque voluntario, este sistema -a diferencia de todos los demás del mundo- presta todos sus servicios con médicos a sueldo que trabajan en dispensarios y hospitales.

El Japón ocupado, naturalmente, padeció fuerte influencia norteamericana. Muchos grupos sindicales y expertos en seguridad social japonesa preconizaban la ampliación del antiguo y fragmentario sistema de seguro de salud para formar un sistema nacional integrado que protegiera a todo el mundo. Pero una comisión norteamericana de consultoría preconizó la continuación del sistema voluntario con opción local de las prefecturas en cuanto al tipo de protección. Se construyó una red de centros de salud siguiendo la pauta norteamericana de limitación a los servicios preventivos.

La revolución en China, que llevó un gobierno comunista al poder en 1949, naturalmente produjo cambios enormes en el servicio de sanidad. Ya con el régimen del Kuomintang el gobierno se había comprometido, al menos en teoría, a crear un sistema de servicios de salud socializados. Con el nuevo régimen se hicieron grandes esfuerzos para llegar a esta meta. Se ampliaron las instituciones de adiestramiento y se puso gran empeño en que formaran "personal médico medio", trabajadores de la salud instruidos tan sólo durante uno o dos años y que, con la debida dirección médica, podían rápidamente proporcionar algún mínimo de servicios a las aldeas y pueblos. Se construyeron cientos de nuevos hospitales y centros de salud. Se lanzaron grandes campañas de educación del público en materia de higiene y de control de la fauna nociva, en

que ciudadanos comunes y corrientes tenían la responsabilidad de la dirección local. Decenas de millones de individuos fueron vacunados. Si bien en las grandes ciudades continúa habiendo alguna práctica privada de la medicina, casi todos los nuevos graduados chinos se han convertido en empleados del servicio sanitario socializado.

Aunque su participación en la guerra había sido poca, América Latina también participó en la expansión de los servicios sanitarios organizados de posguerra. Casi todas las repúblicas latinoamericanas crearon después de 1945 un sistema de seguro de salud para ciertos segmentos de la población. Por lo general, los mineros y los trabajadores industriales eran protegidos; no así los trabajadores agrícolas. Aunque la población se limitaba así a una pequeña parte de la población nada más -cinco o diez por ciento-, quedaban puestas las bases para su desarrollo ulterior, al incrementarse la industrialización. Con los sistemas de seguridad, el servicio médico suelen prestarlo médicos a sueldo ocupados parte del tiempo y que trabajan además en clínicas especiales. Los servicios de salubridad se han expandido mucho, en gran parte debido al estímulo de la ayuda proporcionada por el Instituto de Asuntos Interamericanos, creado como parte de la política del buen vecino del presidente Roosevelt. En 1952, Chile, la primera república americana que tuvo un sistema de seguro obligatorio, dio el importante paso de ampliar e integrar sus diversos programas de medicina preventiva y curativa con una dirección central unificada. Denominado Servicio de Salud Nacional e inspirado a todas luces en el ejemplo inglés, era otro paso más hacia un servicio público sistemático que haría del cuidado de la salud, sustentado principalmente en fondos fiscales, un derecho para todos.

TENDENCIAS IMPORTANTES ACTUALES

Subyacente en buena parte de los hechos ocurridos en los años posteriores a la segunda guerra mundial estaba la inspiración de "Un Mundo" aplicada a la salud, inspiración que se hizo realidad al fundarse la Organización Mundial de la Salud.

La constitución de esta organización mundial que entró en vigor en 1948, fué un suceso de verdadera importancia, no debido a su elevada definición de la salud ("un estado de total bienestar físico, mental y social"), tan frecuentemente citada, sino porque implantaba una organización práctica para hacer algo en ese sentido.

A diferencia de aquella Sección de la Salud de la Sociedad de Naciones, la OMS tuvo su propia Asamblea y su Junta Ejecutiva, con el fin de que no resultara influenciada por la política internacional. Por, desgracia, la guerra fría tuvo su influencia y, en 1950, la Unión Soviética y otras naciones comunistas se retiraron. No fué sino en julio de 1955, después de la conferencia "en la cumbre" de Ginebra y la gran relajación de las tensiones internacionales, cuando volvió la Unión Soviética a la OMS.

A pesar de estas y otras dificultades (como por ejemplo las graves controversias entre los países católicos y los otros relativos al control de la natalidad), la OMS tuvo importantes realizaciones. La principal fue que contribuyó a comunicar a los países pequeños y a los subdesarrollados la importancia general que prestaban las grandes inversiones en materia de salubridad. Contribuyó a implantar el ministerio de salubridad en el campo más amplio de las cuestiones nacionales, en lugar de ser una actividad secundaria. La OMS proporciona buenos consejos en muchos problemas de índole médica y de salubridad nacional. El nacionalismo y la insularidad se reducen, y las fuerzas progresistas en el campo de la salud tienden a ser fortificadas en todos los países.

El enfoque de "ayuda técnica" a los países subdesarrollados ha sido, naturalmente, el de las Naciones Unidas en su conjunto. Para muchos, la idea es aceptable principalmente a manera de baluarte contra el comunismo. Arguye que éste prospera simplemente con los padecimientos y que por eso todo adelanto técnico que reduzca las miserias humanas debilitará el movimiento comunista. Por su parte, algunos izquierdistas son contrarios a todos los esfuerzos de ayuda técnica de las Naciones Unidas y la OMS, basándose en que ocultan algún motivo negativo y aun a veces contribuyen a reforzar la posición de los gobiernos reaccionarios.

Independientemente de los motivos, el hecho es que el efecto último de los programas de asistencia técnica siempre será progresista y ha de ir hacia la organización social de los servicios de salud y los afines de bienestar. El mayor obstáculo para liberar a los pueblos empobrecidos del atraso y el feudalismo es su letargia material, su fatalismo y su desesperanza. Las revoluciones sociales, e incluso los modestos movimientos en pro de la democratización, no las hacen los apáticos moradores de jacales de adobe que no tienen ninguna razón para esperar que mañana sea mejor. Pero cuando con los adelantos técnicos, independientemente de su procedencia, estas personas descubren que la vida no es necesariamente gris y desalentadora y que puede impedirse la muerte prematura si uno actúa, exigen más bienes materiales, más educación, y mejores experiencias vitales; se vuelven apasionadamente descontentos. A la larga, esto tiene que conducir a la democratización y a aumentar la organización social de todos los tipos. Tal es la consecuencia última a esperar de las actividades de la OMS. Aunque ésta evita con bastante escrupulosidad el meterse en las cuestiones "controvertibles" del planeamiento de los servicios médicos, no cabe dudar de que a la larga su labor hará aumentar las responsabilidades oficiales en la protección de la salud y, por ende, la organización social de los servicios sanitarios.

La gran cantidad de veteranos y civiles lisiados que dejó la guerra hizo surgir en todas las naciones industrializadas un potente movimiento en favor de la rehabilitación de los incapacitados. Se ha hecho común la filosofía de que ningún ser humano es irremediable sin remedio, por grave que sea su problema, y que con un tratamiento paciente y alentándolo se puede ayudarlo a hacerse independiente o por lo menos a tener más confianza en sus propias posibilidades.

En Gran Bretaña, la ex Unión Soviética, los países escandinavos, Japón, Alemania y Estados Unidos, muchas instituciones han sido creadas para este tipo de servicio. El programa de "rehabilitación vocacional" en Estados Unidos tiene fondos especiales para tal fin. En cierto modo, este movimiento ha añadido otra categoría -los trastornos y deformidades incapacitantes- a la lista de enfermedades crónicas para las cuales se asume la responsabilidad pública (como la tuberculosis, los trastornos mentales y la sífilis). Así otro sector de necesidades sanitarias está pasando de ser responsabilidad del individuo a serlo de la sociedad.

Junto a las incapacidades debidas a los traumatismos invalidantes y las enfermedades, hay en todos los países industrializados otra clase de incapacidad que va en aumento: los trastornos crónicos relacionados con la vejez. Al reducirse las tasas de mortalidad infantil, vencerse la mayoría de las enfermedades epidémicas y aumentar la longevidad de la población, las gentes empezaron a padecer, en proporción mucho mayor que antes, de enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes, accidentes cerebrovasculares y otras de origen no infeccioso. Siendo crónicas, estas enfermedades requieren de una atención médica costosa, superior a los medios de muchos individuos. Por eso se considera necesaria la acción oficial, sobre todo en la creación de muchas instituciones para las personas de edad y los enfermos crónicos. Las camas de los hospitales generales se van llenando de estos casos de internamiento prolongado y en Estados Unidos y Europa se han estimulado movimientos para la atención en su domicilio de estos pacientes. Surgió la geriatría como nueva especialidad para estos casos.

En cierto sentido, los programas de atención médica libran una lucha que tienen perdida de antemano. Cuanto más eficazmente se promueve la sanidad, más enfermedades se previenen y más vidas se salvan, más son los problemas nuevos a enfrentar. Las personas de edad tienen mayor probabilidad de enfermarse y requerir cuidados. El hecho de que estas enfermedades crónicas resultan costosas ha provocado la atención oficial, lo que añade nuevo impulso a la organización social de los servicios de salud.

La hospitalización por enfermedades crónicas y agudas va aumentando en escala mundial. Con los adelantos científicos, las facultades del médico en su consultorio se van reduciendo, relativamente. Para el mejor diagnóstico posible y el tratamiento de casi todas las enfermedades graves, el hospital es el lugar moderno más indicado. La consecuencia es que por todos lados se multiplican los hospitales, en los países más pobres como en los más ricos. El hospital se ha vuelto el centro ideológico y práctico de los servicios sanitarios de la comunidad. Pero los hospitales son lugares que resultan caros de edificar y operar, y por eso, cada vez más funcionan con patrocinio oficial.

Como corolario, la construcción de hospitales ha evolucionado en muchos países hacia la gran extensión geográfica de los servicios hospitalarios. Es fundamentalmente la aspiración de la equidad rural la que ha producido en Europa, América Latina, África, Estados Unidos y por todas partes el movimiento de regionalización de los servicios hospitalarios. Los habitantes del campo tienen

que tener acceso al mismo tipo de hospitales y especialistas que los de la ciudad. Pero no todos los pueblos pueden tener toda la gama y concentración de equipo médico y destrezas médicas. La solución propuesta en todas partes es la de instituciones que operen dentro de una red de referencia, con grandes y complejas unidades en los centros urbanos y otras más pequeñas en las periferias rurales. Los pacientes con problemas difíciles pueden ser enviados desde el puesto avanzado hacia el centro, mientras que los servicios de consultoría van del centro a la periferia.

La idea de regionalización requiere planificación y un control central. A medida que aumentan las demandas de igualdad agraria, los gobiernos y (en Estados Unidos) los organismos voluntarios están extendiendo la organización de hospitales según lineamientos regionales. Inevitablemente, el movimiento lleva a la planificación y sistematización general del servicio sanitario.

La igualdad de la salud rural exige también otras acciones. La deficiente distribución de médicos entre campo y ciudad es un rasgo que se echa de ver en casi todos los países. Pero se están tomando medidas para aumentar el número proporcional de los médicos en las zonas rurales. En muchos países latinoamericanos se exige un período de servicio en un poblado rural de todos los médicos recién egresados, como condición para obtener su licenciatura. Turquía y Suiza han enviado médicos jóvenes como una obligación militar. En Estados Unidos, los gobiernos de los estados conceden becas especiales a su juventud rural, a condición de que pasen los primeros años de su práctica médica en las comunidades rurales que necesiten un médico.

En todo el mundo se presencia el movimiento de los "centros de salud". En gran medida es el centro de salud una estructura física destinada a proveer de medicina preventiva y curativa a las regiones rurales. En Estados Unidos se ha limitado a un lugar donde poner el departamento de higiene pública o salubridad, pero en otras partes suele usarse para prestar servicios de medicina general al paciente ambulatorio. La clínica móvil es otra forma muy empleada, dada la escasez de personal para llevar los servicios médicos a las poblaciones agrícolas africanas y latinoamericanas.

En años recientes ha aumentado bastante la importancia concedida a la salubridad en la estructura de los gobiernos. En los países agrícolas y subdesarrollados se han lanzado grandes campañas contra enfermedades endémicas masivas como el paludismo, la fiebre amarilla, la tuberculosis y más recientemente contra el dengue. En los 20 últimos años casi se ha erradicado el paludismo. Sin embargo, es poco lo realizado por el saneamiento básico del ambiente. Los mecanismos de aprovisionamiento de aguas y eliminación de excrementos son parte de la norma de vida de la familia, y no son afectados tan fácilmente como lo es el proveimiento de cuidados médicos por la construcción de un hospital o un centro de salud. Además, la vivienda de las familias campesinas está ligada a los sistemas antiguos de tenencia de la tierra, que sólo han sido modificados ligeramente, a pesar de los esfuerzos acerca de las políticas de reforma agraria.

Por otra parte, en los países industrializados ha avanzado mucho el saneamiento del medio ambiente, y las enfermedades provocadas por la contaminación biológica han quedado reducidas a proporciones mínimas. Por consiguiente, el movimiento pro salubridad e higiene pública ha dedicado ya menos atención a las enfermedades infecciosas y más a otras esferas, como la nutrición, la higiene dental, la educación general sanitaria y la salud mental, lo que amplía el campo del interés oficial por la salud de las personas. En los Estados Unidos se preocupan también por la prevención, o cuando menos la detección primaria de las enfermedades crónicas, aunque el interés en estas actividades no es de ninguna manera general entre las autoridades de salubridad. Excepción hecha de esto lo son las campañas antitabaco como prevención de cáncer y enfermedad coronaria. Aunque en la década de los ochentas se hablaba de que los problemas de salud de impacto social ya no iban a ser las enfermedades infectocontagiosas sino las crónico-degenerativas, apareció en escena el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad infecciosa viral incurable hasta el momento que, aunque ataca grupos seleccionados de población, su diseminación extensa ha hecho reconsiderar el enfoque de salud pública hacia una nueva generación de enfermedades infectocontagiosas como lo es el SIDA y probablemente otros agentes infecciosos productores de algunos tipos de demencias.

El campo de la epidemiología se define como el estudio de la distribución de todas las enfermedades en la población y los factores socioambientales asociados con ellas, no simplemente con las enfermedades transmisibles.

En Europa y los Estados Unidos, los encargados de la salud pública han hecho diversas propuestas para ensanchar el campo de los organismos oficiales de salubridad a fin de que comprenda la autoridad administrativa para todos los servicios curativos y preventivos. Si bien esto puede parecer un detalle técnico de jurisdicción, un exámen más detenido revela que se trata de un movimiento hacia el control social integrado de todos los servicios de salud para satisfacer las necesidades del público mas efectiva y eficazmente.

Dentro de la práctica médica, el aumento de la especialización ha hecho intervenir a otras fuerzas en la organización social del servicio de salud. En casi todo el mundo, fuera de Estados Unidos y Canadá, el servicio especialidades está íntimamente relacionado con los hospitales, y los especialistas suelen ser empleados pagados, a la manera de los patólogos o radiólogos de Estados Unidos. La difusión mundial de la especialización, en relación a la práctica general, aumenta así la proporción de médicos que laboran en un sistema organizado. En Estados Unidos, donde la práctica de una especialidad suele ser individual, se advierten otras consecuencias. Como ya se ha dicho, el alto precio de los servicios de especialidades ha generado la organización de nuevos planes de seguro voluntario de atención médica, incluso por los mismos médicos. Para integrar la dotación de diversos servicios de especialidades se creó la clínica de práctica colectiva. Las diversas certificaciones de directorio de especialidades han introducido un tipo de supertítulo o superlicencia que, en efecto, somete a los médicos a mayores controles profesionales.

Junto a las especialidades de medicina se ve además un aumento del personal paramédico y auxiliar. Además del farmacéutico y la enfermera hay técnicos laboratoristas, de rayos X, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje, trabajadores sociales médicos, técnicos dentales, optometristas, psicólogos y ayudantes de todos tipos. La complejidad de este cuerpo de personal sanitario incrementa la necesidad de organización social, puesto que la mayor parte de estos trabajadores de la salud tienen que laborar como parte de un equipo institucional.

En los países subdesarrollados se recurre mucho a los auxiliares de medicina para hacer la labor que en países ricos hacen los médicos. Son muy empleados en Africa, Latinoamérica, Indonesia y China. En la ex Unión Soviética, sobre todo en Rusia, donde ya es bastante elevada la creación de médicos actualmente, este personal medio sirve para llevar un gran volumen de servicios a la población rural. Dirigido por profesionales, el personal auxiliar puede significar una sensible economía de conocimientos y destreza médicos. Pero, sin supervisión, sólo pueden prestar servicios subnormales. En la India hay miles de "doctores tradicionales", que son artesanos campesinos sin formación que practican siguiendo "sistemas" semimágicos de medicina que tienen 3 000 años de existir, con algún valor empírico pero sin ninguna base científica. El gobierno permite que estos curanderos practiquen su arte de modo independiente, y aun sostiene escuelas separadas ayurvédicas para ellos. China, por otra parte, está tratando de incorporar a sus médicos tradicionales a la estructura médica general, y los adiestra para tareas específicas en colaboración con médicos científicos.

Por todas partes se están desarrollando las escuelas de medicina y disciplinas afines para formar médicos y auxiliares. Fuera de Estados Unidos están casi siempre bajo los auspicios del gobierno, y en Estados Unidos no cesa de aumentar el porcentaje de la ayuda oficial para la educación profesional. Financiada la educación del médico principalmente con fondos públicos, el público exige mucho, naturalmente, de los servicios de los recién egresados. Los médicos dedicados a la práctica privada frecuentemente sostienen que los elevados honorarios por sus servicios se justifican por su inversión personal en tiempo y dinero para formarse. Pero olvidan el hecho de que los pagos de colegiaturas sólo son una pequeña fracción de los costos de la enseñanza médica en Estados Unidos, y aún menos en los demás países, donde el grueso de los costos procede de fuentes sociales.

La conciencia general que de la salud tiene el público está aumentando por doquier. Periódicos y revistas de todos los países dan noticias relativas a la ciencia médica y, aunque muchos informes sean sensacionalistas o deformados, el resultado es que aumenta la demanda de atención médica de las gentes. La experiencia de Europa, América y Asia por igual es que aumenta el volumen de demanda de servicios médicos, sobre todo cuando los programas sociales han suprimido las barreras económicas. A pesar de la necesidad de corregir el ingente atraso producido por el abandono en materia médica, que redundaba en un alto volumen de servicio médico al iniciarse los programas de atención, el volumen de servicios no baja después, sino que continua subiendo. Con la

educación y la experiencia de servicios médicos organizados, la tendencia es a que siga creciendo la demanda pública.

Uno de los aspectos de esta mayor demanda de servicios médicos es la preocupación por los problemas mentales y emocionales, que se observa en su máximo nivel en Estados Unidos. La psiquiatría ha ido creciendo como especialidad médica en todos los países, pero en Estados Unidos la teoría y la práctica psiquiátricas son actualmente un interés de muchas personas, sobre todo en la clase media. No cabe dudar de que esta tendencia está en relación con las tensiones generales de una sociedad altamente competitiva. Los observadores europeos consideran grotesca la influencia de la psiquiatría en la cultura norteamericana y la asocian con los temores e inseguridad nacionales básicos. A pesar de todo esto, la expansión de las ideas de la psiquiatría en Estados Unidos y en otras partes ha tenido como consecuencia la ampliación del campo de los males humanos a los que puede aplicarse servicio médico. Además, como el tratamiento psiquiátrico suele ser prolongado y costoso, aumenta la necesidad de su financiamiento oficial.

Con el incremento mundial de las demandas de servicios médicos y afines han ido aumentando sus costos en todas partes. El alza desde aproximadamente 1900, ha sido tanto absoluta -en la cantidad de dinero gastado al año para todo lo relacionado con la salud- como relativa, o sea la proporción de riqueza nacional total dedicada a fines sanitarios. Allí donde casi todos los egresos para salubridad son del presupuesto oficial, como en la Gran Bretaña, esta elevación absoluta en los gastos para fines de salud es muy notoria, y los críticos conservadores han preguntado hasta dónde puede una nación permitirse el tener servicios de salud. Es el caso que, incluso con la actual amplificación, solo 5 por ciento, más o menos, del ingreso nacional se gasta para todos los servicios de salud en Gran Bretaña y en Estados Unidos. Algunos hacen la advertencia, claro está, de que no debe permitirse que los gastos médicos sean tan elevados que a la gente no le quede suficiente para comer y alojarse. Sin duda no deben comprometerse estas necesidades esenciales humanas por los gastos para la salud, pero esta cuestión no es nada realista. La proporción de la riqueza nacional gastada en armamento, por ejemplo, es mucho mayor que el modesto porcentaje que ahora se dedica a todos los gastos públicos y privados para servicios preventivos y curativos. Lo que importa realmente es saber cuántas superfluidades de la economía pueden eliminarse para que haya otros aumentos en los gastos para fines humanos positivos. Ninguna nación ha llegado hasta ahora a un punto, en los gastos para salubridad, pasado el cual pueda alegarse "extravagancia".

EL FUTURO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Las tendencias actuales en todo el mundo apuntan claramente a la creciente organización social en todos los servicios de salud. La norma de financiamiento colectivo y prestación organizada de servicios médicos y afines

varía, claro está, según los países, pero no puede ser puesta en duda la transformación final de la atención médica de artículo privado de consumo a servicio social. Las batallas habidas en Estados Unidos en torno a diversas formas del seguro de salud son sólo escaramuzas mínimas que nada más retrasan el ritmo de esta transformación, pero difícilmente podrían afectar el resultado final.

Una de las razones para esta predicción es que el servicio de salud, en el contexto político más amplio, no es una cuestión revolucionaria. No pondrá en peligro los fundamentos del sistema social, como lo ponen otras cosas como el contrato colectivo o la política exterior. Por esta razón es un aspecto sumamente popular en el programa, no solo de los partidos políticos liberales sino incluso de los centristas y a veces inclusive de los conservadores. Puede tenerse una zona muy amplia de concordancia en materia de salud con las más grandes secciones de la población.

En casi todos los países fuera de Estados Unidos ha llegado a considerarse lo más natural el carácter público del servicio médico. Hay naturalmente, zonas de debate dentro de la jurisdicción del gobierno en cuanto a las formas administrativas. La profesión médica muchas veces libra acciones de retaguardia con base en argumentos acerca de "la relación médico-paciente", "la libre elección de médico", o la "independencia de la medicina", conceptos razonables si no son deformados. Pero la inclusión de más y más sectores del campo sanitario entre los controlados socialmente va progresando por todo el mundo.

Uno de los importantes lemas aparecidos en años recientes en todo el mundo es el objetivo de la "salud positiva". Aunque con esta frase se asocia mucha especulación filosófica y aun algo de oscurecimiento de cuestiones económicas básicas, como el seguro de salud, su importancia está en que entraña un horizonte casi ilimitado para la salud. Si bien enfermedades importantes como la tuberculosis o el cáncer son prevenidas o curadas fácilmente, queda todavía por lograr la "salud positiva" mediante programas cada vez mayores de nutrición, vivienda, cultura física y mejoramiento general del medio ambiente físico y social.

Otro lema de importancia para el futuro es el de la "medicina social", que nació en Europa y ha revestido de nueva dignidad las medidas organizadas de salud. Si bien la medicina norteamericana ha sido lenta en aceptar esta expresión, los conceptos asociados con ella han ido penetrando cuando menos en las secciones intelectuales de la educación médica norteamericana. En su sentido limitado, la "medicina social" se refiere a todos los programas de salubridad e higiene pública y de atención médica organizada así como al estudio de los orígenes sociales de las enfermedades. En su sentido final, sin embargo, se refiere a la aplicación de conocimientos médicos y capacidad directiva a todos los programas de mejoramiento social: la organización industrial, la vivienda de construcción oficial, las relaciones sociales de la comunidad, y aun a la política extranjera. La meta de la salud como "bienestar físico, mental y social" implica medidas en campos mucho más vastos que los servicios médicos técnicos. Si se

busca sinceramente esa meta, es necesario emprender reformas en todos los aspectos de la vida social en beneficio de la salud. Al alcanzarse los límites de la realización de servicios puramente médicos mediante su organización social, se aclara la necesidad de nuevos adelantos. En este sentido, los objetivos de la "medicina social" y la misma formulación del concepto representan un progreso ideológico en dirección del mejoramiento general de la sociedad.

La salud no es de ninguna manera el objetivo más elevado de ningún sistema social, ya sea capitalista-democrático, feudal-agrícola o socialista-estatal. Con frecuencia es sacrificada a fines superiores, por ejemplo en los gastos de armamento para defensa. En los sistemas políticos evolucionados parece ser que la tendencia o el objetivo final es considerar a la vida como el bien a lograr o perseguir y la muerte prematura como el mal a evitar. Esto conlleva a pensar en que el supersistema del cual dependen sistemas como la salud tiene como consecuencia lógica de sus objetivos el bienestar y la paz mundial.

3.2 VISION GLOBAL DE LAS FORMAS DE FINANCIAMIENTO Y PRESTACION

Examinando los sistemas de cuidado de la salud en el mundo hallamos gran variedad de formas, que podrían clasificarse de muchos modos. Uno de ellos es identificar los métodos de financiamiento de los servicios sanitarios, ya que cada uno de los métodos posibles tiende a ir asociado con cierto sistema de prestación. En la mayoría de los países hay mezcla de métodos de financiamiento, y formas correspondientes de prestación a los diferentes grupos de población. Pero en casi todos los países hay tendencia a ir incrementando el financiamiento colectivizado; acompaña a esto un mayor reconocimiento del cuidado de la salud como "derecho" de los ciudadanos. De igual manera crece la preocupación pública tanto por la eficiencia como por la calidad de la seguridad en relación a los servicios prestados.

Cuando examinamos los variados sistemas de prestación de servicios de salud en todo el mundo se descubre que las formas de conseguir dinero para financiar los servicios están relacionados con la forma de administrar dichos servicios.

METODO DE FINANCIAMIENTO

Hay cientos de modos de financiar los servicios sanitarios, si consideramos todas las ramificaciones en tiempos y medios sociales diferentes. Pero en general podemos clasificarlos en los siguientes tipos:

1. Pago personal: adquisición privada de servicio, con los recursos personales del individuo, inclusive los que pueda haber tomado prestados o recibido de otra

fuerza (familiares o amistades, compañías financiadoras). También podría comprender el pago por trueque.

2. Caridad: ayuda por fondos donados por personas que pueden o no convertirse en beneficiarias del servicio.

3. Industria: prestación de servicios a expensas de una empresa que se mantiene de sus ganancias

4. Seguro voluntario: prestación de servicios con fondos reunidos mediante contribuciones periódicas de grupos de personas. Estos fondos pueden obtenerse de diversos modos, pero los servicios sólo son para los contribuidores o quienes de ellos dependen.

5. Seguro social: seguridad que exige la ley para prestar determinados servicios a beneficiarios designados. Los requerimientos estatutarios pueden crear fondos oficiales de fideicomiso o asignar por mandato contribuciones a diversos cuerpos no gubernamentales.

6. Fondos públicos: ayuda mediante impuestos, por una autoridad local, estatal o nacional, sobre ingresos, fondos, ventas, beneficios de corporaciones, etc. Los servicios no se limitan a los contribuyentes.

Estos seis métodos de reunir fondos para los servicios de salud se hallan en cierto grado, y en diversas combinaciones, en la mayoría de los países del mundo. Uno de los métodos puede predominar bastante, como el de fondos públicos en los países con gobiernos socialistas o populistas, como Cuba y los gobiernos de la ex Unión Soviética, o el pago personal como en los países capitalistas, el mejor ejemplo es el de Estados Unidos. Pero en la mayoría de los países se emplean los seis métodos, a menudo para el servicio a diferentes sectores de la población o para combatir determinadas enfermedades.

PAGO PERSONAL

Hasta hace pocos años, más de la mitad de los costos de servicios de salud personales en los Estados Unidos se sufragaban mediante la adquisición individual en el mercado médico abierto. Pero ahora el seguro voluntario, el seguro social y los fondos públicos han llegado a sufragar la mayoría de estos costos, en particular los de hospital. El pago personal todavía es el que sufraga la mayor parte del costo de la atención médica ambulatoria, los cuidados dentales y los medicamentos.

Con este método, el servicio lo proporcionan típicamente médicos independientes, y la responsabilidad de buscarlos recae directamente sobre el paciente. En medida limitada, el servicio puede proporcionarse mediante recursos organizados, como en las clínicas de práctica de grupo o las salas de emergencia de los hospitales.

Incluso en los países donde los fondos públicos proporcionan servicios sanitarios a la mayoría de la población -como en muchas naciones de Asia y África- sigue desempeñando el pago personal una parte importante en los

cuidados de unas pocas personas. Así por ejemplo, en la capital de un país como Etiopía o Tailandia se halla mucha práctica médica privada. Un pequeño porcentaje de personas opulentas que van con médicos privados se apropian una gran parte del total del potencial médico humano, lo que produce enormes injusticias.

En Malasia, aproximadamente el 60% de los médicos estaban dedicados a la práctica privada a mediados de los ochentas, y además se hallaban concentrados en las grandes ciudades. Quedaba así 40% para los servicios oficiales, los que tenían el 80% de la población para su atención médica científica. Por otra parte, los médicos privados ganaban dos o tres veces más que los del gobierno.

En México los médicos generales o familiares trabajan para el sector oficial en alguna de sus instituciones de salud -la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado, (SSA, IMSS e ISSSTE respectivamente)- pero el sueldo es bajo, por ello en su mayoría trabajan para dos de estas instituciones en diferentes horarios. Los médicos especialistas trabajan en su mayoría para una de las citadas instituciones y en su práctica privada, la cual está muy limitada para los médicos no especialistas, generalmente el especialista trabaja en clínicas de grupo privadas o en hospitales privados de mediano o gran tamaño -dependiendo de la ciudad donde se encuentre- y el pago de servicios puede ser directo o a través de compañías de seguros a las que el paciente previamente había comprado un seguro de gastos médicos. Sin embargo estos seguros de gastos médicos son costosos y cubren solamente los llamados "gastos médicos mayores", concepto que se tiene perfectamente definido y con una gran cantidad de exclusiones. Desde el punto de vista demográfico, estos seguros no cubren más que a una pequeña, incluso insignificante, parte de la población, y a una aún más insignificante parte, si tomamos en cuenta las enfermedades que se pudiera decir "aliviadas" por recursos financieros de las compañías de seguros. Más adelante se comentará con detalle la prestación de servicios médicos en nuestro país.

CARIDAD

En ninguna parte predomina la caridad como método de ayuda para el cuidado de la salud, pero en el pasado desempeñó un papel sustancial en algunas naciones. En la Europa preindustrial, los hospitales y aún los dispensarios separados para la atención al enfermo ambulatorio eran principalmente instituciones caritativas para atender a los pobres. Se mantenían con donaciones o legados, aunque ya en el siglo dieciocho y diecinueve los subsidios oficiales eran lo más común.

La norma caritativa fué trasplantada por españoles y portugueses a América Latina, donde los hospitales de beneficencia fueron las primeras formas

organizadas de atención médica. Pero incluso cuando grandes donativos oficiales contribuyen a sostenerlos, estos hospitales suelen tener grandes salas mal equipadas, con escaso personal técnico casi siempre de religiosas. Las instalaciones para pacientes ambulatorios son escasas.

Las misiones sostenidas por los religiosos en Africa y otras partes sin duda son una sólida contribución a bajísimo costo, pero raramente son modelos de medicina moderna, con frecuencia tienen que subsidiarlas los gobiernos, y aceptan gratificaciones de los pacientes que pueden permitirse darlas.

En algunos países europeos, las instituciones que empezaron por caridad han pasado a integrarse en los servicios de salubridad oficiales. Las diversas "sociedades de la cruz" en Holanda prestan servicios de salud a madres e hijos, y una enfermera visitadora general atiende a los enfermos que no pueden salir de su hogar. Reciben pago del gobierno por esos servicios, como otras entidades semejantes en Italia y España. En América Latina, la típica sociedad de la Cruz Roja para servicios de ambulancia y emergencia empezó con donativos privados, pero ahora suele sostenerse con grandes subsidios del gobierno.

En Estados Unidos, el papel de la caridad es relativamente declinante en los servicios de salud. Hay muchos organismos que luchan contra enfermedades específicas -como el cáncer, la esclerosis múltiple y/o las que son causa de ceguera- pero la mayor parte de los fondos reunidos por caridad se emplean en la investigación, la instrucción profesional y la construcción más que en los cuidados directos al paciente.

Una buena parte de las donaciones voluntarias para fines de salud pública pasa a la dotación de hospitales, cuyas entradas contribuyen a pagar los cuidados a los pobres. Fundaciones filantrópicas sostienen muchos hospitales de vanguardia en el mundo. Pero en conjunto, la caridad representa menos del 5% de los gastos de salud en los Estados Unidos.

LA INDUSTRIA

El servicio de salud industrial varía mucho y se halla en cierto grado en todos los países -capitalistas, en desarrollo y socialistas- pero en ninguno es un método predominante. En países como Arabia Saudita o Libia, los servicios de salud de las compañías petroleras inglesas o norteamericanas constituyen un modelo de excelencia para todo el país. Comentarios similares pueden hacerse de los programas de la United Fruit Company en centroamerica, la Anaconda Copper Company en el Perú o la Standard Oil Company en Venezuela. Es patente que los trabajadores de estas empresas gozan de mejor atención para la salud que el promedio nacional. Los administradores saben que los obreros sanos son buen negocio, y si la industria privada no tomara la iniciativa, por lo general no podrían obtener buena atención médica. Un razonamiento semejante se aplicaba en Estados Unidos a fines del siglo pasado y comienzos del actual en las

explotaciones aisladas de minería y bosques maderables y en la expansión ferroviaria.

Muchos países en desarrollo exigen que las grandes corporaciones, sobre todo las de propiedad extranjera, proporcionen servicios médicos mínimos a sus trabajadores. Así ocurre en las plantaciones de caña o café en América Latina, de té o hule en Asia, en la explotación de cacao o las minas en África. Al ponerse en vigor leyes de seguridad social en estos países, sus aportaciones suelen remplazar el financiamiento independiente de la industria privada.

Los servicios industriales en los países en desarrollo tienden a una amplitud mucho mayor que en Estados Unidos y prestan servicios preventivos para el personal, saneamiento del ambiente y atención médica general.

SEGURO VOLUNTARIO

El seguro voluntario fué un modo sumamente importante de financiar la atención médica en el siglo 18 y principios del 19 en toda Europa. Los consumidores organizaban innumerables fondos de enfermedad, sociedades de amigos y asociaciones de beneficio mutuo, sobre una base ocupacional o geográfica, para pagar los gastos de atención médica extrahospitalarios. De estos salieron por evolución los sistemas obligatorios que conocemos ahora por seguro social o seguridad social.

Actualmente, las sociedades de seguro de salud voluntarias de los países europeos occidentales están totalmente integradas en los sistemas de seguro social. En Alemania, Francia, los países escandinavos, Italia y España, se han convertido esencialmente en organismos de un sistema oficial. Todas o casi todas las personas están obligadas por ley a ingresar en ellos y pagar determinadas cuotas, a cambio de las cuales tienen derecho a atención médica y algunos otros beneficios. Además, las sociedades de seguro ofrecen a veces otros beneficios suplementarios no impuestos por la ley, o tal vez enlisten a personas como los que trabajan por su cuenta, cuya membresía no siempre es obligatoria.

Estas sociedades de seguro sólo han afectado mínimamente a las formas de atención médica para el paciente ambulatorio. Han vuelto los cuidados médicos más accesibles a las personas al cubrir los costos, pero casi no han modificado las normas básicas de la práctica privada dental y médica y de la venta privada de medicamentos o instrumental. Hay diversas formas de vigilancia, pero el médico privado sigue siendo en lo esencial independiente. Los servicios hospitalarios han sido tal vez algo más afectados, al compartir los costos el gobierno y el seguro e imponer ciertas normas mínimas.

En Australia y Estados Unidos vemos el funcionamiento del seguro voluntario de salud en una forma más pura. Son los únicos países industrializados del mundo donde el registro voluntario en planes de seguro constituye una forma principal de financiamiento. El gobierno de Australia subsidia estos planes para forzar su capacidad de atraer a personas de ingreso bajo, mecanismo propuesto

en el congreso de Estados Unidos en diversos proyectos de ley. Así se ha logrado proteger aproximadamente a 70% de la población.

En Estados Unidos antes de 1930, sólo un mínimo porcentaje de la población norteamericana tenía un seguro de salud voluntario. La gran depresión de los años treinta, los crecientes costos de atención médica y el peligro de una intervención estatal estimularon rápidamente un movimiento de seguro voluntario. Pero los mayores logros de iniciativa y realización se debieron, no a organizaciones de consumidores sino a los proveedores (hospitales y médicos) y a las compañías aseguradoras comerciales. Para 1964, aproximadamente 78% de la población norteamericana tenía alguna forma de seguro privado para gastos de hospital, y un menor porcentaje gozaban de protección para otras necesidades médicas.

Las lagunas más grandes estaban entre los pobres, la población rural y las personas de edad avanzada. Esta última laguna condujo a la promulgación en 1965 del seguro social para los ancianos. Como en Europa antes, los planes de seguro de salud voluntario entraron en el sistema de seguro social no como portadores locales de riesgo financiero sino como intermediarios para el pago de honorarios médicos, cuentas de hospital y otros.

También como en Europa, los planes de seguro voluntario de salud norteamericanos en general modificaron muy poco las normas de aplicación del servicio médico. Una importante excepción fué un grupo de planes patrocinados por los consumidores o los empresarios, que en total abarcaron más o menos 6% de la población asegurada. En estos planes -conocidos principalmente entre ellos son el Health Insurance Plan of Greater New York y el Kaiser Permanent Health Plan de la costa occidental- se ofrece práctica médica de grupo con beneficios sanitarios relativamente amplios. Los logros así alcanzados están siendo puestos de relieve por el gobierno con nuevas propuestas legislativas sobre seguro nacional de salud con las etiquetas de "organizaciones amplias de servicios sanitarios" u "organizaciones para el mantenimiento de la salud".

Probablemente es Israel la única nación que todavía se basa principalmente en seguros de salud no oficiales y, sin embargo, ofrece servicios dentro de un marco bastante organizado. El fondo de Seguro Obrero cubre aproximadamente 75% de la población de esta pequeña nación para la atención médica, pero los servicios no son prestados privadamente, como en Europa occidental. En cambio, el dinero del seguro se ha empleado en la fundación de una red de policlínicas y hospitales donde médicos, dentistas y todo el resto del personal tienen empleo pagado. Las duras condiciones de la vida que llevaban los nuevos inmigrantes y la necesidad de una política económica ahorrativa condujeron sin duda a la adopción de una forma de atención médica que favoreciera el máximo de beneficios por unidad de insumo.

SEGURIDAD SOCIAL

En Japón había antes de la segunda guerra mundial un movimiento limitado de seguridad social, que después de la guerra fué reforzado por la inscripción obligatoria de casi toda la población. Pero tampoco aquí se hizo gran cosa por modificar las pautas de la práctica médica privada.

De igual manera, en Canadá, la seguridad social ha financiado la atención hospitalaria desde 1957 y los cuidados médicos desde 1968, con poca modificación en las formas de administrar los cuidados. El programa se va instaurando provincia por provincia y el gobierno federal pone aproximadamente la mitad de los fondos, mientras la otra mitad es recaudada por el seguro social y otros medios en cada provincia. Por todas partes se han estimulado las clínicas de práctica de grupo y también se han modificado las normas de financiamiento de los hospitales, pero el sistema prevaleciente, de medicina privada y hospitales autónomos no ha cambiado en lo esencial. Otro tanto puede decirse del Medicare en Estados Unidos, así como de las leyes de compensación para los obreros.

En sólo dos países europeos ha habido relación entre la seguridad social y una modificación en gran escala de las normas de prestación de los cuidados médicos. Los dos son socialistas o semisocialistas: Polonia y Yugoslavia. Después de la guerra y de sus revoluciones socialistas, estos países conservaron la idea de seguridad social pero, en lugar de perpetuar las sociedades de seguros locales semiautónomas, montaron un sistema nacional integrado con aportación de los empleados industriales. El fondo nacional para el seguro fué la fuente principal de donde vino la ayuda para una red de centros de salud, policlínicas y hospitales con personal técnico a sueldo. Todas las personas aseguradas utilizan estos recursos sin pagar. Otras personas (aproximadamente 30% de la población polaca) pueden servirse de ellos, pero pagando, o bien buscan servicios privados.

En otros continentes, el mecanismo de financiamiento del seguro social tiene para la atención médica un significado muy diferente del de Europa occidental. La seguridad social ha sido muy aplicada en los países latinoamericanos, donde suele cubrir solo 10-15% de los ciudadanos, que son obreros industriales. Para este sector, sobre todo en las grandes ciudades, hay en forma característica un servicio médico separado y bien desarrollado, prestado mediante una red especial de hospitales y centros de salud. La calidad de los servicios en estas instalaciones suele ser superior a la que puede obtener la población no asegurada. A veces hay distintos sistemas de seguridad social para las diferentes clases de personas empleadas: a menudo un tipo de servicio hospitalario más cómodo para los trabajadores "de cuello blanco" que para los de "cuello azul".

Tales suelen ser los sistemas en México, Brasil, Perú y otras partes. Algunas veces se aplica el pago de servicios en las localidades donde son muy pocos los trabajadores asegurados y sus dependientes para que ameriten la creación de un centro de salud, pero la regla son los sistemas organizados.

En Irán y Turquía se hallan servicios organizados de manera semejante por el seguro social. En Túnez y la India, por otra parte, la seguridad social financia los cuidados médicos para algunos trabajadores, pero los servicios se obtienen a través de la red de centros de salud y hospitales del ministerio de

salubridad, que sirven para la población en general. Los obreros asegurados no pagan honorarios y pueden tener prioridad de acceso, pero en teoría reciben un servicio de la misma calidad que el resto de la población.

En general, se considera que la seguridad social tiene la ventaja de la estabilidad fiscal, al contrario de otros modos de financiar los cuidados médicos. No está sujeto a las incertidumbres de las apropiaciones legislativas ni a las altas y bajas de la caridad o de la inscripción voluntaria. Al mismo tiempo, la mayoría de las leyes dan a los trabajadores y empleados derecho de opinar en lo tocante a la administración del programa. Y en muchos países, el fondo de la seguridad social no tiene por que temer la intrusión de otros ministerios del gobierno porque está reservado para beneficio de los asegurados.

FONDOS PUBLICOS

En todos los países del mundo se utilizan las rentas públicas de origen fiscal para financiar algunas partes componentes del servicio de salud. En Estados Unidos, a pesar de toda su insistencia en la libre empresa privada y el seguro voluntario, muchos tipos de programas han sido sustentados durante mucho tiempo con dinero público. Algunos son para personas determinadas, como los veteranos de guerra, los indios norteamericanos, los marinos mercantes o los pobres. Otros son para ciertas enfermedades, como los trastornos mentales, las enfermedades venéreas, la tuberculosis o los estados invalidantes en los niños y adultos rehabilitables. Los servicios de salud de tipo clásico para protección del medio ambiente y de las enfermedades personales se pagan con los fondos públicos.

Pero en algunos países, el método predominante de apoyo financiero para todos los servicios de salud son los impuestos. Podemos distinguir tres grupos de este tipo.

En primer lugar están los países que han pasado por un período de financiamiento del seguro social y llegado a un punto en que parecía sencillo y sin riesgos políticamente el cambio a los fondos públicos, como en Nueva Zelanda, Gran Bretaña y Chile. En Nueva Zelanda se introdujo en 1939 el programa de seguro social, con el que se proporcionaba atención médica de todo tipo, hospitalización, medicamentos para todos, y cuidados dentales para los niños. Todos los residentes estaban asegurados y casi todo el mundo pagaba una cuota sanitaria especial. Para 1965, más o menos, el programa estaba tan consolidado que se transfirió la ayuda a fondos públicos.

Gran Bretaña inició su seguro obligatorio de salud para trabajadores manuales -pero no para quienes de ellos dependían- en 1911. Había atención de medicina general y medicamentos, pero la hospitalización se pagaba mediante combinaciones de fondos públicos, seguro voluntario y pagos personales. En 1948, después de la segunda guerra mundial, se creó el Servicio Nacional de Salud, que aseguraba virtualmente la atención completa de quienquiera,

financiada en 80%, más o menos, por la hacienda pública. Se hicieron cambios sustanciales aquí para la organización de los servicios, sobre todo para los de hospital y especialista. Todos los hospitales, voluntarios y municipales, pasaron a ser dirigidos por el gobierno y por "juntas regionales de hospitales". Se hicieron varias regulaciones para lograr una mejor distribución de médicos, fomentar la prescripción razonable de los medicamentos y estimular la agrupación de los médicos generales, entre otras mejoras.

Chile fue el primer país latinoamericano en que se aplicó la idea de seguro social al cuidado de la salud, con un programa para trabajadores manuales en 1924. Después de una expansión gradual en amplitud y beneficios, en 1952 se legisló un servicio nacional de salud que abarcaba a todos los obreros asegurados y sus dependientes, junto con todas las familias de ingresos bajos (rurales y urbanas) y todos los niños: se calcula que la población protegida era más o menos setenta por ciento del total.

Para suministrar servicios, el país fue dividido en trece zonas sanitarias, en cada una de las cuales se había establecido una red regional integrada de centros de salud y hospitales de distrito y centrales. La inmensa mayoría del personal sanitario de la nación trabaja (de tiempo completo o parcial) para el Servicio Nacional Chileno de Salud. Después de 1952 prosiguieron las contribuciones para el seguro social de obreros y patronos, pero con una cantidad mucho mayor aportada por los fondos públicos.

Una segunda categoría de países que cuentan principalmente con sus fondos públicos para asegurar sus servicios médicos son las numerosas naciones en desarrollo africanas y asiáticas. Algunos de estos países tienen también programas de seguro social, pero sólo para un porcentaje mínimo de la población. Desempeñan también un papel importante, sobre todo en las ciudades mayores, los pagos personales así como, en lugares escogidos, las misiones de caridad. Pero la mayoría de la población, si recibe alguna atención médica científica, es en centros de salud y hospitales del gobierno, dotados de personal pagado.

Antes de la caída del bloque soviético los socialistas conformaban una categoría aparte. El modelo comunista de la Unión Soviética fue el primero que, en 1917, introdujo los cambios más radicales en las normas de prestación de servicios médicos. Este sistema cubría al 100% de la población, prestaba virtualmente todos sus servicios mediante redes de centros de salud, policlínicas y hospitales rurales, distritales y provinciales. Manifiestó gran interés en la unificación de los servicios preventivos y curativos. La enseñanza profesional la dirigía el ministerio de sanidad, no la Universidad, e incluso la producción de todos los medicamentos, provisiones y equipo era planeada por dicho ministerio. Todo el personal era constituido por funcionarios civiles con sueldo, y los recién graduados tenían la obligación de pasar sus tres primeros años de servicio en una zona designada por el gobierno. El número de médicos creció considerablemente, la cantidad enfermeras, personal intermedio y todo el sistema en general estaba planeado para satisfacer todas las necesidades razonables en las zonas urbanas y las rurales. Casi todos los observadores extranjeros

quedaron impresionados por la eficiencia y el resultado masivo del sistema sanitario soviético.

Este sistema fue emulado con algunas modificaciones en Checoslovaquia, Hungría, Bulgaria y otros países de la Europa oriental, menos Polonia y Yugoslavia. Por supuesto, este sistema se aplicó en Cuba, aunque el mecanismo de financiamiento difiere entre los trabajadores de la industria y los del campo. En la China popular, un sistema oficial sirve directamente a la vasta población rural, principalmente por medio de personal sanitario auxiliar, mientras que los obreros de la ciudad reciben su servicio de recursos propios de las fábricas o en instituciones oficiales.

3.3 CONCLUSIONES DEL CAPITULO

El análisis comparativo de sistemas de salud es un campo cuya importancia no corresponde al grado de desarrollo que ha logrado hasta hoy y que no ha sido utilizado en todo su potencial en el proceso de formación de los futuros tomadores de decisiones de las políticas de salud.

El análisis comparativo se aplica tanto a los micro como a los macrosistemas por lo que pueden deducirse de ahí las generalizaciones apropiadas.

El conocimiento de las experiencias de otros países, de sus éxitos, de sus fracasos y de sus dificultades, es un elemento de enseñanza de la mayor importancia para abrir horizontes que muestren alternativas y den voces de alerta más allá de las limitadas experiencias nacionales.

Se requiere de un esfuerzo concertado de la comunidad científica a fin de avanzar y solidificar este campo de estudio para contribuir en una forma mucho más sistemática a la formulación y desarrollo de las políticas contemporáneas de salud.

Esencialmente, el análisis comparativo de sistemas de salud debe permitirnos extraer de la práctica universal, aquellos aspectos que han sido exitosos en la construcción de unos sistemas de salud más equitativos, efectivos y eficaces, dándonos elementos de juicio sobre su relatividad temporal y cultural a fin de valorarlos adecuadamente.

Sin embargo, para poder saber en realidad porqué unos sistemas han sido más exitosos que otros, necesitaríamos poder identificar aquellos aspectos que han hecho la diferencia, y éste es precisamente lo más difícil del análisis comparativo; por una parte debido a la complejidad y multiplicidad de las variables en juego, y por otro, por los problemas de las metodologías para establecer equivalencias internacionales en la construcción, medición e interpretación de los indicadores utilizados, lo cual conlleva grandes dificultades para precisar en muchos aspectos cuáles son las diferencias reales así como para interpretarlas.

De todas maneras, aún cuando no siempre es posible establecer la relación de causalidad entre las modalidades particulares observadas y su grado de éxito o fracaso, siempre es importante enriquecer nuestra perspectiva con el conocimiento de las experiencias y enfoques de otros.

Es imposible acercarse inteligentemente al estudio de los sistemas de salud sin tener un conocimiento apropiado de los condicionantes históricos, sociales, políticos y económico que han conducido su desarrollo en uno y otro sentido. Pretender sacar conclusiones para otros contextos sin haber entendido antes las situaciones históricas que condujeron a un proceso y condicionaron su éxito o fracaso es simplemente imprudente.

Entender los "feldsher" rusos y los médicos descalzos chinos requiere conocer su origen y el contexto en el cual se consolidaron o modificaron, como lo requiere entender el proceso de convivencia de la medicina occidental con la medicina tradicional en China o el desarrollo en el servicio nacional de salud inglés de una forma de pago para los especialistas y otra para los médicos generales, o la existencia en la mayoría de los países latinoamericanos de un sistema de salud con diferentes compartimentos para las distintas clases sociales.

Es pues fundamental, al acercarse al estudio comparativo de los sistemas de salud, tener un conocimiento mínimo sobre el proceso histórico de los países y de los respectivos sistemas de salud, sobre las costumbres de la población y de la clase dirigente, sobre el pasado y presente de la cultura política, la estructura de gobierno actual y los componentes centrales de la economía.

A pesar de que el análisis financiero es el área de los estudios comparativos que más atención ha merecido, es un hecho que presenta numerosos problemas metodológicos. Por una parte, el análisis del esfuerzo total de una sociedad en términos de la proporción de producto interno bruto (PIB) que se dedica a la salud está limitado por las dificultades de comparación debidas a la sobrevaluación de las tasas de cambio en los países en desarrollo y a las diferencias en los precios relativos de los bienes y servicios del Sector Salud. Además el nivel de asignación no dice nada acerca del grado de distribución en la población. Por otra parte, distintos niveles de salud con sus variados problemas requieren diferentes esfuerzos.

A lo anterior deben añadirse otros aspectos de gran importancia en el campo del financiamiento, como son la equidad y la eficiencia. Un mismo nivel de esfuerzo social en salud puede hacerse con muy diferentes niveles de equidad y eficiencia, lo cual plantea dificultades adicionales para los análisis comparativos. La mayor o menor equidad de un sistema se puede medir de diferentes maneras ya sea a través de la distribución de los recursos financieros, de los recursos físicos y humanos, o de la accesibilidad final a los servicios de salud por los distintos grupos de población. En realidad la medición última de equidad debería estar dada por la determinación de la existencia de mayores o menores diferenciales en los niveles de salud entre los grupos sociales. De igual manera, si aceptamos que el producto final de los sistemas de salud es la producción de años de vida útil, la eficiencia debería medirse en última instancia, en términos del

número de años de vida útil producidos por cada unidad monetaria destinada a salud.

Si los fondos destinados a la salud provienen de una sola fuente o de varias, su composición, y el mayor o menor grado de control que el estado tenga sobre las mismas, son aspectos muy importantes a considerar con consecuencias sobre la capacidad de establecer prioridades, dirigir el gasto, y buscar equidad y eficiencia. Las condiciones para hacerlo son indudablemente diferentes si los recursos de salud provienen total o casi totalmente de los impuestos generales de la nación, como es el caso del Reino Unido; si provienen de los impuestos locales principalmente, como en Suecia; si proceden de los aportes de empleados y empleadores, como en España, o si provienen de múltiples orígenes como en Estados Unidos y la mayoría de los países Latinoamericanos. La notable capacidad de controlar el gasto mostrada por el sistema canadiense a partir de su reforma de 1974 contrasta por ejemplo, con el fenómeno contrario observado en Estados Unidos.

Lo mismo acontece con el destino que se da a los fondos del Sector Salud. Su distribución entre atención terciaria y atención primaria hace una diferencia, como igualmente lo hace la diferente proporción con que se asignen por grupos sociales y geográficos, con las implicaciones del caso, de nuevo, sobre la eficiencia y la equidad. La experiencia costarricense, por ejemplo, es notable al mostrar el impacto de una destinación estable durante un período prolongado de la atención primaria. Aún cuando el área de los estudios de costo beneficio y costo efectividad no es exactamente una de las más desarrolladas en salud, ya hay suficiente información que permite documentar el diferente efecto-coste de numerosas destinaciones de los recursos financieros para la salud.

La comparación de los recursos humanos encuentra también múltiples dificultades que tienen que ver con los distintos niveles de comparabilidad.

Dos sistemas de salud con perfiles y niveles similares de recursos humanos pueden variar notablemente en cuanto a la calidad de los mismos, a su distribución geográfica, a su disponibilidad para diferentes grupos sociales y a su productividad

Un análisis de los perfiles de recursos humanos a nivel genérico puede no ser suficiente porque las microespecificaciones de un particular tipo de recurso humano pueden mostrar diferencias que eventualmente tienen un impacto importante. Es el caso, por ejemplo, de hablar a nivel genérico de recursos médicos cuando el análisis de los diferentes tipos de médicos puede ser significativo, como sería el caso de la gran proporción de médicos familiares en Canadá y demás especialidades en Estados Unidos.

Indudablemente las funciones de producción pueden variar notablemente, no sólo a nivel de diferentes combinaciones de recursos humanos, sino también a nivel de combinaciones recurso humano-recurso tecnológico.

Tal vez una de las comparaciones más utilizadas a nivel internacional es la de los índices de elementos de infraestructura por unidad poblacional (cama / habitante, centro o puesto de salud / habitante).

Las limitaciones también han sido planteadas en múltiples ocasiones: las diferentes calidades, disponibilidades (accesibilidad) para diversos grupos poblacionales (geográficos, socioeconómicos), variables, niveles de productividad, distintos perfiles por tipo de servicio (agudo, crónico) o por nivel tecnológico (primario, secundario, terciario).

La comparación de infraestructura tecnológica es tal vez una de las áreas más subdesarrolladas al interior del análisis comparativo de los sistemas de salud. Aquí debemos hablar tanto de tecnologías duras (equipamiento) como de tecnologías blandas, y al interior de éstas, no sólo todo lo relacionado con los procesos de mantenimiento y recuperación de la salud (fomento a la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación), sino con la gestión de los mismos. En todas ellas es importante tener en cuenta no sólo el perfil de las tecnologías existentes, sino su grado de difusión en las prácticas del sistema (mayor o menor predominancia).

Los sistemas de salud universales son ricos en múltiples formas organizativas con todo tipo de variantes: sistemas estatizados con alto grado de centralización (Cuba), sistemas provinciales con algunos elementos mínimos comunes establecidos a nivel nacional (Canadá), sistemas locales (Suecia), y elementos de competencia introducidos en un esquema estatal (Reino Unido).

El análisis de los esquemas de organización es de una gran riqueza potencial para abrir los horizontes de los tomadores de decisiones en el sector. Sin embargo, parece que éste es un campo hasta ahora fundamentalmente descriptivo y escaso en estudios comparativos.

Tal vez el campo microsistema ha sido el más abundantemente estudiado, posiblemente por su impacto a nivel del control de costos de la atención de la salud, mediante el desestímulo a las hospitalizaciones y cirugías. Son múltiples las variables que se deben tener en cuenta: estatización - privatización, centralización - descentralización, estructuras competitivas - estructuras imperfectas, gestión autoritaria - gestión participativa, presencia - ausencia de cogestión comunitaria, presencia - ausencia de una puerta de entrada definida, etcétera.

El nivel de salud es en última instancia el criterio de éxito de un sistema de salud. A pesar de que existen dificultades de comparabilidad que provienen de la diferente calidad de los datos (subregistros, calidad de los diagnósticos, calidad en registro y transcripción de datos) y de las distintas estructuras demográficas de las poblaciones, aquí tal vez es dónde más experiencia internacional existe en análisis comparativos.