

Estrategias para un Sistema de Salud

Dr. Francisco Montbrún

Individuo de Número Academia Nacional de Medicina

En el presente trabajo se enumeran las estrategias que aconseja establecer la organización de los servicios de salud que se conoce como Sistema de Salud, caracterizado por la coordinación de sus factores y la aplicación de modelos de atención médica para prevenir las alteraciones de la salud, y restituirla eficientemente. Estrategia, según el Diccionario Enciclopédico Espasa “es la disposición o virtud para hacer una cosa”, o sea, que se puede alcanzar un resultado satisfactorio al obrar de acuerdo a ciertas directrices y cumpliendo determinadas condiciones; esta definición, como se deduce, es muy general y no obliga, a quien la utiliza como guía a ceñirse a conceptos matemáticos de estadística, planificación, o proyección. En consecuencia, en el trabajo se señalan las condiciones y medidas aconsejadas para lograr el establecimiento exitoso del Sistema, el cual, por su versatilidad obedece a una combinación de estrategias.

En 1984 se aprobó por consenso de todos los partidos políticos la Ley del Sistema Nacional de Salud. Para esa época y todavía persiste esa característica, había varios servicios públicos prestatarios de la atención a la salud de sus afiliados, siendo los principales el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME) y las Instituciones de Previsión de las Gobernaciones de los Estados y del Distrito Federal. Cada uno de ellos actúa aisladamente, y ello generaba y aún es causa de una anarquía en la atención a la salud por ausencia de la aplicación de normas comunes en la prevención y en el tratamiento de las

enfermedades. Esas Instituciones, sometidas a distanciamiento no podían producir una acción unitaria, y menos aún, someterse a un modelo tipo en sus acciones.

A la falta obvia de coordinación de actividades de los servicios de salud se sumaba la falta de un ente director, de una acción rectora, que por ley le correspondía al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el cual, en el transcurso del tiempo se había transformado en un organismo paralelo a los que aparecían como sus congéneres, cuando en realidad debían estar bajo su control y dirección, fruto de una eficiente integración en consonancia con la política de salud de la nación, originada a nivel del Presidente de la República y su Gabinete Ejecutivo.

A la desorganización global se agregaba la de tipo particular de cada una de las instituciones, incluido el Ministerio.

La ley del Sistema Nacional de Salud integró todos los servicios de atención médica de las instituciones citadas, para formar con ellas un solo cuerpo, diferenciado en un núcleo central, constituido por el Gabinete del Ministro y sus anexos, los seis subsistemas encargados de los seis aspectos fundamentales de la salud; el nivel operativo contó con veinte y tres unidades regionales, responsabilizadas de la ejecución de los servicios de salud de los usuarios. El nivel de comando se responsabilizó de la dirección, coordinación y control de las acciones y su característica descollante fue la norma-tividad; las veinte y tres unidades regionales fueron operativas y de descentralización progresiva, de acuerdo a la formación y calificación de su personal y a la agilidad de sus procedimientos, bases para determinar la oportunidad de su autonomía y por evolución, de la descentralización progresiva de todo el sistema, de acuerdo a los artículos 10 y 29

de la Ley. Tal organización, cimentada por una buena infraestructura física, un personal capacitado, una gerencia eficaz, respaldada por los mecanismos de información y un financiamiento justo y suficiente, tenía que resultar en la pieza principal del proceso de civilización del país.

La causa fundamental de su fracaso fue la resistencia de las dististas instituciones prestadoras de servicios para la salud a integrarse y colaborar en el proceso evolutivo que debía consolidar el sistema.

Cuando terminó el ejercicio presidencial del Dr. Jaime Lusinchi y un nuevo Gobierno entró en funciones, no hubo la continuidad administrativa que pide el país para no segmentar su progreso, y poder crecer de acuerdo a sus exigencias. El sistema fue desmantelado, sus experiencias olvidadas, las comunidades desunidas y regresó al punto cero. Posteriormente fue aprobada la Ley de Descentralización y Transferencia de Competencias, abriéndose una nueva vía para alcanzar la integración y el reinicio de las actividades de un sistema de salud. Es, alrededor de este nuevo ambiente, que se puede agregar la exposición de estas sugerencias, que bajo el nombre de estrategias proponen soluciones.

Tengo que agradecer al Dr. Rubén Jaen Centeno, a la Dra. Anirt de Bujanda, a los Dres. Gómez de la Vega, Miguel Mónaco Zerpa y a la Licenciada Gloria Martínez, al Dr. Antonio Cárdenas, a la Licenciada Ana Rodríguez de Castro, a la Licenciada Yolanda VanVeen Mendoza, a la Dra. Gracinda de Viera, al Dr. Luis Bello Valera, al comisionado y a todo el personal de la subcomisión de salud de Anzoátegui, a los médicos del curso de posgrado de medicina familiar de la Universidad de Oriente, al comisionado y al personal de la subcomisión de salud de Zulia, al Dr. Pedro Iturbe, a las comunidades del Distrito Sanitario N° 1 del Estado Anzoátegui y en especial a mi esposa la Dra. Viki Straetger de Montbrún, el firme apoyo de mi gestión; a todos, repito, debo agradecer la desinteresada colaboración que prestaron para tratar de hacer realidad el signo de progreso que significaba el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Los médicos y enfermeras de este último trabajaron con denodado ahinco, lo mismo que sucedió en los otros dos campos de nuestra acción experimental: el Distrito Mara del Estado Zulia y la población del Chiguará del Distrito Lagunillas del Estado Mérida. Fue inestimable la colaboración del Presidente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Dr. Pedro César Izquier, factor importante de la integración que se iniciaba

entre el MSAS y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Y finalmente debemos manifestarle nuestro reconocimiento al empeño del Presidente de la República, el Dr. Jaime Lusinchi, en llevar adelante, en las condiciones más precarias, la empresa en que todos estábamos comprometidos.

Así mismo, he de reconocer la gestión de los Ministros de Sanidad que me antecedieron, los Dres. Luis Manuel Manzanilla y Otto Hernández Pieretti, quienes iniciaron la fundación del Sistema Nacional de Salud y pusieron todo su empeño en llevar hacia adelante las proposiciones hechas por la Comisión rectora del Sector Salud. Igualmente fue ejemplar el esfuerzo colectivo de esta última Comisión, para hacer efectiva la representación que les otorga las treinta y cuatro instituciones del país que representaban, realizando 87 reuniones para llevar a feliz término el proyecto de la ley del Sistema Nacional de Salud, perfeccionada y complementada en el Parlamento con la exitosa intervención de la Comisión de Asuntos Sociales de la Cámara de Diputados, presidida por el dinámico trabajador que es el Sr. Ismarío González Urdaneta.

Esquema de la atención a la salud

La atención a la salud depende de un modelo que comprende su integración en cuatro líneas:

A) De la atención médica, o atención del individuo y su familia; B) El cumplimiento de la salubridad o medios de prevención y planificación programática de la salud de la comunidad; C) Del saneamiento del medio ambiente, donde vive el individuo, su familia y su comunidad; D) De la influencia intersectorial que se deriva de la educación, los factores sociales y económicos.

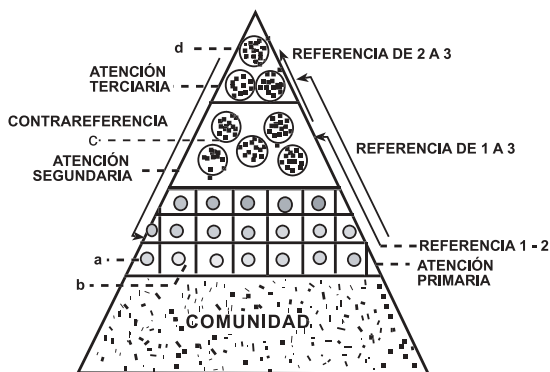
La concurrencia de los cuatro factores fundamentales de la salud determina su característica esencial, cual es su integración, proyectada como una influencia sobre el primer nivel de los establecimientos de atención, de acuerdo a la estrategia que originalmente y en forma elemental fue denominada atención primaria. Es el conjunto denominado atención a la salud.

Este modelo de prestación de servicios para la salud resulta de un proceso de integración apoyado en una base de jerarquización institucional lograda en forma evolutiva partiendo de lo funcional, para terminar en lo estructural. Paralelamente debe desarrollarse otro proceso de descentralización administrativa, el cual permite una mejor disposición de los recursos y una mayor facilidad de adaptación a las regiones, distinguidas por sus propias

características epidemiológicas.

El sector salud, comprende todos los servicios para la salud, con el MSAS como el ductor del complejo resultante de tal integración. Por ende, él es el responsable de la salud del país. Jerárquicamente relaciona al poder central, representado por el Presidente de la República y el Gabinete Ejecutivo con todos los organismos, de distinta índole, que proyectan su acción sobre los conjuntos o subsectores: 1) La asistencia pública, la cual actúa sobre todo el país a través de los ambulatorios y los hospitales públicos; 2) Los servicios médicos del seguro social, los cuales se desenvuelven a nivel nacional a través de sus ambulatorios y sus hospitales; 3) Los ambulatorios del IPASME, los cuales sólo actúan en su área y deben recurrir a la asistencia privada o al seguro social para cumplir las exigencias de la atención hospitalaria; 4) Los servicios médicos de las empresas del Estado, los cuales desarrollan sus actividades según el modelo del IPASME; 5) La asistencia privada, desempeñada por las clínicas y hospitales privados, la cual cuenta con el factor coadyuvante de los seguros privados (**Disposición actual**).

Como hemos expresado, todo el conjunto asistencial, público o privado, que atiende a la comunidad, debe ser integrado en el sector salud, el

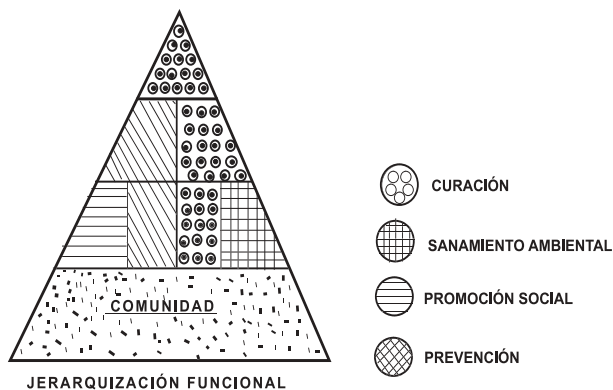


PIRAMIDE DE LA SALUD

AMBULATORIO I y II, b: UNA COMUNIDAD DE 20 000 HAB., c: AMBULATORIO II

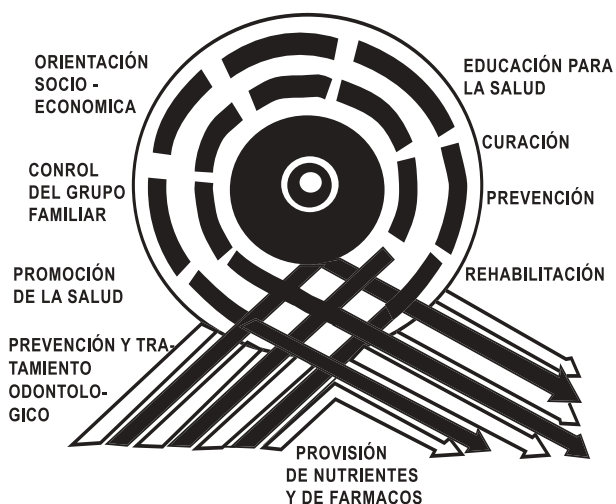
Estructuralmente el modelo de atención se basa en la disposición en tres niveles, ambulatorio primario, ambulatorio secundario y hospitalario, enlazados por referencias y contrareferencias.

El primer nivel se apoya sobre la comunidad y resuelve hasta el 80 por ciento de los casos. Los niveles 2º y 3º son utilizados en relación a la complejidad de la enfermedad del usuario.



El sistema, que adopta la disposición estructural de la pirámide, actúa funcionalmente en su primer nivel ofertando la curación, la prevención, la promoción social, y el saneamiento ambiental, además del complemento de educación, con la inclusión del factor económico social. El segundo nivel es preventivo y curativo, reservando al nivel hospitalario la acción curativa como su actividad principal.

LA ATENCIÓN MEDICA PRIMARIA ES LA ESENCIA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD



cual expresa su acción a través de una organización en sistema, o Sistema Nacional de Salud.

Su base es la política de salud, puesta en práctica a través de un plan nacional de salud, con cuatro tipos de acciones:

- A) La atención médica y su prestación por los sistemas locales de salud.
- B) El cumplimiento de la salubridad, o acción sanitaria sobre la comunidad, llevada a cabo a través

de sus programas.

- C) Las acciones correspondientes al saneamiento básico y a la protección del ambiente.
- D) Los procesos de educación, comportamiento social, solución de los factores económicos, y las acciones de bienestar social, más exigentes a nivel de la niñez, de la ancianidad o de los minusválidos.

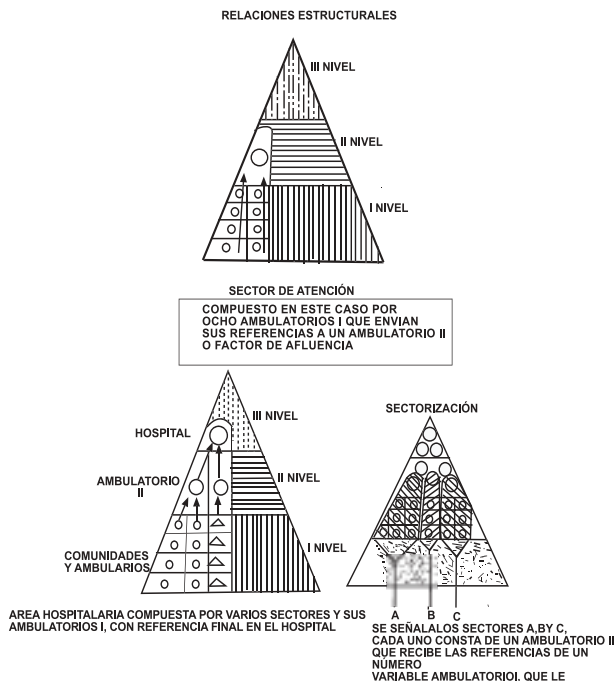
En el sector salud, y particularmente a nivel del Ministerio de Sanidad, debe funcionar un organismo, el Consejo Rector de Salud, que incluya las representaciones de las instituciones fundamentales en la prestación de servicios para la salud, a fin de lograr las pautas necesarias para su integración funcional y estructural, lo mismo que las normas y procedimientos.

Implantar un sistema de salud es crear una organización descentralizada, que comprenda a todas las instituciones y servicios específicos, debidamente relacionados para establecer una coordinación y una integración capaz de ofrecer a la comunidad una asistencia uniforme, equitativa, con atención de los problemas prioritarios y de los factores responsables de cualquier alteración de los elementos representativos del bienestar biopsicosocial que es la salud.

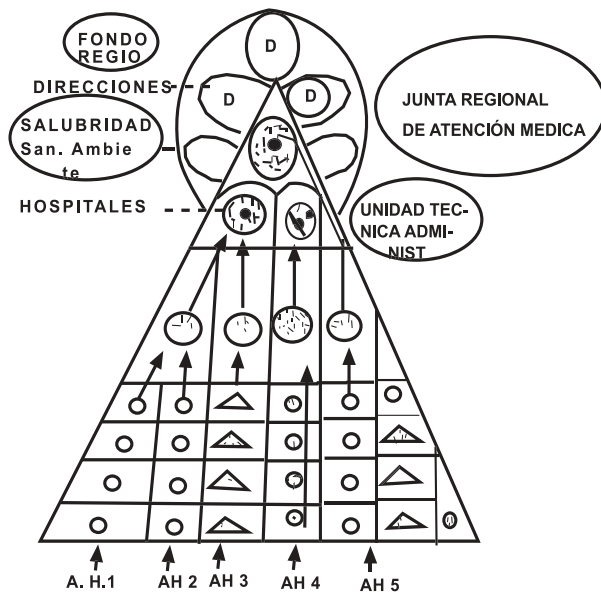
Entonces es necesario:

- A) La implantación de un modelo de servicio de salud fundamental, común y aplicable a todas las regiones sanitarias, basalmente sustentado por la adopción de las acciones de una atención médica primaria.
- B) En consecuencia hay que adaptar la infraestructura física a ese modelo de atención a la salud. Esto implica la revisión y el fortalecimiento de toda la infraestructura física existente.
- C) Es indispensable hacer confluir a todos los factores de una atención integral de la salud, representada por las acciones de promoción, prevención, restitución y rehabilitación de la salud, complementadas por la atención odontológica, la educación para la salud, y la facilidad de suplir los fármacos y los nutrientes indispensables para restituir el desequilibrio orgánico.

Paralelamente debe funcionar un sistema de información, evaluación y catastro, capaz de suplir la base indispensable para el funcionamiento parcial y total de la organización, con miras a su permanente



UN SISTEMA LOCAL DE SALUD DE LA CONFLUENCIA DE VARIAS AREAS HOSPITALARIA



perfeccionamiento, logrado principalmente por la interrelación. Paralelamente hay una definición de las competencias de cada uno de los órganos que integran la administración, con la determinación de sus campos de acción coordinados de acuerdo a la realización de los programas. Se llega así a la realización de un proceso de descentralización integrado al funcionamiento institucional y acoplado a sus exigencias, que en unos casos requiere de la autonomía jurídica y en otras circunstancias se limita a la desconcentración, su dependiente jerárquico.

La planificación se fundamenta en el diagnóstico de salud global, y de cada una de las regiones del país. El resultado es la adaptación administrativa y la organización de los programas y de las modalidades de asistencia.

La administración tiene que salirse de sus cauces regulares para abordar la solución de las prioridades, y de los aspectos regionales que revisten los distintos campos generales de nuevas demandas.

De allí que se proponga una división del trabajo dentro del gran Sistema de Salud para abordar los problemas segmentariamente, con criterio local y con la adecuada cercanía. Tal solución es la organización de los sistemas locales de salud, los cuales responden a una descentralización, paralela al proceso federal de la organización estatal. Se actúa también bajo la excusa de lograr una mayor acentuación de la democratización en el desarrollo del Estado.

El proceso de descentralización, base del establecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS), es transferencia de competencias del poder público y por tanto su exigencia principal es la demostración de que esa capacidad de actuar por sí solos en la solución de sus problemas, existe como resultado de su organización, fundamento de la resolución de la autoridad del MSAS y del Senado de la República, para su idónea instalación. Que las partidas que se destinen al funcionamiento de los establecimientos de salud no sean confundidas con las otras actividades de las gobernaciones, y que el presupuesto estatal también sea vigilado a nivel local, en el Estado, y aun en cada establecimiento, por las juntas que prevee la reglamentación, sean regionales, socio-hospitalarias o socio-sanitarias; además del control que ejerce en cada Estado su asamblea legislativa, el cual debe ser fortalecido.

Paralelamente debe haber un reajuste de la infraestructura física del sistema, sobre todo en el nivel de los ambulatorios, los cuales deben estar

acondicionados para la prestación de una medicina integral, según el modelo seleccionado de la atención médica primaria, reformada por una atención especializada para el tratamiento de los casos más complejos, requirentes de tácticas de exploración de mayor profundidad. Debido a la situación económica la remodelación de los establecimientos será la estrategia a seguir, a fin de lograr como aspiración mínima, el cumplimiento de las normas de la integración funcional.

Estimular y desarrollar la formación de los recursos humanos indispensables para el cumplimiento de las acciones de los institutos asistenciales.

La primera obligación es la de formar por acción propia y en los establecimientos de salud, los técnicos, enfermeras, paramédicos y otro personal de necesidad indispensable para el funcionamiento elemental de los servicios para la salud. La celebración de convenios con las instituciones educativas y formadoras de este tipo de recurso resulta en la producción conjunta del elemento humano, con entrenamiento en los establecimientos asistenciales.

Convenir con las Facultades de Medicina, de Farmacia, de Odontología, de Bionálisis, etc., los requisitos para la formación del recurso humano adecuado a las exigencias del servicio que van a prestar dentro de los establecimientos de salud. Es importante establecer por ejemplo, el tipo de médico familiar y el personal técnico y auxiliar necesario para el funcionamiento del primer nivel de la atención a la salud, de acuerdo a las exigencias de la atención primaria.

Es importante establecer el adiestramiento y las condiciones de promoción de todo el personal. La existencia de un adecuado escalafón es la base de la calificación y el más justo procedimiento para los ascensos.

Las políticas de salud determinan los recursos humanos y sus características de formación. Es generalmente al sector educativo que corresponde, en mayor grado, la planificación de los diseños, currícula, y las exigencias, que deben cumplir los cursantes, a quienes se va a dotar de la competencia necesaria para el cumplimiento de sus funciones específicas.

La participación de la comunidad en la solución de los problemas que crean inestabilidad social, sólo manejables por la cooperación de los vecinos, (hogares de cuidado diario, colaboración en el

cuidado de ancianos o incapaces, etc.).

Impulsar la participación comunitaria como elemento de apoyo en el normal funcionamiento de la atención primaria, acción incrementada por la constante educación para la salud, estimulada convenientemente para ser proyectada hacia el medio familiar. La consecuencia inmediata es la acción comunitaria en la vigilancia y administración de los establecimientos de salud.

Contribuir, desde los servicios de salud, al desarrollo económico y social de la población. Su estrategia fundamental es el desarrollo y el cumplimiento de una planificación relacionada a las condiciones de vivienda, alimentación y otros factores socioeconómicos de la población. Atención prioritaria deben tener los grupos sociales desprotegidos, el niño y el anciano, y los incapacitados, minusválidos, quienes requieren de la organización de acciones que favorezcan su bienestar en el medio económico y social.

Mejorar el medio ambiente que rodea al ser humano. Es importante la vigilancia, la promoción de las acciones de saneamiento básico indispensable, tales como los sistemas de aprovisionamiento de agua potable, la disposición de los desechos, el control de las plagas y la contaminación por los agentes físicos, químicos o biológicos.

Simultáneamente debe desenvolverse un régimen de salubridad con el cumplimiento de los programas preventivo-curativos de los grupos representativos de la morbilidad del país. Especial énfasis debe dedicársele a los procesos de vacunación a nivel de la infancia, protegida igualmente por programas de alimentación, salvaguarda de su nutrición. Deben así mismo cumplirse esquemas de protección del bienestar mental, educación para la salud, prevención de accidentes, y desencadenar una lucha general contra la violencia, con la meta de la disminución de la delincuencia en todas sus manifestaciones. Estas acciones a primera vista lucen complicadas, pero son realizadas principalmente por la acción directa del equilibrio de salud, que no debe perder contacto con sus usuarios. El cuidado del ambiente debe merecer especial atención, dirigida tanto contra las plagas como a la disposición de las excretas y el estado del acueducto y las cloacas.

La base del financiamiento está en los usuarios, los cuales son sometidos a un Seguro Nacional de Salud, el cual proporcionaría, en este momento, un 6% de las nóminas de los obreros asegurados; esta contribución debe ser revisada de acuerdo a cálculos

actuariales y estimaciones financieras de distinta índole; es lógico que ella sea elevada, al compararla con las de otros países, (7,9 en EE.UU., 13,5 en Alemania, un impuesto de 10 por cierto individual sobre el salario en Canadá, etc.).

El Estado financia directamente al Sistema por la partida presupuestaria para la salud, determinada por un porcentaje que fija el Congreso, sobre el presupuesto general de gastos, y la cual es influida por el estado de salud de la población, y todas las exigencias del Sistema.

La cúspide del financiamiento está en el Fondo Nacional de Salud.

Complejas evaluaciones determinan el gasto en salud del país, el cual se estima generalmente en relación a lo que requiere cada usuario para satisfacer sus requisitos de salud. Este es el gasto per cápita en salud, el cual se expresa internacionalmente en dólares de los Estados Unidos de América.

Si con los aportes económicos se facilita el gasto en salud, la garantía de alcanzar las metas que benefician a la comunidad no está asegurada, mientras no se organice una buena gerencia, hábilmente manejada por manos y mentes expertas, respaldadas por una eficiente vigilancia, por la seguridad de un buen sistema de información y por todos los medios de evitar el robo y la malversación; es importante conceder a los servicios la capacidad de agenciar su autofinanciamiento. En su autonomía y en su autogestión radican posiblemente maniobras exitosas para complementar los requerimientos económicos de las instituciones dedicadas a la salud.

Se expone un financiamiento, apoyado en las siguientes bases:

1°. Estimulación del sector privado por la contratación voluntaria con la comunidad de recursos menores, los trabajadores de las empresas de la pequeña industria, las organizaciones de previsión social (IPASME), PEDEVESA, y similares, etc., el convenimiento de contratos que cumplan los requisitos previamente señalados para el logro de una salud fundamentalmente satisfactoria, y sometida a exigencias de las autoridades de la salud, expresadas en una normativa. Así podrá existir una medicina prepagada, la cual puede apoyarse incluso, en el sector público, en sus secciones semiprivadas; esta política de relativa privatización de la salud, tiene que ser bien vigilada y permanentemente controlada, para no ser objeto de especulaciones y peor aún, de incumplimiento y engaño. Este sector

de población, que podría llegar a contar dos millones de habitantes, con un millón más del sector más acomodado, podría liberar a los servicios públicos de las correspondientes exigencias, dejándolos en condiciones de prestar atención a los trabajadores y al pueblo en general, en el sector propiamente público. Se constituyen así los seguros privados de hospitalización cirugía y maternidad a los cuales hay que agregar, la atención ambulatoria. En EE.UU. hay otra variedad, exclusivamente ambulatoria, el HMA "Health Maintenance Assistance". En el MSAS estaría asignada a la Dirección de Atención Médica el registro y control de la medicina ambulatoria privada, con su representación en las regiones.

2°. La masa de los trabajadores y sus familiares, aproximadamente trece millones, constituirían el subsector A del sector público. Para este último se propone la creación y funcionamiento de un Seguro Nacional de Salud, obligatorio, símil del actual Seguro Social, el cual no prestaría directamente servicios a sus miembros, como hoy día lo hace este último, sino que estaría restringido a su papel de captador de fondos, los cuales serían entregados al fondo nacional de salud y a los correspondientes sistemas locales de salud. Habría la inscripción personal de cada trabajador y su familia, con el aporte del patrono, de igual modo que el Seguro Social. El IPASME y los institutos de previsión engrosarían el conjunto, que estaría en capacidad de recibir a los trabajadores sin patrono, independientemente, los cuales deben tener carné y cotizar en condiciones especiales de acuerdo a la reglamentación que se implante. En esas condiciones todo trabajador y persona solvente tendrá que estar asegurada, tal como sucede con el Seguro de Responsabilidad Civil del tránsito; serían calculadas de acuerdo a las condiciones económicas actuales, y asignadas a cada tipo de asegurado. Se harían constar los pagos suplementarios que tendría que depositar el asegurado en condiciones especiales, ya que el seguro no respaldará sino los gastos correspondientes del paquete preventivo y curativo que concede la póliza correspondiente. Consecuencia de las modificaciones citadas previamente, el Seguro Nacional se establecería como una entidad única aseguradora de la salud. Distinta sería la otra institución, la dedicada a conceder los beneficios de la seguridad social, con funcionamiento aparte y financiamiento acordado de acuerdo a una reglamentación especial, convenida entre patronos

y empleados u obreros, desvinculada de la salud.

3°. El grupo de los insolventes componen el Sector B de Seguro Nacional de Salud; depende directamente del Estado, con financiamiento obtenido a través del fisco nacional, que deriva los fondos correspondientes por tácticas impositivas: a) generales, aplicadas a toda la comunidad de adultos; y b) especiales, impuestos asignados a todas las actividades que representen causas productoras de accidentes o enfermedades: consumo de alcohol, de cigarrillo, juegos de envite y azar (loterías, rifas, carreras de caballos), automovilismo deportivo, aviación, espectáculos públicos, medios de publicidad que promueven la violencia o el sexo, y en general a todas aquellas actividades que son causas morbígenas, y deben de responder por sus consecuencias, aun en forma directa, por el tratamiento de los lesionados en accidentes individuales o colectivos.

Se agregarán los auxilios derivados de las instituciones benéficas y la fundaciones con destino a la asistencia de los indigentes. Es de hacer notar que durante toda la primera mitad de este siglo la asistencia derivó casi todos sus gastos de la Beneficencia Pública, administradora de las Loterías, entonces organizada como una entidad nacional, con ganancias exclusivamente destinadas a los hospitales y casas de beneficencia y similares.

ESTRATEGIAS

Los conceptos expuestos determinan directivas en la organización del sistema de salud, en cuya organización privan las siguientes estrategias.

- 1.- Constituir el sector salud y sus subsectores público y privado con la fijación de las funciones consiguientes.
- 2.- Una ágil y oportuna aplicación de las leyes y reglamentos, y la exclusión de medidas improvisadas, las cuales son causas de desorganización.
- 3.- Integrar los servicios de salud de las distintas instituciones para conformar un cuerpo de organización, el Sistema Nacional de Salud, dividido en sistemas locales de salud, progresivamente descentralizados.
- 4.- Seleccionar un modelo de atención único, de aplicación universal a todo el país.
- 5.- Proceder a la reorganización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y erigirlo en la unidad

- rectora de la salud de la nación.
- 6.- Intensificar la formación de los recursos humanos, base de la especialización de los funcionarios a quienes se va a encomendar la responsabilidad de la descentralización de los servicios y su funcionamiento autónomo. Enriquecer cuantitativa y cualitativamente al personal subalterno, enfermeras y técnicos.
 - 7.- Reajuste de los recursos físicos, con remodelación de la infraestructura actual y la construcción de los nuevos ambulatorios que sean necesarios para mantener a los pacientes fuera de los hospitales; suficientes en número y de mayores exigencias presupuestarias.
 - 8.- Ejecutar en forma progresiva una descentralización administrativa, controlada y asistida con la meta de perfeccionar y complementar las condiciones locales, especialmente en el normal desenvolvimiento de los programas de prevención y las tácticas de saneamiento del ambiente y de la lucha contra la malaria, la fiebre amarilla, la enfermedad de Chagas, el síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA), etc., con exigencias propias de servicios especializados.
 - 9.- Hacer énfasis en la instalación y funcionamiento de los sistemas locales de salud, como establecimiento base de la salud regional. Estimular y conceder progresivamente la autonomía a los servicios asistenciales, haciéndolos dependientes de su autogestión.
 - 10.- Considerar al soporte comunitario como una base esencial en la organización de la salud, complementada con la participación social y el apoyo intersectorial. Conceder a las comunidades su intervención en la dirección, control, fiscalización y vigilancia en los establecimientos de salud, con juntas directivas socio-sanitarias para los ambulatorios, socio-hospitalarias para los hospitales y regionales de salud, con la dirección del Gobernador regional, para las entidades federales.
 - 11.- Fundamentar la administración en la gerencia que garantice la solvencia de las gestiones del recurso económico.
 - 12.- Establecer el Seguro Nacional de Salud para toda la masa trabajadora, con o sin patrono, de los trabajadores independientes y de toda persona solvente, habitante del territorio nacional. Estructurar un régimen de asistencia de los insolventes, de los ancianos y de los incapacitados, financiado por el Fisco Nacional y sus ramificaciones regionales, con base impositiva, preferencial para las actividades comerciales, industriales o individuales generadoras de causas morbígenas o accidentes (industrias del cigarrillo, bebidas alcohólicas, medios de publicidad que incitan a la violencia y al sexo, casinos y establecimientos similares, actividades deportivas que lesionan o exponen la vida humana: corridas de toros, boxeo, competencias aéreas, actividades que expongan al contagio venéreo y especialmente al SIDA, etc. Las loterías constituyen capítulo aparte, pues ellas fueron extraídas de su primitiva actividad benéfica, la cual deben reconquistar para dedicar todos sus ingresos al mantenimiento de los establecimientos asistenciales como sucedió con la Lotería de la Beneficencia Pública, la cual era de tipo nacional y financiaba todas las actividades asistenciales de la región central del país.
 13. Estimular el desarrollo y el funcionamiento de los seguros privados, inscritos en el Sistema de Salud y con asistencia al usuario según condiciones garantes de una atención integral a su salud. Sus primas, suficientemente flexibles darían protección desde la clase media hasta las de mejores recursos económicos. En cada caso deben ofrecerse seguros a la clase media con apoyo en los servicios semiprivados de los hospitales, a fin de mejorar la asistencia, sin elevar desproporcionadamente el monto de las pólizas.
 - 14.- Fundar y hacer funcionar dentro de las más exigentes condiciones de seguridad a un régimen de policía sanitario-asistencial, garante del orden en los establecimientos del sistema, a fin de evitar, por la estricta vigilancia de la asistencia y sus protagonistas, usuarios y personal de salud, del manejo de los insumos y del material, de las acciones de los visitantes y miembros del servicio de limpieza, de las drogas, y en suma, de las pertenencias del servicio, a fin de evitar los robos y la desviación de los recursos, causantes de la anulación de la buena prestación de servicios para la salud.