EPOCA II - AÑO I

Seguridad Social

No. 4
JULIO-AGOSTO-SEPT. 1958

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Sumario

CRÓNICA

Participantes a la VIII Reunión de C.P.I.S.S. 7
Orden del Día 15
Sesiones 17
Las Actividades Sociales 19
Visita a la Unidad de Servicios Sociales y Habitación de Santa Fe 19
Inauguración de la Unidad de Servicio Social y Habitación de Legaria y de Tlalnepantla 21

INFORMES

Selección, Capacitación y Condiciones del Personal de las Instituciones de Seguridad Social 29
La Seguridad Social para el Trabajador Rural 34
Organización y Financiamiento de los Servicios Médicos Asistenciales de la Seguridad Social 40

INAUGURACIÓN

Discurso del Sr. Presidente del C.I.S.S. Lic. Antonio Ortiz Mena 47
Discurso del Representante de los Señores Delegados: Dr. Diego May Zubiría de Argentina 50
Discurso del Representante del Consejo de Administración de la O.I.T. Dr. Emilio Calderón Puig 52
Discurso del Representante del Director General de la O.I.T. Dr. Antonio Zelenka 53
Discurso del Representante del Secretario General de la O.E.A. Sr. Beryl Frank 55
Discurso del Secretario General de la A.I.S.S. Dr. Leo Wildman 57

CLAUSURA

Discurso del Sr. Alfonso Sánchez Madariaga, Representante de los Trabajadores en el Consejo de Administración de la O.I.T. 67
Discurso del Dr. Diego May Zubiría, Representante de Argentina 69
Discurso del Dr. Alberto Simón, Representante del Paraguay 71
Discurso de Clausura de la VIII Reunión del C.P.I.S.S. a cargo de la Delegación de Haití: Drs. Maurice C. Maignan y Serge N. Fourcand 72
Alocución del Lic. Delfín Sánchez Juárez, Representante de México, contestando al Discurso de Clausura de la Reunión 74

RESOLUCIONES

Resolución C.P.I.S.S. Nº 1 (1958) Programa de Trabajo 83
Resolución C.P.I.S.S. Nº 2 (1958) Colaboración de Organismos Internacionales 84
Resolución C.P.I.S.S. Nº 3 (1958) Biblioteca Especializada y Estudios Técnicos 85
Resolución C.P.I.S.S. Nº 4 (1958) Asistencia Técnica .. 85

Organización y Financiamiento de los Servicios Médicos Asistenciales de la Seguridad Social

El presente informe fue redactado teniendo en cuenta su inicial titulación "Organización y Funcionamiento de los servicios médicos asistenciales de la seguridad social", enunciado que por la resolución C.P.I.S.S. Nº 1 (1958) ha sido cambiado por el de "Costos y financiamientos de los servicios de asistencia médica en la seguridad social, con especial atención a las posibles causas de desequilibrio financiero".

La inclusión de la salud entre los varios derechos humanos y la consideración de que velar por ella es tanto deber del Estado como obligación del individuo, ha dado gran énfasis a la atención de la enfermedad, siendo el Seguro Social uno de los medios más generalizados para materializarla.

Por ello, si en un principio los regímenes de Seguro Social comenzaron por la cobertura de las contingencias de pensiones y jubilaciones, hoy es la rama de enfermedad-maternidad la que más dedicación supone, hasta el punto que no hay país en América Latina que no cuente con tal protección y que sistemas modernos como los de Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Venezuela, inician el campo de aplicación del Seguro Social precisamente con los riesgos que se refieren a la salud, además del accidente del trabajo y la enfermedad profesional.

Es indudable que el atraso con que aparece el Seguro de Enfermedad en Latino-América se debe en gran parte a las dificultades que presenta su organización, en funciones técnico-administrativas sumamente difíciles de impartir y en altos índices de financiamiento, que motivan las materializaciones y medios de tal servicio.

La organización de los servicios asistenciales del Seguro Social requieren una serie de posibilidades, tanto individuales como materiales. tales como facultativos en toda su variedad y especialidad médica, y colaboradores y auxiliares, personal difícil de formar en cantidad y ca-

lidad necesarias, así como costosos y complicados servicios: sanatorios, clínicas, utillaje sanitario, medicinas, etc., que requieren grandes desembolsos iniciales de dinero y costos de mantenimiento y renovación.

La carencia o limitación de todas estas posibilidades sanitarias que el Seguro de enfermedad requiere, en los países Latino-Americanos, que cuentan con escaso número de médicos y centros de salud, y el deseo de buscar ahorro y el conveniente control de funciones, así como el propósito de actuar en la proyección de la medicina socializada, son algunas de las causas de que sean por lo general, las propias instituciones del Seguro las que mediaticen sus necesidades médico asistenciales con la solución del médico funcionario y la creación de sus centros de asistencia, no aceptando la otra forma, aquella que supone la subrogación de personas y servicios.

Al actuar así, las instituciones del Seguro Social de este Hemisferio, dentro del concepto de la medicina socializada, en control y dirección de la salud del país, han intervenido, de cierta manera, en el ejercicio de la profesión médica nacional, creando una serie de fricciones con el cuerpo médico que presentan situaciones a dilucidar.

Por ello, en algunas circunstancias muy específicas y por no crear problemas de trabajo y aprovechar las posibilidades de un servicio sanitario ya establecido, modernamente en la extensión geográfica del Seguro Social, en algunos países, como México, con respecto a las nuevas zonas abarcadas, se ha abandonado en parte el clásico concepto de funcionarios y servicios médicos propios y se ha aceptado ciertas formas de subrogación de servidores y servicios sanitarios.

Otro problema relativo a la materialización de los servicios médicos asistenciales del Seguro Social, que enlaza con la cuestión de su financiamiento, es el de los recursos iniciales necesarios para la construcción de las unidades sanitarias y la dedicación de un rubro económico permanente para su mantenimiento.

Las ventajas de un régimen integral de Seguro Social que cubra todas las contingencias posibles, permite que las contribuciones relativas a los riesgos cuya presentación supone un largo plazo de espera y son capitalizadas hasta tanto tengan que ser desembolsadas, se apliquen muy perfectamente a la mediatización de sanatorios, clínicas, casas de reposo, etc., que la atención de la salud requiere. Esta acción solidaria de las diversas ramas del Seguro Social en cuanto a su financiamiento ha permitido a los regímenes de América Latina atender los altos costos que el infortunio de enfermedad supone, transfiriendo fondos sobrantes de otras coberturas a los efectos de alcanzar el señalado ritmo.

Las varias legislaciones del Seguro Social de este Continente que inician sus sistemas con la cobertura de riesgo de corta duración como es el de enfermedad, en donde opera el régimen financiero de reparto, han de encontrar con la carencia de capitales de espera, e inversión, dificultades para la construcción de sus unidades clínicas. Algunos países, como Venezuela, han resuelto este problema destinando a su solución la parte económica correspondiente a la contribución del Estado en la clásica distribución tripartita.

El financiamiento como la organización, presenta dificultades y especialidades en el Seguro Social de los países analizados.

Los altos costos del seguro de enfermedad, sobre todo en sus prestaciones en especie, —de por sí los más cuantiosos del sistema—, se han visto aumentados a partir de la post-guerra.

El concepto nuevo de salud como derecho humano; la consideración de que el mantenimiento de ella sea a base familiar más que individual; las medidas de prevención de la enfermedad, en acción que tiende más a evitar que a curar el mal; el prolongamiento de la duración del período atención de la enfermedad, que ha llegado, como en México, al concepto de larga duración, como mal que debe ser atendido en tanto que pueda ser recuperable y en paso al estado de invalidez; las mayores remuneraciones de toda la variedad del personal médico, debidas al aumento natural de salarios; los precios cada vez más altos en un renglón tan costoso como el de la prestación farmacéutica, y los cada vez más caros y necesarios equipos sanitarios de diagnóstico y curación; han sobrepasado los cálculos de los costos previstos para el financiamiento del Seguro de enfermedad.

Las medidas de control que en este sentido han sido tomadas, así como ciertas reglas adoptadas para combatir la inflación y el aumento de salarios, la determinación del sistema de reembolso en la prescripción farmacéutica y la atención hospitalaria, que carga en un por ciento de estos gastos al asegurado; acciones todas estas llevadas a cabo en Europa y que han detenido algo los costos y nivelado el financiamiento del Seguro de Enfermedad, son casi desconocidos en el Seguro Social Latinoamericano, que sólo ha conseguido reformas a las escalas de contribución, aumentado el tope de los salarios.

Todas estas dificultades de organización y financiamiento, aunadas a la idea de la responsabilidad estatal en el cuidado de la salud nacional, que supone no sólo beneficios de bienestar familiar, sino de riqueza colectiva, han venido a exigir una mayor proporción a la participación que el Estado debe en el financiamiento del Seguro Social de

enfermedad, desbordando la cuantía de la parte clásica que le corresponda en el método de la contribución tripartita, y, en colaboración con la salubridad pública con sus medios sanitarios y asistenciales, ha debido ampliar su esfera de acción en la materia en pos del concepto más comprensivo de la Seguridad Social.

La Organización Internacional del Trabajo y sobre todo la Asociación Internacional de la Seguridad Social, en sus últimas reuniones muy especialmente, han venido estudiando y procurando resolver todo este cúmulo de situaciones nuevas y específicas que el Seguro de enfermedad supone, con criterios y métodos que faciliten la acción y la política nacional.

Dada la naturaleza propia de estas instituciones internacionales, que actúan en plan de normas universales, y el que en las informaciones previas estén muy limitadas las particularidades de los sistemas Latino-Americanos, la Organización Regional Americana, que es este Comité, debe entender en estos problemas, a fin de que las bases generales se acomoden a una particularidad geográfica. Este es motivo importante de la inclusión de los problemas del seguro de enfermedad en orden del día de la próxima Conferencia.

La información previa necesaria mínima, en su fase enunciativa, no limitativa, pudiera suponer premisas así estructuradas:

ORGANIZACION

1.—Riesgos cubiertos en la práctica por el sistema del Seguro Social.

2.—Número de médicos por especialidades.

3.—Número y diversificación de unidades sanitarias.

4.—Forma de prestación de servicios.
   a) Servicios directos.
   b) Servicios subrogados.
   c) Elección libre de facultativo.
   d) Médico familiar.

5.—Coordinación del Seguro Social con otros servicios de salubridad.

6.—Tipo de beneficiarios:
   a) Asegurado.
   b) Familiares.
   c) ¿Existe cuota familiar?

FINANCIAMIENTO

1.—Recursos dedicados a la construcción de unidades asistenciales médicas:

a) Con fondos del Seguro Social.
b) Con fondos del Estado.
c) Materialización del Seguro de enfermedad en su fase inicial.

2.—¿Existe separación en el financiamiento del seguro de enfermedad con el de otras ramas del seguro social?

3.—¿Se aplica el sistema de reembolso en la prestación farmacéutica y en la atención hospitalaria?

4.—Contribución tripatrita o bipartita. ¿Participa el Estado en las cargas del Seguro Social con algo más que su cuota?

5.—Gastos efectivos en relación con las previsiones financieras.

6.—Costos de Admnistración del Seguro de Enfermedad.