

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XVII

NUM. 51

EPOCA III

VIII CONFERENCIA INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL

XV REUNION DEL COMITE PERMANENTE  
INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

REUNIONES DE LAS COMISIONES REGIONALES  
AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL

MEMORIA DE LABORES

TOMO I

Actas y Resoluciones

MAYO-JUNIO

1968

MEXICO, D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS  
GENERALES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.  
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO  
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

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.

## INDICE

### VII CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL.

#### XV REUNION DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL.

CONVOCATORIA .....	9
RELACION DE DELEGADOS .....	13
ORDEN DEL DIA .....	19
INAUGURACION .....	21
Discurso del señor Laurencio Jaén Ocaña, Director General de la Caja de Seguro Social .....	23
Discurso del señor René Livchen, Representante del Director General de la Oficina Internacional del Trabajo .....	33
Discurso del señor Leo Wildmann, Secretario General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.	37
Discurso del señor Beryl Frank, Representante de la Organización de los Estados Americanos .....	41
Discurso del señor Carlos Martí Bufill, Secretario General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social .....	43
Discurso del señor Bernardino Villagra, Representante de la Organización Panamericana de la Salud .....	45
Discurso del señor Ignacio Morones Prieto, Presidente del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.	49
Discurso del Excmo. señor Presidente de la República, Sr. Marco A. Robles .....	57

### VIII CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL.

Primera Sesión Plenaria .....	61
Segunda Sesión Plenaria .....	81
Tercera Sesión Plenaria .....	101
Cuarta Sesión Plenaria .....	125
Quinta Sesión Plenaria .....	133
Sexta Sesión Plenaria .....	163
Séptima Sesión Plenaria .....	181
Octava Sesión Plenaria .....	195

#### XV REUNION DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL.

Primera Sesión .....	209
Segunda Sesión .....	225
Tercera Sesión .....	235
INFORME DE LA COMISION DE PRESUPUESTO .....	249
Presupuesto de Ingresos y Egresos para el ejercicio de 1968 del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social .....	253

**VIII CONFERENCIA INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL**

## QUINTA SESION PLENARIA

22 de febrero de 1968

(9.45 horas)

Una vez que el Presidente, Sr. Laurencio Jaén Ocaña, declaró abierta la sesión, expresó que de acuerdo con el Orden del Día el primer punto a discutir sería el titulado "Relaciones entre las Instituciones de Seguridad Social y otras Instituciones de Asistencia Médico Social", cuyo Ponente es el Sr. Luis D. Alfaro, de la Caja de Seguro Social de Panamá, proponiendo como Relator al Sr. Antonio José Terra, del Consejo Central de Asignaciones Familiares del Uruguay, proposición que fue aceptada por los señores delegados.

En uso de la palabra, el Sr. Luis D. Alfaro manifestó que el trabajo había sido presentado originalmente en forma preliminar en Lima, el año pasado, y posteriormente ampliamente discutido en la Comisión Médico Social en esta su reunión de Panamá y que ahora se permitía presentar un trabajo condensado, que recogía todos los pensamientos que sobre el particular se habían emitido hasta el presente, el que iba a tener el placer de dar lectura.

Puesta a consideración de los señores delegados la Ponencia, tomó la palabra el Sr. Rodrigo Portocarrero Argüello (Nicaragua), quien dijo, que como Director de los Servicios Médicos del Instituto Nacional de Seguridad Social de Nicaragua y en nombre de la delegación de su país, felicitaba muy calurosamente al Ponente, Sr. Luis D. Alfaro, por el interesantísimo y minucioso documento que hoy había presentado y cuyos cuadros sinópticos daban una clara y precisa idea del estado actual de las relaciones entre las Instituciones de Seguridad Social y otras Instituciones de Asistencia Médico Social en América, si bien lamentó que no todos los países hubieran contestado a la encuesta.

A continuación el delegado de Nicaragua se refirió en forma sucinta, a tres de los cuadros sinópticos de dicha encuesta en relación con su país.

En cuanto al cuadro N° 2, dijo que la coordinación entre el Instituto Nacional de Seguridad Social de Nicaragua y las otras instituciones médico-asistenciales se efectúa por medio de convenios y acuerdos especiales, sin que haya legislación compulsiva al respecto. En relación al cuadro N° 6, en la contratación de camas hospitalarias no se utilizan más que en forma parcial los servicios de las unidades hospitalarias, siendo éstos únicamente el derecho de cama y alimentación, corriendo por cuenta del personal propio del Instituto Nacional de Seguridad Social los servicios médicos y paramédicos, así como los medicamentos. Con referencia al cuadro N° 13, relativo a la existencia o no de coordinación en cuanto a campañas de higiene y salubridad del medio ambiental y de la familia, en Nicaragua sí existía esta coordinación, pero exclusivamente para vacunación.

Sin embargo —agregó— era para su delegación una enorme satisfacción poder afirmar que a partir del 1° de enero del presente año, el Instituto Nacional de Seguridad Social de Nicaragua, en íntima coordinación con el Ministerio de Salubridad y la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social habían puesto en marcha una campaña nacional antituberculosa debidamente planeada, cuyos frutos esperaban ver a no muy largo plazo. El Instituto Nacional de Seguridad Social de Nicaragua tiene participación activa en la planificación y ejecución del mejoramiento y ampliación del alcantarillado de Managua, coordinando sus esfuerzos con el Ministerio de Salubridad y la Junta de Asistencia Social, contribuyendo con esto al mejoramiento de la sanidad ambiental.

Por lo demás, añadió el señor delegado, y creo que Nicaragua no es la excepción, el Instituto Nacional de Seguridad Social estaba siempre dispuesto a acudir con todos los recursos a su alcance en aquellos casos de emergencia nacional. Así, a principios de 1967, y con motivo de la peor epidemia de poliomiélitis que ha azotado a su país a lo largo de toda su historia, el Instituto Nacional de Seguridad Social volcó todo su potencial humano y material en coordinación con todas las instituciones médico-asistenciales de la Nación y aún con la iniciativa privada en la titánica lucha contra tan tremendo flagelo, su cooperación fue total, sin hacer distinción entre asegurados y no asegurados.

Más recientemente y con motivo de un movimiento sísmico que azotó una vasta zona de la capital en donde quedaron inhabitables aproximadamente unas 150 habitaciones, el Instituto Nacional de Se-

guridad Social fue una de las primeras instituciones que acudió con sus unidades médicas a prestar servicios a aquellas personas que lo requerían sin distinción de ninguna especie.

Para terminar, expresó que la delegación de Nicaragua, estaba de acuerdo en dos puntos substanciales de la Ponencia: Primero, en que la coordinación entre los seguros sociales y las demás instituciones de asistencia médico social, es absolutamente indispensable, principalmente la coordinación con el Ministerio de Salubridad, para lograr una prestación de servicios médicos en forma integral; segundo, que los medios recomendados en la Ponencia son los más acertados para llegar a esa coordinación.

A este respecto destacó la enseñanza médica, que consideró la columna vertebral de la meta perseguida, ya que no puede existir coordinación si los médicos no llegan a adquirir la mística de la medicina en forma integral; que, asimismo, no se podrá llegar a ese ideal coordinador sin contar con el suficiente personal especializado en la administración de servicios médicos, asistenciales y sociales.

Con respecto al punto 5º de las recomendaciones que el Sr. Alfaro leyó, dijo que a su juicio todos los países presentes deben apoyar, en forma unánime, la continuación de la Encuesta.

De inmediato el Sr. Milton Ribadeneira (Ecuador), pasó a felicitar al Sr. Alfaro por su Ponencia y se excusó de que su país fuese uno de los que no contestaron a la Encuesta.

Opinó que se hace innecesario discutir la importancia de la coordinación de los diferentes servicios que se encargan de la salud pública, puesto que es la única forma para América Latina de atender la salud del pueblo.

Puntualizó que lo que ocurre es que el procedimiento no solamente varía de un país a otro, de acuerdo con sus peculiaridades, sino que aún dentro del mismo país, en las diferentes zonas y ambientes tiene que ser algo distinto. En su país, de un sitio a otro, de la zona urbana a la rural, de la costa a la sierra, de la montaña al valle, de un pueblo a otro, las condiciones en que tiene que realizarse esta coordinación son diferentes, siendo estas las dificultades para lograr la meta.

Informó que en el oriente ecuatoriano, que es una zona selvática, las misiones religiosas, en una extensión de 55 kilómetros, han construido tres grandes hospitales, que la asistencia social tiene un cuarto hospital, pero que el seguro social, la más fuerte económicamente de las instituciones, no tiene ningún hospital.

Observó, sin embargo, que las instituciones que tienen sus hospitales no habían podido proveerlos de suficiente personal médico para la zona rural y que de ahí surgió una fórmula por la cual el seguro social nombró cirujanos, clínicos, obstetras, anestesistas, enfermeras, todo un equipo que trabaja simultáneamente en todos los hospitales, sean de asistencia social, de las misiones religiosas o de los propios de la seguridad social.

Opinó que, tal como lo ha expuesto el Ponente, lo más importante es la planificación, que la coordinación tiene que partir de la base de planificación para que se pueda saber cuál es la parte que corresponde a cada una de las instituciones que deben intervenir.

Juzgó que el Ministerio de Salubridad es el encargado preferentemente de la medicina preventiva porque la prevención implica educación fundamentalmente, agua potable, canalización, saneamiento ambiental, trabajos, en general, que no pueden ser confiados al gobierno nacional.

Estimó que la medicina preventiva puede estar encargada a la seguridad social o a la asistencia social u a otros organismos, de tal manera que las recomendaciones del Ponente coinciden con las de su delegación en el sentido de que hay que poner el mayor énfasis en la coordinación.

La Presidencia dio la palabra al Sr. Arturo Vasi (Perú), quien, a nombre de la Delegación de su país, hizo pública su más calurosa felicitación al Sr. Alfaro por el brillante aporte hecho al tema de la coordinación, expresando que los que vienen trabajando hace algunos años en este tema de la coordinación, han logrado compenetrarse de la trascendencia que supone para el futuro de las instituciones de seguridad social, y aún más para los niveles de salud de los pueblos americanos, el hecho de poder actuar coordinadamente.

Acto seguido, opinó que el estudio presentado es el trabajo más positivo de los que hasta ahora se han logrado en el largo camino de



conferencias, reuniones y grupos de trabajo a fin de depurar los criterios de la coordinación.

Observó que hay siempre ejemplos de coordinación en distinto nivel o grado para distintas actividades, lo cual es realmente satisfactorio porque a veces simplemente se ve la coordinación en una forma de utilizar una capacidad hospitalaria instalada y, sin embargo, su concepto es mucho más amplio, pues la coordinación se utiliza también en los aspectos de enseñanza, de utilización de otros recursos especializados, y no sólo del simple uso hospitalario.

Llamó la atención hacia algo que se encuentra en el Informe del Sr. Alfaro, y a lo cual sí se da importancia en Perú: la forma de la coordinación, que tiene ya más de 29 años de experiencia.

Estimó que en el trabajo del Sr. Alfaro se dan buenos consejos en relación con la forma como se debe hacer la coordinación. Si cabe la expresión al coordinar —hablando en este caso de los servicios de salud— sí debía utilizarse un sistema integrado. Es por todo ello, que considera muy atinada la propuesta que se ha hecho en el sentido de que se continúen estos estudios y se observe el terreno cómo se está efectuando.

Señaló que en el Informe se hace mención de puntos muy importantes, como la recomendación de que se intensifiquen los programas de coordinación, empleando la metodología más factible. Pero añadió, hay otra recomendación también muy importante que se refiere a la creación de los organismos nacionales de planificación de salud.

En Perú el Consejo Nacional de Seguridad Social coordina las actividades de los organismos de seguridad social y por encima de esto, el sistema nacional de planificación, que, a través de sus oficinas sectoriales de salud, ha enseñado a actuar conjuntamente.

Concedida que fue la palabra al Sr. José Bonett (Cuba), manifestó que la delegación de su país había presentado a la Secretaría del Comité para que fuese repartido a los señores delegados un estudio de su país sobre "Logros en la educación y la salud del pueblo en los últimos años", por lo que no iba a hacer sino unos breves comentarios al respecto.

En 1958 la situación en Cuba en el orden de la salud era muy precaria, mientras que hoy se había duplicado el número de camas

en instituciones hospitalarias, y las consultas médicas por habitante. Igualmente se ha creado un servicio de atención médica preventiva-curativa de tipo rural, habiéndose iniciado precisamente en estos días una campaña anual de vacunación extendida a 900,000 personas. También el paludismo se ha reducido en una tasa de 0.5 por cien mil habitantes y en cuanto a la difteria, de una tasa de 13 ha sido disminuída a 4.8 por cien mil habitantes.

Algo notorio es que la mortalidad general del país es hoy del 6.5 por mil habitantes y la mortalidad de los niños de uno a cuatro años es sólo de 1.6 por mil.

En lo referente a capacitación profesional médica entre 1959 y 1966 se han graduado en el país tantas enfermeras como las que existían en el período inicial de referencia. Por igual se han creado servicios que no existían anteriormente, como los auxilios de enfermería general, en número de seis mil, con trabajadores sanitarios y técnicos de laboratorio.

Expresó que su país no es de opinión de que se propicien relaciones en el orden de los problemas médico-sociales entre las instituciones de seguridad social y otras que se ocupen de la asistencia médica, sino que la salud en su aspecto social debe ser función esencial del Estado y estar confiada a un solo organismo público.

Para terminar el Sr. Bonett dijo que en cuanto a lo manifestado por el Sr. Alfaro, de que sería conveniente recorrer varios países a fin de constatar con pleno conocimiento los problemas de la salubridad, deseaba dejar conocimiento de que Cuba estaba por completo abierta a una posible visita a estos efectos.

A continuación el Sr. Fernando Escalante Pradilla (Costa Rica) dijo que deseaba sumarse a quienes habían manifestado un voto de aplauso al Sr. Alfaro por su trabajo tan completo.

Agregó, que le había tocado participar en varias de estas reuniones y que consideraba, que como se propone en la Ponencia, se justifica una resolución a nivel de la Conferencia, definiendo la posición de la seguridad social en cuanto al tema de la Coordinación de Servicios Médicos. La Coordinación, dijo, tarde o temprano tendrá que ir cediendo el paso a lo que podría llamarse una verdadera integración. Expresó que sería conveniente que se incluya, en uno de estos pasos que poco a poco se irán dando, la necesidad de integrar en un primer

término lo que es la propia seguridad social, puesto que si muchos países no tenían este problema en el suyo sí existe, puesto que desde el año de 1924 los riesgos profesionales los maneja una institución que no es la Caja de Seguro Social que administra el régimen de maternidad, enfermedad, invalidez, vejez y muerte.

Por último, expresó que el unificar los servicios para que todo ciudadano tenga derecho a una misma calidad de servicios es deseable, aunque sea una auspiciación a largo plazo.

En uso de la palabra el Sr. Elbio Fernández Capuro (Uruguay) inició su intervención manifestando expresar su solidaridad con los que han hecho uso de la palabra anteriormente, respecto a la impresión causada por el Informe del Sr. Alfaro y unirse a las congratulaciones formuladas.

Anotó que el Uruguay tiene ya una experiencia, que destacó en la reunión del Comité Permanente Interamericano de Costa Rica y posteriormente en Lima, respecto a la coordinación entre un organismo de seguridad social como es el Consejo Central de Asignaciones Familiares y el Ministerio de Salud Pública, para la protección materno-infantil con instituciones que están atendidas por grupos médicos colectivizados en el interior de la República, es decir, que la parte de asistencia y de prevención se cumple con la participación de tres órdenes diferentes en una efectiva coordinación sin perjuicio de la participación internacional establecida con la UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud a través de un Convenio de salud pública rural que se cumple bajo la autoridad del Ministerio de Salud Pública, como responsable que es del movimiento de salud del país.

El señor Presidente manifestó que dado lo interesante del tema, sería útil y grato oír las opiniones de los representantes de los organismos internacionales, las cuales podrían ilustrar las resoluciones que emanen del Informe.

Concedió la palabra al Sr. Beryl Frank (OEA), quien al iniciar su intervención, felicitó cordialmente al Sr. Alfaro por su excelente Ponencia, y al mismo tiempo agradeció su gentileza al mencionar el papel que ha tenido en este tema la Organización de los Estados Americanos. Agregó, que como bien había apuntado el Ponente,

desde el comienzo de la actividad en este campo, cuando se convocó un grupo para asesoramiento a largo plazo, fue considerado como uno de los más importantes para el futuro de la seguridad social en la América Latina.

Como resultado de esta recomendación la OEA contrató los servicios del Sr. Gilton Rommer para que visitara algunos países de América Latina, entre ellos Perú, Chile, Brasil, Costa Rica y México, con el objeto de conocer las distintas formas de proveer la atención médica, la forma de financiar los servicios, la población atendida por los distintos servicios y la coordinación existente en los diferentes países.

Hizo referencia el Sr. Frank al grupo de estudios sobre coordinación de servicios que convocaron la Organización de los Estados Americanos y la Oficina Panamericana de la Salud para cambiar impresiones entre médicos de la seguridad social y de los Ministerios de salud pública, lo cual fue el comienzo de algo que ha continuado hasta la fecha. Ahora bien, con qué ritmo se iba a ir actuando en ese campo, porque como se dijo, las circunstancias de cada región o país determinarían en qué grado y forma se iba a lograr la coordinación entre los distintos organismos que proveían servicios médicos.

En cuanto a la política seguida por la OEA y la OPS había sido ir a los países que habían tenido asistencia técnica en lo relacionado con los servicios de atención médica, financiando cada organización la mitad del costo de estas misiones, y se habían instruido a los consultores para servir a los organismos de seguridad social y a los ministerios que habían formulado prácticas para tratar de cambiar la actitud que antes existía, a efectos de conseguir una coordinación para atender los servicios sociales a las partes laborales y regiones del país que no recibían atención médica.

A continuación el Sr. Carlos Andrade Marín (OIT) manifestó que este importante tema de la coordinación de servicios médicos entre las instituciones de seguridad social y las demás instituciones públicas y privadas que prestaban asistencia médica, había sido tratado a un nivel técnico en las sesiones de la Comisión Médico-Social, CISS-AISS que se habían celebrado la semana anterior y que considera que la asistencia médica en diferentes países podía tener dos orientaciones:

La integración de esos servicios médicos en una sola realización y planificación, como en el caso de Inglaterra o en el de los países socialistas, para formar el servicio nacional de salud que se encargue de todas las prestaciones de salud bajo una planificación nacional, lo cual no era el caso en la mayor parte de los países latinoamericanos, con excepción de Chile y Cuba, pues en todos los demás países habían nacido los servicios de seguridad social frente a servicios prestados por la asistencia social o el Estado; en estos países que son la mayoría, era indudable debía llegar un momento en el cual se hiciera necesaria una coordinación de actividades para evitar las duplicaciones, para utilizar mejor los beneficios técnicos y humanos de la salud del pueblo. Estimaba que en muchos países la coordinación había comenzado en forma exitosa, se había iniciado en algunos de ellos en forma local, porque no habían sido ni los Estados ni las instituciones de seguridad social, ni los servicios privados las que la habían iniciado, sino las necesidades locales, siendo especialmente las poblaciones pequeñas las que habían obligado a efectuar una coordinación de actividades, poblaciones que no siempre eran rurales, sino ciudades pequeñas y aun grandes barrios, coordinación que había tenido un buen inicio.

En cuanto a las organizaciones internacionales se habían combinado para que sus esfuerzos fueran conjuntos en reuniones celebradas en el Continente Americano, como la de Washington, y las que habían seguido, las cuales consideraba habían tenido mucha importancia.

En lo relativo a esta cuestión de la coordinación internacional precisamente en la semana antepasada se había celebrado una reunión entre representantes de la OIT y de la OMS, las que continuarían y constituirían la base para iniciar dentro de los próximos años, planes conjuntos en lo que se refería al estudio de los problemas de asistencia social.

La dificultad que tenían los países para llegar a una integración de servicios estaba en el recelo que de los fondos que se recaudaban para la seguridad social, y que en gran parte eran aportados por los trabajadores, pudieran servir para la financiación de planes generales de salud pública, en el cual pudieran tener poca importancia los sectores afiliados al seguro social, por eso era, que para los países de América que tenían una seguridad social en avance diario y constante la solución práctica para llegar a la integración era la extensión y ampliación del campo de aplicación de la seguridad social, a través de grupos de población cubriendo la seguridad social a todo el país.

Afirmó el señor delegado que consideraba que los países latinoamericanos estaban en capacidad de realizar una coordinación a corto y largo alcance con planes definidos, y quizás para ello, era factible el pedir a los diversos países la creación de organismos planificadores, que sigan el ejemplo de la coordinación que se había hecho a nivel local y poder llegar a la meta de integrar los servicios generales y conseguir así la salud del pueblo.

En uso de la palabra el Sr. Bernardino Villagra (OPS), felicitó al Sr. Alfaro, pues consideraba que su trabajo era producto de un gran esfuerzo.

A continuación dijo que los organismos internacionales, entre ellos el que representaba, han estado activos desde hace bastante tiempo en esta cuestión e inclusive habían celebrado varias reuniones en las cuales habían podido llegar a ciertas conclusiones y recomendaciones para que fueran seguidas por los gobiernos y estados miembros, y que quería señalar que uno de los mecanismos e instrumentos indispensables para poder lograr esta coordinación es una programación conjunta no sólo del sector, sino de la acción de la salud, pues eran dos cosas diferentes, que siempre se habían programado las acciones sectoriales, pero muy poco hacía que se habían programado las actividades del sector salud aun dentro de los planes de desarrollo económico y social de los países, lo cual podría crear una confusión de término, porque una cosa era planificar el sector y otra planificar las acciones de salud, las cuales exigían un sistema integral coordinado.

El sector salud, afirmó el señor delegado, está programado de las más diferentes maneras dentro de nuestros países; por los Ministerios de Salud Pública, las agencias del Seguro Social, los Ministerios de Educación, de Agricultura e instituciones privadas, todas las cuales daban prestaciones de salud, pero la programación y coordinación de ese sector estaba dando los primeros pasos en América, pues no se había iniciado sino desde 1961, después de la reunión de Punta del Este.

Hemos visto, cómo el Sr. Alfaro nos ha indicado, que sólo 6 países de nuestra América tienen comisiones o grupos nacionales de planificación del sector. No discutimos el otro aspecto sobre la necesidad de la programación integral de las acciones de salud. Pero sí insistimos en la necesidad de que todas las agencias que componen el sector

deben coordinarse desde la etapa de programación hasta la etapa de evaluación y reformulación de sus actividades para cumplir objetivos claros y metas propuestas en planes de corto, largo y mediano plazo. Yo creo que nunca va a ser redundancia insistir en este punto, para que podamos estar en acuerdo, por eso veo con mucha simpatía y estoy totalmente conforme con la Ponencia del Sr. Alfaro, sobre la necesidad de insistir en la convivencia de organizar grupos de programación, no solamente organizar grupos de programación conjunta, sino buscar la manera de institucionalizar tales grupos, porque la experiencia nos demuestra en nuestro medio que las comisiones que no tienen autoridad no funcionan sino cuando llegan a institucionalizarse, como es el ejemplo de algunos países en donde se han constituido grupos sectoriales de programación de salud, con autoridad para formular planes y recomendar planes alternativos —no uno, veinte si es necesario—, a las autoridades de decisión. Como este movimiento es todavía lento, se hace necesario insistir desde la partida. Hay muchos ejemplos: la re-coordinación esporádica, pero no hay muchos, como dice el Informe, con relación a la coordinación o a la definición de coordinación aceptada para poder entendernos, la coordinación metódica. Vale decir, que debemos guiarnos por un método, y para nosotros no hay otro método sino el científico para los que estamos acostumbrados a trabajar con esta metodología en nuestros campos.

Con ese criterio debemos pensar cuando vamos a programar acciones que nos lleven a la ejecución. Como parte de esta programación que necesariamente tendrá que incluir planes nacionales de salud con metas bien establecidas de actividades que son innumerables en el campo de la salud, pero que deben ser definidas explícitamente; que necesariamente deberán considerar los planes de inversión para la salud conjuntas; planes de inversión que son complementarios y no duplicados para lo cual existen técnicas que se conocen. Los planificadores conocen técnicas para el estudio de proyectos de inversión bien establecidas; los organismos de crédito también las tienen bien determinadas y en base a ellas realizan proyectos que deberán comprender planes de adiestramiento para la formación, la utilización, la compensación de los recursos humanos destinados al sector que dentro de la problemática de los recursos humanos del país, están sumamente comprometidos por el desarrollo de otras actividades; deberán comprender planes básicos de apoyo, que en la ponencia del Sr. Alfaro se mencionan como medios para la coordinación y que comprenden

esencialmente la sistematización y la homogeneización de los mecanismos administrativos del país para que se adecúen al plan.

Homogeneización de sistemas estadísticos, homogeneización de sistemas de administración financiera del sector dentro de la problemática nacional y, sobre todo, como medio más eficiente, es ejemplo el de la República de México. La formación de grupos técnicos interagenciales que incluyan a la universidad para la definición de las normas técnicas.

Por otra parte, no tiene que haber dos calidades de medicina. La formación de comisiones o de grupos de técnicos médicos, de enfermeras, técnicos administrativos y estadísticos, toda la gama de profesionales que trabajan en el campo de la salud, deben organizarse para definir normas técnicas de buen cuidado a la salud dentro de las posibilidades de cada país.

Resumiendo, dijo el Sr. Villagra, el primer instrumento para lograr una coordinación es el de la formación institucionalizada de grupos de programación del sector que trabaje dentro del sistema de planificación nacional. En segundo lugar, se debe instituir grupos técnicos de médicos, enfermeras o grupos técnicos profesionales en el campo de la salud para el estudio y la decisión de normas técnicas que definan requisitos para una buena calidad de atención médica; grupos técnicos de administradores en salud interagenciales que definan la conveniencia o los sistemas de establecimientos sobre una base regional para cada país. Y, finalmente, más que nada y como se mencionó en sesión anterior, la voluntad de querer coordinarse, porque querer coordinarse es más que nada una actitud y la coordinación en sí es antes que nada una actitud.

Después de un receso de la sesión, el Sr. Horacio Parra (Colombia) expresó que aun cuando ya la delegación de Colombia tuvo ocasión de intervenir la semana pasada durante los debates sobre el tema de la coordinación en la Comisión Médico-Social, comentando la exposición del Ponente Sr. Alfaro, solicitaba la benevolencia de la Conferencia para ensayar una interpretación que piensa puede deducirse de los distintos comentarios que se han escuchado en relación con este tema.

La coordinación, en su opinión, no es propiamente una finalidad de actividades de los organismos e instituciones de seguridad social, sino un medio, el más eficaz para llegar por etapas progresivas a la



meta final de la unificación nacional de servicios de salud. Si esta interpretación es acertada podría lógicamente señalarse algunas etapas para el cumplimiento de esta finalidad, que serían las siguientes:

Primeramente, coordinación para llegar a la unificación de los diversos servicios u organismos de seguridad social dentro de cada país. Mientras que algunos países americanos tienen ya unificados los servicios de seguridad social en un instituto o en un departamento hay otros donde existen organizaciones diversas con la misma finalidad. De manera que si la coordinación como etapa o como camino llega a la unificación de los institutos o servicios de seguridad de cada país, ya unificada nacionalmente la seguridad social podría, en plan de coordinación con otros organismos de salud pública, o de otra naturaleza, extender tanto vertical como horizontalmente, los servicios hasta llegar a la cobertura total de la población.

De esta primera etapa se llegaría naturalmente a la uniformidad de todos los servicios de salud nacionales en una sola institución, como parece que es la aspiración que aparece como resultado de las distintas intervenciones mantenidas alrededor de este tema. Si esta interpretación es acertada, resultaría la consecuencia importantísima de un tema cuya Ponencia volvía a merecer, por parte de su delegación, las más sinceras felicitaciones.

De inmediato hizo uso de la palabra el Sr. Carlos Martí Buñill (OISS), quien consideró que este tema presentado por el Ponente, Sr. Alfaro, era quizás, uno de los más importantes en el campo de la seguridad social, y uno de los factores que hasta hoy no se había considerado en su justo valor. No hay la menor duda de que los Ministros de Salud, los Departamentos Estatales, hace muchos años han actuado con un meritorio esfuerzo en aspectos básicos elementales de cuidado de la salud, fundamentalmente en el preventivo, existiendo de consiguiente, un vacío en la atención de la salud de la población.

Este vacío, como decía el Sr. Escalante Pradilla, había sido cubierto por el esfuerzo extraordinario de las instituciones de seguridad social. Estas instituciones se han encontrado con que no sólo el cuidado de la salud es un derecho en el cual están mezclados factores económicos de prestaciones y también con ellos aspectos relativos al cuidado de la salud, cada vez más integrales, más completos, tanto en el aspecto sanitario, como en el económico, pero sin olvidarse que esto forma parte de un conglomerado, de una circunstancia que es

el derecho de la seguridad social. Las instituciones de seguridad social habían tenido que hacer un esfuerzo gigantesco para iniciar en ese camino una acción de organización de servicios médicos y de atención de sus personas protegidas, habiendo contribuido poderosamente al progreso de la medicina. Ahora bien, qué duda cabe de que hay que coordinar; nadie niega el principio de la coordinación. No obstante, había que tener mucho cuidado con la coordinación y con las interpretaciones asignadas a ella.

Pensando en aspectos evidentemente prácticos, y apartándose de los aspectos de tipo científico y elevadamente técnico, había que actuar, y en la actuación de las instituciones no había duda que iban saliendo hospitales, centros médicos, con el nivel que lógicamente exige una medicina moderna. No se podía tampoco, hacer centros médicos que tuvieran niveles no acoplados al actual proceso de la medicina; que es costoso, que es un esfuerzo, no había duda, pero había que hacerlo y se hacía. Ejemplo de ese esfuerzo era el de Panamá; hace muchos años cuando aquí se estaba debatiendo el problema de la actuación de la Caja de Seguro Social, se planteaba el problema de la aceptación de los asegurados. Existía entonces un hospital antiguo, con el que tenía el seguro un concierto y del que nadie, honradamente, estaba contenido de la atención que prestaba. Se decía desde entonces que un asegurado cuando está pagando aportes a una institución, es miembro activo de una institución y, por tanto, merecía un medio de tratamiento mejor, y así, la Caja estuvo luchando hasta que consiguió con un sacrificio enorme, crear y poner en marcha un Hospital que hoy es orgullo de Panamá. Esta obra no sólo significaba un aporte de la Caja, sino también un aporte extraordinario a la atención de la salud de la población panameña y además es una muestra para ir poco a poco mejorando las policlínicas y demás centros sanitarios, lo cual representaba un esfuerzo consecuente de las instituciones en el progreso de la atención de la salud y consecuentemente, también en el progreso de la medicina. Este impulso no debía ser frenado y nadie tampoco pretendería hacerlo. Pero existe un problema vital, que es la responsabilidad; la coordinación, debe existir, pero sin romper o frenar nunca ni el impulso, ni la responsabilidad de las instituciones de seguridad social para el desarrollo de su acción sanitaria en favor de la población protegida.

Consideró absolutamente necesario que haya coordinación en centros médicos, que haya coordinación en áreas rurales, la coordinación no significa que los centros médicos se pongan en manos de otros

Departamentos, pues muchas veces los otros Departamentos tendrían que ir al compás con la seguridad social y, por tanto, más bien que coordinación podría decirse colaboración.

El señor representante continuó diciendo que él centraría el aspecto de la relación y la medicina de la seguridad social, en la siguiente forma: 1) que esto forma parte de un concepto de seguridad social, ya que el cuidado de la salud es uno de los factores del derecho de la seguridad social y, por consiguiente, no podía ir solo, no se podría hacer un estudio solo, una programación sola, un tratamiento independiente, distinto, sino que había que considerarlo dentro de ese cuadro que se llama seguridad social y, por consiguiente, relacionado con prestaciones económicas, que tiene una íntima relación con prestaciones sanitarias, porque los subsidios económicos de maternidad, enfermedad, la propia invalidez, son factores conjuntos del cuidado de la salud, formando el todo del derecho de la seguridad social; 2) reconocer —y esto sí que valía la pena insistir en ello— el intenso esfuerzo de las instituciones de seguridad social en la organización de los servicios médicos, de lo que es buen ejemplo el latinoamericano, esfuerzo que no siempre era justamente valorado en el momento en que se hablaba de la planificación, o la programación general del cuidado de la salud; 3) que esta coordinación no podía ser, lógicamente independiente, sino que debía coordinarse, y más que eso, cooperar con todos los departamentos que actúan en aspectos que inciden en el cuidado de la salud, con las facultades de medicina, que tienen que formar a los profesionales y con los centros de investigación y estudio de la medicina de la seguridad social, de tan gran importancia.

Para terminar, agregó el Sr. Martí Bufill, por el mismo hecho de que la salud formaba parte del derecho de la seguridad social, el campo de acción de la seguridad social es, al mismo tiempo, cuidado de la salud, progreso de la medicina e investigación, de ahí que la seguridad social deba formar parte de la programación de la salud.

Acto seguido, habló el señor Marcello Putti (AISS) para felicitar al Sr. Alfaro por la brillante manera como había redactado y presentado su ponencia.

A continuación afirmó que la Asociación Internacional de la Seguridad Social apoyaba completamente las conclusiones del Sr. Alfaro, así como las ideas destacadas por dos delegados, y sobre todo, por el representante de la Oficina Panamericana de la Salud, sobre la

necesidad de crear grupos nacionales de planeación conjunta para explotar todos los medios existentes en favor de las personas amparadas.

En lo que se refería al proyecto de Resolución la AISS, estaba en favor de la continuación de la encuesta sobre los resultados obtenidos en los programas de coordinación, considerando que lo más adecuado es realizarla a través de la Comisión Regional Americana Médico Social, de la AISS y de la CISS que ya habían realizado una labor tan fructífera.

Para terminar dijo, que tenía dudas en el sistema propuesto por el delegado de Nicaragua, de que el Ponente visite los países recogiendo información, algo que se tomaría mucho tiempo y no sabía si el Ponente, debido al cargo que ocupa en su país, podía disponer de él por lo que tal vez lo más práctico sería realizarlo, como se había venido haciendo, a través de un cuestionario o de otro sistema que la Comisión considerara oportuno.

En uso de la palabra, el Relator Sr. Antonio José Terra (Uruguay) expresó que en esta reunión en que se trataba un tema de seguridad social tan fundamental como era el seguro de salud, según el enjundioso y profundo estudio realizado por el Sr. Alfaro que se venía ocupando de él desde hace tiempo.

El tema sobre seguridad social y seguro de salud, continuó diciendo el Relator, era cuestión que la OIT iba a entender este año, revisando los Convenios Nos. 24 y 25, relativos a enfermedad para que este seguro de salud se adapte a las necesidades actuales.

Los delegados de Nicaragua, Costa Rica, Cuba, Colombia, Ecuador y Uruguay han coincidido en manifestar su opinión de llevar este bienestar general del seguro de salud a toda la población, pero indudablemente los procedimientos tenían que ser adecuados según el ámbito nacional, y según impere el régimen de seguridad social en el mismo. Desde luego, primero tenía que hacerse coordinación entre los organismos de seguridad social de cada país, luego entre aquéllos y los organismos públicos, así como los privados. En muchos países el mutualismo había alcanzado en los últimos tiempos una acción preponderante en este seguro de salud y cuando se va a hacer una coordinación hay que tenerlo en cuenta al realizarse la misma.

En general la Asamblea ha estado de acuerdo en institucionalizar este régimen de coordinación de manera que pueda primero hacerse una acción normativa, una acción de programación y con esta acción de programación ir llevándola a la práctica lo más extensiva.

mente posible y de esa manera, de coordinación se pasará a la integración. Esa coordinación y esa programación tiene que ser en base a un régimen asistencial, de medicina preventiva y curativa, cuyos límites hoy no se puede identificar, porque es todo uno mismo, es decir, la asistencia tiene que llegar no solamente a la cura, sino a la prevención de la enfermedad, que es lo más importante.

Esta coordinación es más difícil de llevar en ciertos sectores rurales y alejados, en donde las comunicaciones no son eficientes. Es allí donde tiene que organizarse en forma zonal, de manera de hacer elementos que alcancen una asistencia global general en ciertas zonas y salga de allí una red distributiva, de manera que esa parte zonal sea centro de una medicina como se debe aplicar en la vida moderna, completa tanto en sistemas asistenciales, como operatorios y de especialidades.

En esta Reunión se ha destacado la importancia de los recursos humanos, no solamente a la eficiencia del sector médico, sino también a la preparación del sector paramédico. También se ha señalado lo fundamental que es para este programa la ayuda de los organismos internacionales que, a su vez, en el campo de una programación tienen también que planificarse y delimitar lo que corresponda a cada uno.

Ha sido pues ésta, consideró el Sr. Terra, una sesión muy importante, de la cual saldrá una dinámica de coordinación para toda América, que alcance en forma eficiente a toda la sociedad, no solamente en lo relacionado con la preservación de la salud sino también que contemple la contingencia de que cuando la salud se vea comprometida, se tengan los recursos económicos para llevar la tranquilidad y el bienestar a todos; es decir, que debe acompañarse esas prestaciones médicas, con las prestaciones por pérdidas de ganancias que pueda significar para el trabajador la coyuntura de verse privado de su salud.

Terminado que fue el debate sobre la Ponencia la Presidencia comunicó que iba a procederse a constituir, junto con el Ponente y el Relator, un grupo de trabajo, que se integró con los señores Portocarrero (Nicaragua), Escalante Pradilla (Costa Rica) y Ribadeneira (Ecuador) y, que como se ha hecho en ocasiones anteriores, con la cooperación de los Organismos Internacionales, como también debía designarse un miembro de la Comisión Regional Americana Médico Social, a fin de que se logren las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Inmediatamente pasó a consideración de la Asamblea el Tema de la Agenda: "Extensión de la Seguridad Social a ciertas categorías de trabajadores: Independientes, Profesionales Libres, a Domicilio, Domésticos y de la Industria Familiar", e invitó al Sr. Ricardo R. Moles (AISS), para que hiciera las veces de Ponente y al Sr. Manuel García Merino (Chile), para que actuara como Relator.

Acto seguido, el Sr. Moles pasó a exponer que dicho punto del Orden del Día, tiene como documento de trabajo el estudio realizado por el Sr. Carlos Ma. Campos (Costa Rica) que fue presentado a la IV Reunión de la Comisión de Organización y Métodos, en donde el Sr. Campos, con la brillantez y amenidad que la caracterizan había hecho una exhaustiva exposición del trabajo intitulado "Estudio Técnico-Administrativo de los problemas de Afiliación, Cotización y Control relativos a los Trabajadores Independientes, Domésticos y a Domicilio".

Expresó el Sr. Moles, que deseaba hacer una breve referencia a los estudios que sobre este mismo tema se han venido desarrollando, tanto en el Comité Permanente Interamericano de la Seguridad Social, como en la Asociación Internacional de la Seguridad Social, e informó que el trabajo estuvo precedido de otros dos preliminares considerados en la VII Conferencia Interamericana de Seguridad Social, efectuada en Asunción de Paraguay en 1964: uno sobre "Extensión de la seguridad social a los trabajadores independientes", que fue confiado a la Asociación Internacional de la Seguridad Social; y, el segundo, sobre "Extensión de la seguridad social a los trabajadores domésticos, a domicilio y de la industria familiar" presentado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Comentó que es obvio que este problema concita una preocupación generalizada, tanto en el plano mundial como en los distintos ámbitos regionales; fue así, como un grupo de trabajo ad-hoc de la AISS, se formó hace algunos días con motivo de una encuesta mundial sobre la seguridad social de los trabajadores independientes, para facilitar la tarea del ponente, señor Ronzolani de Italia, quien preparó un informe sobre la situación existente en todo el mundo, en lo que se refiere a la protección acordada a esta categoría de trabajadores, y que se presentó a la XV Asamblea General de la AISS, en Washington, en 1964, estudio que se publicará dentro de poco tiempo.

Un segundo estudio sobre riesgos profesionales de los trabajadores independientes, fue presentado en la XVI Asamblea General de la

Asociación Internacional de la Seguridad Social, en Leningrado, el año pasado donde se apreció que es poco frecuente la protección contra el riesgo de accidentes para los trabajadores independientes, puesto que, salvo las categorías agrícolas, este riesgo es muy bajo en ese sector. Adelantó, igualmente, que este informe también se publicará en su versión definitiva en el curso del presente año.

Solicitó que antes de entrar en los aspectos técnicos del valioso estudio que se va a considerar, se le permitiera señalar, siguiendo en esto los lineamientos expuestos en las Comisiones Regionales Americanas, que la necesidad urgente de protección social para los trabajadores independientes forma parte de la problemática actual de la protección de la seguridad social; es decir, de esa problemática que plantea en estos momentos la revisión de los métodos y de los principios de los seguros sociales, por tratarse de una concesión que no puede ser aplicada por igual a todos los sectores de la población activa. Por lo tanto se tiene que reconocer que el empeño en adoptar fórmulas clasistas ha retardado lamentablemente la protección social de masas mayoristas de la población trabajadora en el Continente Americano. Ese desajuste entre el planteamiento ideológico de las instituciones de previsión social, como eran conocidas en el pasado —y entre ellas los seguros sociales— y la realidad socio-económica de los países americanos, ha sido la causa del estancamiento en el desarrollo de la protección social, por ejemplo para los trabajadores del campo y los asalariados independientes en las áreas urbanas. Esta situación representa ciertamente una contradicción o, si se requiere, la antítesis del concepto mismo de la seguridad social como factor de redistribución de la renta nacional en beneficio de las categorías más necesitadas, lo cual ha merecido muchas veces en las últimas reuniones de seguridad social, el justo calificativo de limitado desarrollo de la seguridad social.

La encuesta que sirvió de base al estudio técnico-administrativo, efectuado por el Ponente, tanto para la categoría de trabajadores independientes, como los domésticos y a domicilio, ha permitido un análisis de las experiencias conocidas y de los problemas planteados en los aspectos de la definición, calidad de la protección, afiliación, cotización y control algo que sintetizaría para cada uno de los grupos laborales, objeto de este estudio.

Con respecto a los trabajadores independientes el trabajo analiza, en primer término, los límites del concepto en el que se encuadra a

esta categoría de trabajadores, tal como está enunciado en las legislaciones nacionales; y que surge, del análisis de este primer aspecto, que en la mayoría de los casos se nota una imprecisión conceptual y un tratamiento diferencial para estos trabajadores, en relación con la categoría de los trabajadores asalariados.

Del análisis de la situación legislativa y técnica se comprueba que no existe una fórmula que precise, en términos universales y sustantivos, qué categorías o grupos de trabajadores están contenidos dentro de la definición de "independientes", origen de una secuencia de dificultades, tanto jurídicas como prácticas, que obliga a replantear el problema a la luz de nuevas bases conceptuales y técnicas. En cuanto a las condiciones de la protección misma, los problemas específicamente administrativos que deberán ser tenidos en cuenta para establecer una mecánica operativa, que sea realmente adecuada, consiste —aparte, indudablemente de individualizar los trabajadores independientes— localizar sus verdaderos ámbitos laborales y establecer un sistema de relación directa con estos trabajadores.

Desde un punto de vista general o estadístico, se puede estimar, con bastante aproximación, la parte de la población activa de un país que está dedicada a las actividades independientes; pero el problema central consiste en determinar dónde están y cómo pueden ser identificados tales trabajadores. La forma basada en la responsabilidad individual y voluntaria de los interesados ya no puede ser reconocida como elemento de aplicación dentro de la tendencia generalizada de la seguridad social, ya que esa forma depende, principalmente, del nivel cultural y de otros factores vinculados al status social que, en este caso, no tiene una conformación homogénea para la totalidad de las categorías que constituyen este vasto sector laboral.

En torno de este problema, la experiencia de los países estudiados ha permitido conocer diversos dispositivos legales y administrativos, tales como inscripciones públicas, control y otros elementos, cuya aplicabilidad guarda relación directa con la organización política y administrativa en cada país.

La segunda dificultad que se observa es la de verificar los ingresos reales de los trabajadores independientes, y, también en este sentido, las fórmulas empleadas, no conciben con las particularidades propias de cada sector, problema que se agrava cuando no se pueden utilizar pruebas externas que pueden ser facilitadas por otras institu-



ciones públicas. Es preciso pues tener en cuenta que no se trata de ingresos regulares y que, como en el caso de los pequeños agricultores, las posibilidades de pago se relacionan estrechamente con los ciclos productivos. Es decir que, por un lado, se debe escoger una base de referencia adecuada para la cotización y, por otro, el procedimiento de pago conforme a las condiciones económicas de estos grupos y teniendo en cuenta también las características del desarrollo de su actividad productiva; y, sobre estas bases, adoptar un sistema de control que no resulte ni excesivo ni costoso.

Cabe subrayar, por tratarse de una tesis perfectamente fundamentada por el Sr. Campos, que las diferencias específicas que obligan a establecer fórmulas y procedimientos adecuados para efectivizar la protección de estos grupos, principalmente el grupo de los independientes en las actividades agropecuarias, artesanales, industriales y comerciales, no debe implicar, en ningún caso, la multiplicación y autonomía de las áreas administrativas correspondientes. No se trata de crear sistemas aparte, como, por ejemplo, un sistema especial o una afiliación aparte, sino buscar fórmulas flexibles y simples, tal vez usando códigos específicos, planificando una coordinación práctica con otros organismos y, en fin, apelando a todos aquellos dispositivos que permitan utilizar al máximo todas las fuentes de registro y control disponibles y procurando, además, insertar las nuevas técnicas en los sistemas generales, sin caer, lógicamente, en estructuras y fórmulas complicadas.

En síntesis la realidad actual muestra que los problemas de afiliación, cotización y control de los trabajadores independientes, desborda, por lo general, los límites conocidos de los seguros sociales clásicos. Las administraciones, en este caso, deben responder a nuevos planteamientos técnicos y operativos si en realidad se desea alcanzar una extensión y aplicación efectivas de la protección social para estas categorías de trabajadores, y tampoco se puede inferir una fórmula unitaria de solución, ya que se tienen que tener en cuenta los sistemas generales de organización y de control públicos, la organización misma de la población, el medio urbano y rural en que se desenvuelven las actividades independientes, e inclusive el grado de desarrollo de una política de protección social; las soluciones, por lo tanto, pueden resultar diversas.

En la Comisión Regional de Organización y Métodos se mencionó, por ejemplo, el papel que pueden jugar las cooperativas de previsión

social, así como otras instituciones públicas o privadas de bienestar y desarrollo comunitario, lo que abona esta observación de que no puede haber una solución unitaria y de que, en verdad, se puede recurrir a diversas técnicas, de acuerdo con las condiciones especiales en que se debe aplicar el régimen de protección social.

Si bien en el trabajo que se comenta no se trata en especial los sistemas de comunicaciones y relaciones públicas, la Comisión de Organización y Métodos, sin embargo, ha puesto énfasis en la importancia de estas modernas técnicas para establecer una corriente de relaciones favorables entre los asegurados y beneficiarios, con los organismos de gestión de los seguros sociales; cuestión referida en el orden general, a la promoción de una conciencia solidaria de la sociedad, como base indispensable de un programa unitario y generalizado de protección social.

En efecto en relación con este punto se observa que cada día hay una mayor aplicación de las técnicas de comunicaciones y relaciones públicas en el plano de las relaciones sociales.

Pero también es conveniente la utilización de estas técnicas en los servicios de atención de sectores densos de población como un método que contribuye no solamente a crear un clima de relaciones favorables, sino que también contribuye a mejorar las prácticas de gestión de tales servicios y a este respecto cabe mencionar que también la AISS ha tenido una preocupación con respecto al análisis de este problema que ha sido motivo de reuniones de mesa redonda en las últimas asambleas.

La segunda parte de la Ponencia, considera el campo específico del grupo de trabajadores domésticos. Aquí no encontramos algunas de las dificultades que se han anotado para los trabajadores independientes, por ejemplo, con esa zona gris de la definición antes mencionada para los trabajadores independientes, pero en lo que se refiere al nivel de la protección para este grupo, todavía pesan, en ciertos casos, algunos resabios de viejas concepciones laborales que se traducen en una desigualdad de la protección, aunque doctrinariamente esto ya no tiene vigencia ni valor dentro del derecho de la seguridad social, por cuanto no puede haber desigualdad de trato entre las distintas categorías sociales que forman parte de un mismo cuerpo social o de una misma sociedad.

La individualización de estos trabajadores domésticos y principalmente las características de su prestación de servicio y su relación contractual plantea evidentemente una serie de dificultades muchas veces de orden ético y cultural. Están referidas en este caso, directamente al cumplimiento de la ley por parte de los obligados. Las limitaciones de tipo administrativo que ha sido posible constatar para la afiliación y el control de este sector de trabajadores, demuestra en primer lugar la necesidad de ofrecer a los trabajadores domésticos un tipo de protección inmediata, especialmente la protección de la salud, y luego simplificar al máximo los procedimientos establecidos, tanto para el pago de las cotizaciones como para el otorgamiento de los beneficios en la forma más expedita o simple.

La última parte del trabajo del Sr. Campos, se refiere a la situación provisional del grupo de los trabajadores a domicilio. El tratamiento de estos trabajadores a todos los efectos no puede desprenderse del encuadre laboral correspondiente a los asalariados, puesto que no hay diferencias sustanciales entre unos y otros. Pero en materia de definición es necesario clarificar por vía reglamentaria o mediante la aplicación de codificaciones específicas, como anteriormente se ha indicado para los otros grupos de trabajadores, aquellos casos fronterizos donde se da la situación de que un mismo trabajador para unos efectos es independiente, y para otros efectos es asalariado. Por lo tanto no se considera indispensable, no se considera urgente en esta área del campo de aplicación de la seguridad social, introducir sustanciales modificaciones, ni tampoco un sistema administrativo especial, sino simplemente integrar los procesos de afiliación, cotización y control de los trabajadores a domicilio en el sistema general.

Sobre la base de los resultados de la encuesta y a la luz de las aportaciones de los participantes en la reunión de la Comisión Regional Americana de Organización y Métodos se ha sintetizado, a manera de conclusión estas diversas aportaciones. El cuerpo de estas conclusiones, a modo de principio, podrían servir como base para una recomendación de carácter general sobre este problema que es sometido a consideración de la Asamblea. Sintetizaremos cuáles son esos puntos de conclusión que el Ponente ha elaborado sobre la base de los trabajos de la Comisión de Organización y Métodos.

En primer término, se destaca que para extender la seguridad social a los trabajadores independientes se hace necesario tomar en cuenta que se trata de una categoría de trabajadores cuya inclusión

rebase los límites clásicos de los sistemas de protección de los asalariados, que las estructuras administrativas de buena parte de las instituciones de seguros sociales no están preparadas para responder adecuadamente a los nuevos planteamientos que esta extensión trae consigo. Las experiencias americanas no señalan una tendencia definida común puesto que aparecen aplicados diversos métodos bajo sistemas obligatorios en unos casos y voluntarios en otros. Para precisar quiénes forman esa categoría debe tomarse en cuenta que dentro de la misma quedan incluidos muchos grupos diversos en cuanto a status social, ocupación, nivel económico, consideración legal, organización y ubicación. Dentro de las diferencias existentes entre los grupos de independientes debe contemplarse como factor adicional el medio urbano o rural dentro del cual vive, ya que en las circunstancias actuales este factor influye en la extensión de la seguridad social a esta categoría.

En cuanto a las conclusiones en materia de afiliación se reconoce que la tarea de afiliación de estos trabajadores puede realizarse con mayor o menor efectividad de acuerdo con el mayor o menor grado de eficiencia de los sistemas de comunicación y relaciones públicas de las instituciones de seguridad social para promover un ambiente adecuado de relaciones entre las instituciones de seguridad social y los asegurados o beneficiarios y evitar el desarrollo de aptitudes negativas de los trabajadores y el público en general hacia el seguro social.

También con respecto a los problemas de afiliación influye el grado de organización y de conciencia social que haya alcanzado cada uno de los grupos de trabajadores independientes. El grado de organización nacional y de los diversos sistemas administrativos públicos, también deben ser considerados como factores fundamentales ya que permiten una adecuada identificación de los trabajadores y la solución de diversos problemas que plantean especialmente los grupos de trabajadores migrantes en zonas de frontera o en áreas de poco control administrativo.

Igual se reconoce que por la modalidad de su trabajo y su condición de no asalariado se hace difícil en general determinar con precisión el monto real de los ingresos de los independientes, situación que resulta más compleja cuando no se pueden utilizar ciertos registros o controles de ingresos que llevan otros organismos públicos, y que pueden ser utilizados favorablemente para los efectos de la seguridad social. Además se destaca que cualquiera que sea el sistema

adoptado para fijar la cotización del trabajador independiente, ya se trate de un salario de referencia, del ingreso real mismo o adoptando un sistema mixto, las medidas de control que se adopten deben tomar en cuenta estos factores que son los sistemas generales establecidos por la institución y los sistemas de registro, de control y los dispositivos legales y reglamentarios que están vinculados al ejercicio de la actividad independiente y que en una gran medida llevan otros organismos públicos.

Sobre la base de estas conclusiones e interpretando lo que ha decidido la Comisión de Organización y Métodos el Ponente presenta los siguientes puntos definitivos de recomendación:

Que se proceda a la revisión de las estructuras administrativas de las instituciones de seguros sociales actuales a fin de que su funcionamiento pueda responder adecuadamente a las exigencias de una extensión y aplicación efectiva al sector de los trabajadores independientes. Dentro de los propósitos de esta revisión se debe considerar la necesidad de imprimirle un mayor dinamismo a la política de extensiones, la necesidad de contar con un sistema administrativo lo suficientemente flexible para adaptarse dentro de una extensión obligatoria a las modalidades y realidades de los diversos grupos de trabajadores independientes.

Se considera además como parte de la política y la realización de las extensiones la necesidad de preparar la comunidad para recibir y aceptar la seguridad social mediante programas de divulgación y educación adecuados a tal fin.

También se considera indispensable promover la creación de mecanismos de coordinación con otras instituciones a efectos de facilitar los procesos administrativos de la afiliación y el posterior control de los asegurados, recomendando, en la medida en que ello sea posible, utilizar los recursos propios y los de otros organismos sobre todo en materia de sistemas mecanizados a fin de intercambiar la información necesaria para un eficiente sistema de afiliación y control de esta clase de asegurados.

Además, utilizar todos los medios posibles dentro de las técnicas administrativas para contar con elementos de juicio necesarios para la fijación de las cotizaciones que deben pagar los trabajadores independientes. Cuando no pueda obtenerse información fehaciente acerca

de los ingresos de los trabajadores, puede utilizarse el sistema de salario de referencia o adoptarse una fórmula financiera que responda a la realidad laboral y de producción del respectivo sector de actividades independientes. Teniendo en cuenta siempre que no se trata de un sector uniforme y con un mismo status social, sino un complejo de categorías laborales de distinto nivel y distinto status a veces. Por igual se considera necesario revisar los sistemas vigentes de control en las instituciones de seguros sociales, tal como ellos están funcionando en estos momentos, a fin de adaptarlos a las nuevas modalidades de relación que introduce la protección del sector de los trabajadores independientes.

En cuanto a los trabajadores domésticos las conclusiones generales que se han recogido permiten puntualizar los siguientes aspectos que podrían servir de base a un proyecto de recomendación.

Que los problemas que en la actualidad se presentan para la extensión de la seguridad social a los trabajadores domésticos es necesario reconocer que se derivan, en su mayor parte, de limitaciones de tipo administrativo en lo que respecta a la afiliación y control para este sector de trabajadores, y que se hace necesario por la índole de las actividades de este grupo, ofrecerles con carácter de prioridad, un tipo de protección inmediato. Por lo tanto será necesario en virtud de estas consideraciones, adoptar medidas de tipo administrativo que simplifiquen el procedimiento de relación patrono-seguro social en cuanto a los trabajadores domésticos, a fin de que el pago de las cotizaciones, el control de derecho y la solicitud de beneficios, entre otras cuestiones, puedan llevarse a cabo de la manera más rápida y ágil posible, adoptar también el salario mínimo legal o uno de referencia que se fije para el cálculo de las cotizaciones y por último darle prioridad a la extensión del seguro de enfermedad o a una protección de la salud para este grupo.

Por último, con respecto a los trabajadores a domicilio se reconoce que en la práctica en materia de afiliación, cotización, aplicación de derechos y control no se hace diferencia entre esta clase de trabajadores y el resto de los asalariados. Por lo tanto, es de recomendar que se tomen todas las providencias necesarias para identificar desde el punto de vista de aplicación de la seguridad social a los trabajadores a domicilio con los demás trabajadores asalariados. Estas son, en breve síntesis, las consideraciones expuestas por el Ponente que me he permitido presentar a consideración de la Asamblea.

El Sr. Presidente, procedió a poner en debate la Ponencia, concediendo el uso de la palabra al Sr. Alberto Cabeza de Vaca (Ecuador), quien inició su intervención manifestando que la Ponencia del Sr. Campos, expuesta tan brillantemente por el Sr. Moles, precisa el criterio del Ecuador sobre la seguridad social, en cuanto a una cobertura de todos los riesgos a todos los ciudadanos, si bien ello presenta grandes dificultades, muchas de las cuales venían a ser consideradas y estudiadas en cuanto a posibles técnicas y procedimientos de solución en el Informe presentado.

También expresó, que muchas veces hay que realizar una promoción en cuanto a los beneficios que el seguro social concede al obrero, que muchas veces es renuente a su afiliación por presiones, en algunos casos, de quienes tienen la obligación de asegurarlos.

Acto seguido, el Sr. Carlos Mattos (Uruguay) dijo que su intervención iba a ser muy breve, y tenía dos finalidades fundamentales, la primera señalar que la delegación que representaba estimaba muy valioso el trabajo del Sr. Campos, y como brillante exposición del mismo la hecha por el Sr. Moles, la cual merecía felicitación; la segunda, era que respecto a la extensión de la seguridad social a los trabajadores, domésticos y a domicilio e independientes, la encuesta cubría la información de diez países en los cuales no figuraba su país, pero como colaboración le era grato informar que en el Uruguay, los trabajadores domésticos y a domicilio recibían todos los beneficios de la seguridad social hacía años, los trabajadores independientes estaban comprendidos en el régimen obligatorio de beneficios generales, jubilación, vejez, invalidez y muerte y en el régimen obligatorio de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y las asignaciones familiares las cubrían los organismos encargados de su administración y se había adecuado los métodos a las particularidades de cada grupo, laboral con el mínimo posible de diversificación.

De inmediato el Sr. Manuel Fernández Stoll (Perú), manifestó que en primer término quería felicitar al Sr. Moles, quien había presentado la Ponencia de tal forma que había demostrado una alta capacidad. En relación con el trabajo, también merecía la más ferviente felicitación el documento presentado a la Comisión de Organización y Métodos por el Sr. Campos.

En segundo término expresó que en el Perú existía un plan piloto de extensión a comunidades indígenas en que había cooperado la Or-

ganización Iberoamericana de Seguridad Social, y que en cuanto a los problemas de afiliación y control de cotizaciones, inclusive para los trabajadores independientes se había contado con el asesoramiento de la Organización de los Estados Americanos, sistema que servía tanto para la Caja de Seguro Social del Obrero como para la del Seguro Social del Empleado, con lo que se conseguía así un sólo registro patronal.

En lo que se refiere a la extensión de la seguridad social al campesino se habían instalado postas médicas y realizado un control de cobranza asumido por las propias comunidades que habían demostrado un grado de madurez para estos fines.

A continuación el Sr. Bonifacio Irala Amarilla (Paraguay), expresó que el seguro social de su país estaba viviendo una experiencia desde hacía 11 meses en cuanto a la cobertura del servicio doméstico. La Ley del Servicio Social del Trabajador Doméstico establecía un servicio obligatorio que autorizaba a la institución del seguro social a ir aplicándolo gradualmente por regiones geográficas empezando por la capital de la república en base a los beneficios de enfermedad, maternidad y accidentes del trabajo, si bien no se alcanzaba al grupo familiar, estando la afiliación a cargo del patrón y siendo el documento de identificación similar al de los otros asegurados, con algunas variaciones que pudieran ayudar a la prestación médica y a diferenciarlos entre una y otra clase de asegurados.

En uso de la palabra el Secretario General Sr. Gastón Novelo agradeció a la Asociación Internacional de la Seguridad Social el asesoramiento prestado en relación con el tema del Sr. Campos, con las informaciones de su Secretario General Sr. Leo Wildmann y de sus asesores señores Putti y Moles.

El señor Presidente expresó que se iba a constituir el grupo de trabajo para esta Ponencia, designándose a los señores: Moles (AISS), García Merino (Chile), y Pinto López (Brasil), quienes prepararían las resoluciones a la Conferencia.

Por último, el Sr. Moles agradeció las valiosas aportaciones realizadas por los señores delegados que vinieron a enriquecer el trabajo, y a nombre del Sr. Campos y del suyo propio dio las gracias por los conceptos que se formularon acerca de la elaboración y la presentación



del informe. También expresó que la colaboración prestada por la Asociación Internacional de la Seguridad Social en este particular no era más que una muestra de la armonía que ligaba a la asociación con el Comité Interamericano de Seguridad Social.

Agotado que fue el programa asignado a la sesión, fue levantada por el Sr. Presidente a la 1.45 horas.