

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XVII

NUMS. 52-53

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 II

Informes

JULIO-OCTUBRE

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.

## I N D I C E

<b>INFORME I</b>	
INFORME DE LA SECRETARIA GENERAL Dr. Gastón Novelo .....	11
<b>INFORME II</b>	
DESARROLLOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA EN EL PERIODO 1963-1967. SECRETARIA GENERAL CPISS. Lic. Luis García Cárdenas .....	51
<b>INFORME III</b>	
EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LA POBLACION RURAL. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Lic. Ricardo García Sáinz Dr. César Lechuga Act. Alejandro Hazas .....	73
<b>INFORME IV</b>	
ESTUDIO TECNICO ADMINISTRATIVO DE LOS PROBLEMAS DE AFI- LIACION, COTIZACION Y CONTROL, RELATIVOS A LOS TRABAJA- DORES INDEPENDIENTES, DOMESTICOS Y A DOMICLIO. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. Lic. Carlos Ma. Campos Jiménez .....	229
<b>INFORME V</b>	
ASIGNACIONES FAMILIARES EN AMERICA. FINANCIAMIENTO. INSTITUTO DE PREVENCIÓN SOCIAL, ARGENTINA. Dr. Carlos A Paillas .....	255
ADMINISTRACION. SUPERINTENDENCIA DE SEGURO SOCIAL, CHILE. Sr. Manuel García Merino .....	281
PRESTACIONES. CONSEJO CENTRAL DE ASIGNACIONES FAMILIARES. Dr. Elbio Fernández Capurro .....	321
<b>INFORME VI</b>	
RELACIONES ENTRE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MEDI- CO SOCIAL. CAJA DE SEGURO SOCIAL, PANAMA. Dr. Luis D. Alfaro .....	343
<b>INFORME VII</b>	
PRESTACIONES SOCIALES EN LOS REGIMENES DE SEGURIDAD SO- CIAL EN AMERICA. SECRETARIA GENERAL DEL CPISS. Lic. Juan Bernaldo de Quirós .....	379
<b>INFORME VIII</b>	
COORDINACION DE LA PROGRAMACION Y EJECUCION DE LOS PLA- NES NACIONALES DE DESARROLLO ECONOMICO CON LA SEGU- RIDAD SOCIAL. CONSEJO CENTRAL DE ASIGNACIONES FAMILIARES, URUGUAY. Dr. Carlos M. Mattos .....	435

**INFORME VI**

**RELACIONES ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD  
SOCIAL Y OTRAS INSTITUCIONES DE  
ASISTENCIA MEDICO SOCIAL**

**PONENTE:**

**CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**PANAMA**

**DR. LUIS D. ALFARO**

## **ANTECEDENTES:**

Siguiendo la evolución histórica de los países Latino-Americanos, nos encontramos que en un principio, las prestaciones médicas se hacían en este Continente, influenciadas con la tradición que los españoles nos trajeron y consistían esencialmente en Casas de Beneficencia, nacidas de Sociedades Filantrópicas y caritativas.

A fines del siglo pasado, la revolución industrial europea, trajo cambios en la convivencia de los países de aquel continente y agitó las masas y como consecuencia de ello, bajo la inspiración del Canciller Bismarck, nacieron los Seguros Sociales.

La América Latina, sensible a estos cambios, y luchando por encontrar su destino, en un mundo de transformación vertiginosa, adoptó el sistema de la Seguridad Social, saltando etapas sin estar preparados, en muchas instancias, para absorber las responsabilidades económicas y administrativas del Régimen del Seguro Social.

El desarrollo de la seguridad social ha avanzado mucho en los últimos cincuenta (50) años, aún cuando esta evolución ha variado de país a país, dependiendo en gran parte de la existencia y el avance de otros servicios médicos gubernamentales o de beneficencia, que tuvieron capacidad para absorber el volumen de las nuevas responsabilidades.

Con el avance del progreso, y la aparición de nuevas necesidades, el marco de los servicios sociales se ha expandido, con un criterio más moderno, hacia lo que hoy se llama Seguridad Social, que es parte de la política económico-social de los gobiernos. Con una política paralela de salarios y pleno empleo, se trata de proteger el conjunto de las masas trabajadoras y sus familias, asegurando la estabilidad de los ingresos y proporcionando servicios, especialmente médicos, que promuevan, protejan y restauren la salud física o mental, y, la capacidad productora de los trabajadores.

Por otra parte, los Ministerios de Salud, en cumplimiento de sus obligaciones esenciales de proteger, fomentar y hacer recuperar

la salud de los miembros de la comunidad, obligación esta que a veces deriva de un mandato Constitucional, que establece que el cuidado de la salud es obligación del Estado, han adoptado la política de construcción de hospitales, policlínicas y centros de salud, que ofrecen a todos los miembros de una comunidad, en forma de medicina integral, es decir, preventiva, curativa y social.

Más recientemente los Ministerios de salud, aspiran a “programas de salud” llevados a la práctica por “equipos de salud”, formados por profesionales y técnicos de distintas disciplinas.

La formación y ejecución de estos programas de salud de los ministerios, y otros servicios públicos, han sido la consecuencia de una transformación conceptual originada por los movimientos humanísticos, políticos y sociales que se iniciaron al término de la última Guerra Mundial con la “Carta del Atlántico”.

Por una parte, tenemos los servicios dependientes de los Ministerios que se encuentran limitados económicamente, pero que tratan de practicar una medicina integrada con todas las limitaciones derivadas de la falta de recursos humanos y materiales y por otro lado, tenemos la Seguridad Social que siguiendo su propia trayectoria histórica y obedeciendo a conceptos doctrinales internacionales, han desarrollado su propia red de servicios médicos, con los recursos que le dan sus entradas, servicios que son destinados a sus afiliados y a sus familiares. Estos servicios cubren a veces un sector bastante reducido de la población que sufre los riesgos de enfermar o morir.

#### **PRINCIPIOS DOCTRINARIOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES:**

Los organismos internacionales no podían permanecer indiferentes ante el problema que significa la ausencia de coordinación entre las diferentes Instituciones que dan prestaciones médico-sociales, la duplicación de servicios y en algunas instancias, la competencia entre los organismos del Estado dedicadas a prestar servicios médicos. Esta inquietud desarrollada entre los organismos que administran los servicios médico-sociales, se ha expresado repetidamente en el seno de las organizaciones internacionales. Así el problema se planteó por primera vez, en abril de 1959, en una reunión de expertos, por la Organización de los Estados Americanos, con el objeto de asesorar al Consejo Inter-Americano económico-social, sobre el establecimiento de

un programa a largo plazo en el campo de la Seguridad Social. Una de las recomendaciones del grupo, fue la de que se examinara en la O.E.A. las relaciones entre los Ministerios, las Instituciones de Seguridad Social y otras entidades que prestan servicios médico-sociales.

Hacemos referencia al libro editado por la Oficina Sanitaria Pan-Americana en 1964, cuyo autor es el Doctor MILTON I. ROEMER, que se titula "La Atención Médica en América Latina".

En este estudio encontramos todos los datos históricos concernientes a principios doctrinarios y acuerdos internacionales y representan el primer paso en el esfuerzo por esclarecer el difícil problema de la coordinación de servicios de atención médica entre los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social.

En la ciudad de México, del 25 al 28 de marzo de 1960, en la Primera reunión de la Comisión Regional Americana Médico-Social, se establece el programa de actividades futuras de la Comisión y dentro de los once (11) puntos que se aprobaron, se consideró como punto 7o. el tema:

**"RELACIONES ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OTRAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MEDICO-SOCIAL".**

En 1963, del 25 al 30 de marzo, tuvo lugar la II Reunión de la Comisión Regional Americana Médico-Social, también en la ciudad de México y estableció el programa de actividades inmediatas y futuras, quedando considerado nuevamente el punto 7o., en el rubro de actividades futuras.

En la XII Reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, efectuado en Asunción, Paraguay, de mayo a junio de 1964, la CONFERENCIA recomendó a la Comisión Regional Americana Médico-Social, se estudiara con carácter urgente el tema "Relaciones entre las Instituciones de Seguridad Social y otras Instituciones de Asistencia Médico-Social".

En consecuencia, este tema quedó comprendido en las actividades inmediatas que debía desarrollar la Comisión.

En ese mismo año de 1964, el Comité Ejecutivo de la Organización Pan-Americana de la Salud, en su XV Reunión celebrada en Wash-

ington, D. C., en el mes de mayo, al estudiar el proyecto del programa y presupuesto para 1965, discutió las relaciones que existen entre los ministerios o secretarías de salud y las Instituciones de Seguro Social, y se planteó la necesidad de realizar un estudio del problema que cada día va adquiriendo un contorno más trascendental.

El tema se discutió en la Agenda de la XV Reunión bajo el título de "Estudios de las Relaciones entre los programas Médicos de las Instituciones de Seguridad Social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como Organismos Gubernamentales de Salud".

En septiembre de 1965, la Oficina Sanitaria Pan-Americana, invitó a los Seguros Sociales a participar en los debates de este tema en la ciudad de Washington, en un nivel de agregados a la misión ministerial de los países miembros, siendo la Seguridad Social Panameña, la única presente. Fue entonces, cuando la Delegación de Panamá, propuso respetuosamente a la Mesa Directiva, que se invitara formalmente, representaciones de la Seguridad Social a estas reuniones de la Oficina, a un mismo nivel que los Ministerios, con el objeto de provocar un mejor intercambio de opiniones y lograr una mejor coordinación de las prestaciones médicas entre la Seguridad Social y los Ministerios o Secretarías de Asistencia Social de los diferentes países del Continente.

Del 13 al 15 de abril de 1966, con motivo de la celebración del XXV Aniversario de la fundación del Seguro Social panameño, se celebró en la ciudad de Panamá un Coloquio Médico-Social, organizado por la Asociación Internacional de la Seguridad Social y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y en este coloquio se trató el tema "Relaciones entre las instituciones de Seguridad Social y otras Instituciones de Asistencia Médico-Social", proponiéndose que las conclusiones y recomendaciones que resultaren de este coloquio fueran presentadas a la Reunión de Grupo de Trabajo de la Comisión Médico-Social en San José, Costa Rica, por un representante de Panamá, y se informara a la XIII Reunión de la C.P.I.S.S., San José, Costa Rica, los resultados de este evento.

En la XIII Reunión de la C.P.I.S.S., celebrada en San José, Costa Rica, del 11 al 26 de abril de 1966, tanto el Comité como la Asesoría Técnica de las Comisiones Regionales Americanas de Seguridad Social, se refirieron a este tema, recomendando se incluyera el mismo en la Agenda de la VIII Reunión de la Conferencia Inter-Americana



de Seguro Social que tendrá lugar en la ciudad de Panamá en 1968 (punto 7o.).

En la reunión de los grupos de trabajo de la Comisión Regional Americana de Seguro Social celebrada en San José, Costa Rica, se aprobó el informe presentado por Panamá, el cual fue sometido a la consideración de la XIII Reunión de la C.P.I.S.S., ratificándose esta aprobación. Se recomendó además de que fuera presentada en la III Reunión de la Comisión Regional Americana Médico-Social, que debe celebrarse próximamente en la VIII Conferencia Interamericana de Seguridad Social, y se incorporará en la Agenda de dicha Conferencia como punto 7o.

El tema "Relaciones entre las Instituciones de Seguridad Social y otras Instituciones de Asistencia Médico-Social", promovido por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, despertó gran interés en muchas reuniones internacionales, habiéndolo tratado particularmente las siguientes:

Grupos de Estudio sobre Coordinación de la atención médica en la América Latina, Washington 12-16 de julio de 1965, convocado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de los Estados Americanos.

VIII Conferencia de los Estados de América, Miembros de la Organización Internacional del Trabajo, Ottawa, Canadá del 12 al 23 de septiembre de 1966.

XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, octubre de 1966.

Reunión de Coordinación de actividades y de Seguridad Social en las Américas, Ginebra, febrero de 1967.

Reunión de la Comisión de Expertos en Seguridad Social, O.I.T., marzo de 1967, Ginebra.

Asociación Internacional de la Seguridad Social.

Reunión del Comité de Programación, marzo 1965, Ginebra.

XVIII Reunión de la Mesa Directiva de la A.I.S.S., marzo de 1965, Ginebra.

XIX Reunión de la Mesa Directiva de la A.I.S.S., octubre de 1966, Ginebra.

XVI Asamblea General A.I.S.S., Leningrado, mayo de 1967.

XXV Aniversario C.I.S.S., Grupo de Trabajo de la Comisión Regional Americana Médico-Social, C.I.S.S.-A.I.S.S., Lima, septiembre de 1967.

XVII Reunión del Consejo Directivo y XIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Puerto España, Trinidad, octubre de 1967.

En la XVII Reunión de la Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en la ciudad de Washington del 26 de septiembre al 10 de octubre de 1966, participaron numerosos representantes de las Instituciones Americanas de Seguridad Social que intervinieron en el tema: "Medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los ministerios de Salud, las Instituciones de Seguridad Social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud". En la mencionada Reunión fué relator general el Dr. Luis D. Alfaro, de la Caja de Seguro Social de Panamá. Se anexa documento.

#### LIMA

En septiembre de 1967 con motivo del XXV Aniversario de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, se reunió un grupo de trabajo de la Comisión Regional Americana Médico-Social donde el Dr. Luis D. Alfaro presentó un Informe Preliminar sobre el tema "Relaciones entre las Instituciones de Seguridad Social y otras Instituciones de Asistencia Médico-Social".

Del 2 al 12 de octubre de 1967, se celebraron la XVII reunión del Consejo Directivo, y la XIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, en Puerto España, Trinidad, con asistencia de representantes de la Seguridad Social, de algunos países del Continente.

En esta reunión se discutió ampliamente en un grupo de trabajo, constituido por los siguientes países: Argentina, Chile, Brasil, Colombia, Panamá y Perú, como número 24, el tema "Progreso obtenido

en la coordinación entre los Servicios y Programas de los Ministerios de Salud, las Instituciones de Seguridad Social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud.

La Delegación de Panamá propuso al pleno de la conferencia al siguiente proyecto de resolución, el cual fué aprobado por unanimidad.

**CUADRO No. 1**

1. ¿Qué Instituciones en su país hacen labor médico-social?

1.1 = ¿Instituciones Públicas?

a) Centralizadas

b) Descentralizadas

1.2 = Instituciones Privadas

PAISES	1.1a	1.1b	1.2
MEXICO	5	14	22
CHILE	6	8	8
GUATEMALA	3	3	2
HONDURAS	1	2	4
NICARAGUA	1	2	?
PANAMA	1	1	7
SALVADOR	?	?	?
COSTA RICA	1	3	3
TOTAL	18	33	46

Este cuadro indica las Instituciones que realizan labor médico-social, demuestra un predominio de las Instituciones privadas sobre las Instituciones Centralizadas y las Instituciones descentralizadas.

Este predominio es sólo aparente porque las Instituciones privadas en su mayoría no tienen sino una trascendencia local, mientras las Instituciones públicas que comprenden generalmente los Ministerios de Salud Pública y los Seguros Sociales, abarcan un gran número de establecimientos médicos y protegen la mayor parte de la Población de los respectivos países.

Es dudoso que para la coordinación de los servicios médico asistenciales valga la pena tomar en cuenta las Instituciones privadas.

**CUADRO No. 2**

2. La coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las diferentes Instituciones médico-sociales se realiza en virtud de:
- 2.1 Disposiciones Legales
  - 2.2 Ley Orgánica de la Institución de Seguridad Social
  - 2.3 Acuerdos y convenios especiales

PAISES	2.1	2.2	2.3
MEXICO	NO	NO	SI
CHILE	NO	SI	NO
GUATEMALA	SI	SI	SI
HONDURAS	NO	NO	SI
NICARAGUA	NO	NO	SI
PANAMA	NO	NO	SI
SALVADOR	SI	SI	SI
COSTA RICA	NO	NO	SI

Para la coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las demás Instituciones Médico-sociales, no existen disposiciones legales más que en Guatemala y El Salvador. Existen disposiciones

en la Ley Orgánica de las Instituciones de Seguridad Social en Chile, Guatemala y El Salvador. En los demás países, con excepción de Chile se procede únicamente a base de acuerdos y convenios circunstanciales. Se nota claramente la tendencia a que la coordinación se lleve a cabo únicamente a base de acuerdos y convenios, porque resulta muy difícil generalizar una legislación que involucre, tanto a los que reciben el servicio a base de una cotización mensual, como a los que la reciben a título gratuito de parte del Estado.

**CUADRO No. 3**

Se utiliza la Coordinación en cuanto a la utilización de unidades de Servicios Médicos?

PAISES	3.1 Puestos Periféricos	3.2 Clínicas	3.3 Hospitales	3.4 Maternidad
MEXICO (*)	SI	SI	SI	SI
CHILE	SI	SI	SI	SI
GUATEMALA	SI	NO	PARCIAL	PARCIAL
HONDURAS	NO	NO	PARCIAL	NO
NICARAGUA	NO	SI	SI	NO
PANAMA	SI	SI	SI	SI
SALVADOR	SI	SI	SI	SI
COSTA RICA	En algunos casos	NO	SI	SI

(\*) Se realiza la Coordinación según las peculiaridades regionales y locales.

En la mayor parte de los países se realiza la coordinación, utilizando unidades de servicio médico mediante convenios circunstanciales.

**CUADRO No. 4**

Para el otorgamiento de cuotas de estas atenciones (puestos periféricos, clínicas, hospitales, maternidades), se realiza coordinación

Países	Consulta Externa	Medicina General	Especialidades	Hospitalización	Auxiliares de Diagnos. y Trat.	Medicina Preventiva
MEXICO	NO	NO	NO	SI	NO	SI
CHILE	SI	SI	SI	SI	SI	
GUATEMALA	NO	NO	SI	SI	SI	
HONDURAS	NO	NO	NO	PARCIAL	NO	
NICARAGUA	SI	NO	NO	SI	SI	
PANAMA	SI	SI	NO	SI	NO	SI
SALVADOR	NO	NO	NO	SI	NO	
(En algunos casos)						
COSTA RICA	SI	NO	NO	SI	SI	

En el cuadro se nota una clara tendencia a que la consulta externa se lleve a cabo en servicios propios e independientes de los servicios del Estado. Se observa que la coordinación existe con mayor frecuencia en lo que se refiere a servicios de hospital.

**CUADRO No. 5**

La Coordinación se hace en cuanto:

5-1 La unidad Hospitalaria total.

5-2 La disposición de camas.

PAISES	5-1	5-2
MEXICO		SI
CHILE	SI	Maternidad
GUATEMALA	NO	SI
HONDURAS		SI
NICARAGUA	NO	SI
PANAMA	NO	SI
SALVADOR	NO	SI
COSTA RICA	SI	NO

Se hace evidente que con excepción de Chile y Costa Rica, todos los demás países se abstienen de subrogar la unidad hospitalaria, y se limitan a ocupar y pagar camas.

**CUADRO No. 6**

Si se realiza la contratación de camas, esto lleva implícito el otorgamiento de los servicios de la Unidad Hospitalaria total

MEXICO	SI
CHILE	SI
GUATEMALA	SI
HONDURAS	SI
NICARAGUA	PARCIAL
PANAMA	SI
EL SALVADOR	PARCIAL
COSTA RICA	SI

En este cuadro notamos que la contratación de camas lleva implícito el otorgamiento de todos los servicios de la unidad hospitalaria.



**CUADRO No. 7**

Se realiza coordinación en lo que respecta a:

7-1 Personal médico y para-médico

7-2 Atención farmacológica

7-3 Servicio ambulatorio

PAISES	7-1	7-2	7-3
MEXICO	SI	?	?
CHILE	SI	SI	SI
GUATEMALA	SI	SI	SI
HONDURAS	NO	NO	NO
NICARAGUA	SI	SI	SI
PANAMA	SI	SI	NO
SALVADOR	NO	NO	NO
COSTA RICA	NO	NO	NO

La coordinación en casi todos los países se realiza incluyendo personal médico, para-médico y atención farmacológica; pero, en cuanto al servicio ambulatorio, solamente Chile, Guatemala y Nicaragua lo emplean. Esto confirma la tendencia de todos los países de establecer servicios ambulatorios propios.

**CUADRO No. 8**

Cada Institución tiene exclusividad en la atención  
a ciertos sectores de la población.

MEXICO	SI EN MEDICINA ASISTENCIAL. NO EN MEDICINA PREVENTIVA.
CHILE	SI EN GENERAL, excepto en las presta- ciones económicas que se otorgan sólo a los Asegurados.
GUATEMALA	SI, salvo emergencias por accidentes o maternidad.
HONDURAS	SI, salvo emergencias por accidentes o maternidad.
NICARAGUA	SI
PANAMA	SI
SALVADOR	SI
COSTA RICA	SI

Cada Institución atiende exclusivamente el sector de la población que le corresponde, o sea que los Ministerios atienden a la población en general y los Seguros Sociales a los Asegurados y sus familiares.

**CUADRO No. 9**

Existen servicios comunes en lo que respecta a:

- 9-1 Medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- 9-2 Transportación de enfermos
- 9-3 Puestos Periféricos
- 9-4 Clínicas
- 9-5 Hospitales
- 9-6 Maternidad
- 9-7 Servicios de Rehabilitación.

PAISES	9-1	9-2	9-3	9-4	9-5	9-6	9-7
MEXICO	Circuns- tancial	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem
CHILE	Sólo para cierto tipo de enfermedades						
GUATEMALA	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO
HONDURAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	parcial
NICARAGUA	Sólo para cierto tipo de enfermedades						
PANAMA	NO	NO	NO	NO	parc.	parc.	NO
SALVADOR	—	—	—	—	—	—	—
COSTA RICA	NO	SI	parc.	NO	SI	—	—

Se refleja una clara tendencia de las Instituciones a mantener una autonomía de sus servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, transporte de enfermos, puestos periféricos, clínicas, hospitales, maternidades y servicios de rehabilitación. Esto es menos notable en Guatemala donde existen todos los servicios anotados, con excepción de clínicas y servicios de rehabilitación, en común con el Estado.

**CUADRO No. 10**

La coordinación se efectúa por medio de:

- 10-1 Permuta y/o subrogación de servicios
- 10-2 Pago de los mismos
- 10-3 En forma gratuita

P A I S E S	10-1	10-2	10-3
MEXICO	SI	NO	SI
CHILE	NO	NO	SI
GUATEMALA	NO	SI	SI
HONDURAS	NO	SI	NO
NICARAGUA	NO	SI	NO
PANAMA	NO	SI	NO
SALVADOR	NO	SI	NO
COSTA RICA	NO	SI	NO

Este cuadro refleja una clara tendencia a pagar por los servicios que reciben de otras Instituciones.

El sistema de permuta casi no existe (se limita a México).

**CUADRO No. 11**

El pago se realiza por:

- 11-1 cama ocupada
- 11-2 camas fijas
- 11-3 pago del personal
- 11-4 pago de otros gastos.

PAISES	11-1	11-2	11-3	11-4
MEXICO	SI	Excepcional	NO	NO
CHILE	NO	NO	NO	Alimentación
GUATEMALA	SI	NO	SI	SI
HONDURAS	SI	NO	NO	SI
NICARAGUA	NO	SI	NO	SI
PANAMA	SI	NO	SI	SI
SALVADOR	NO	SI	NO	SI
COSTA RICA	SI	NO	SI	—

Este cuadro demuestra que la mayor parte de las Instituciones pagan por cama ocupada y algunas pagan además, el personal y otros gastos.

**CUADRO No. 12**

Existen disposiciones legales o de otra índole que obliguen a cualquiera de las Instituciones a otorgar la prestación en caso de urgencia

P A I S E S	
MEXICO	NO, pero se hace
CHILE	SI, en los servicios de urgencia de Asistencia Pública.
GUATEMALA	SI
HONDURAS	NO, pero se hace
NICARAGUA	NO, pero se hace
PANAMA	SI (Reglamentos)
SALVADOR	SI
COSTA RICA	SI

Generalmente no existen disposiciones legales que obliguen a las instituciones a prestar servicios en casos de urgencia, pero este cuadro demuestra que aunque no existe esa obligación, la mayor parte de las instituciones prestan el servicio en caso de urgencia.

**CUADRO No. 13**

Existe coordinación en cuanto a las campañas de higiene y salubridad del medio ambiental y de la familia? ¿Cuáles son estas campañas?

MEXICO	SI, MUY AMPLIA
CHILE	SI, MUY AMPLIA
GUATEMALA	?
HONDURAS	SI, en materia de tuberculosis y atención del niño sano.
NICARAGUA	SI, para vacunación
PANAMA	SI, vacunación, tuberculosis
EL SALVADOR	?
COSTA RICA	SI (División sanitaria, División Nutricional, Inmunización, etc.).

Según el presente cuadro, la coordinación en cuanto a campañas de higiene y salud, es muy amplia en México, Chile y Costa Rica. En cuanto a los demás países, existe esa coordinación circunscrita a tuberculosis y a la vacunación para la protección del niño.

**CUADRO No. 14**

Existe intercambio de información entre las diversas Instituciones?

14-1 Bioestadística

14-2 Expedientes

PAISES	14-1	14-2
MEXICO	SI	NO
CHILE	SI	A solicitud
GUATEMALA	NO	NO
HONDURAS	SI	NO
NICARAGUA	SI	NO
PANAMA	SI	A solicitud
SALVADOR	—	—
COSTA RICA	SI	NO

Demuestra que existen intercambios de información bioestadística en casi todos los países, con excepción de Guatemala.

El intercambio de expedientes existe solamente en Chile y en Panamá, a solicitud de las partes interesadas.



**CUADRO No. 15**

Existe un servicio, coordinado de trabajo social en cuanto a bienestar de la comunidad? (Labor de desarrollo económico, orientación educativa, etc.).

P A I S E S	
MEXICO	limitado
CHILE	en proceso de formación
GUATEMALA	NO
HONDURAS	NO
NICARAGUA	NO
PANAMA	NO
EL SALVADOR	—
COSTA RICA	SI

Según aparece en este cuadro, sólo en Costa Rica existe un servicio social coordinado entre las distintas Instituciones que prestan servicios asistenciales.

**CUADRO No. 16**

¿Existen programas de educación y divulgación médicas? ¿En qué forma y cuáles son los medios con los que se realiza? (Prensa, cine, radio, etc.).

MEXICO	SI, utilizando todos los medios de difusión
CHILE	SI, utilizando todos los medios de difusión
GUATEMALA	SI, utilizando todos los medios de difusión
HONDURAS	SI,
NICARAGUA	OCASIONALES
PANAMA	OCASIONALES
EL SALVADOR	—
COSTA RICA	SI, utiliza todos los medios de difusión

Este cuadro demuestra que en la mayor parte de los países existen programas de divulgación y educación y que se realizan utilizando todos los medios de difusión.

**CUADRO No. 17**

**Existen disposiciones para evitar la duplicidad de servicios que prestan las diversas Instituciones Médico-sociales?**

PAISES	
MEXICO	NO
CHILE	NO
GUATEMALA	NO
HONDURAS	NO
NICARAGUA	NO
PANAMA	NO
EL SALVADOR	—
COSTA RICA	NO

En ninguno de los países que han contestado esta encuesta, existen disposiciones para evitar la duplicidad de los servicios que prestan las Instituciones médico-asistenciales.

**CUADRO No. 18**

Existen grupos mixtos o inter-institucionales dedicados a la investigación de problemas médico-sociales?

P A I S E S	
MEXICO	Desde 1965
CHILE	Por medio de convenios con la Universidad
GUATEMALA	El Consejo de Bienestar Social de tipo nacional
HONDURAS	NO
NICARAGUA	NO
PANAMA	Comisión Nal. de Planificación de la Salud
EL SALVADOR	— — — — —
COSTA RICA	SI (por el grupo técnico de trabajo en el Sector Salud).

Se nota en este cuadro una tendencia reciente a crear los organismos inter-institucionales dedicados a la investigación de los problemas médico-sociales.

**CUADRO No. 19**

Mencionar algunas otras medidas de coordinación de servicios médicos, además de las enunciadas, que estén vigentes o en su proyecto.

NO HAY UN CRITERIO UNIFICADO EN LAS RESPUESTAS. UNOS PAISES SE REFIEREN AL INDIVIDUO Y OTROS A LAS INSTITUCIONES.

## OBJETIVOS

La Organización Mundial de la Salud, establece en su declaración de principios que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". Y agrega más adelante, "que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de su pueblo, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas".

Estos principios doctrinarios tienen valor universal y así vemos que la constitución de la O.M.S. es aceptada por 125 Estados que forman parte de ella.

En último término el objetivo de todo servicio de salud, es alcanzar para toda la población a su cargo, el más alto grado de salud posible; en otras palabras, obtener para todos los habitantes un completo estado de bienestar físico mental y social. Para poder alcanzar este amplio objetivo, los Ministerios o Servicios de salud necesariamente tienen que organizar servicios de protección, de fomento y de restauración de la salud y administrarlos con un criterio unitario aplicando los métodos de la planificación en la que a cada actividad debe dársele la prioridad que deriva.

Una de estas acciones es la atención médica. Por otra parte la Seguridad Social es uno de los elementos de la política económico-Social de un país, y tiene por objeto restablecer, por medio de prestaciones en dinero y especie la capacidad de consumo de los grupos de los trabajadores asegurados o afiliados y sus familias cuando por razones de enfermedad, accidentes, invalidez, vejez o muerte han perdido en forma transitoria o permanente su capacidad de ganar o sus medios de subsistencia.

Es indiscutible que existe en la América Latina un desarrollo económico social pobre, debido a que nuestros gobiernos en su ma-

yoría son económicamente débiles. Por esta razón, las prestaciones de salud que se pueden otorgar a través de los Ministerios correspondientes, no cuentan con suficientes recursos económicos. También es cierto que los recursos humanos disponibles para este tipo de prestaciones son limitados. Por otro lado, los países americanos han adoptado la seguridad social, la que se ha expandido notoriamente con suficientes recursos y pueden dar sus prestaciones médicas en un alto nivel contrastando con el tipo de prestaciones médicas que se otorgan a través de los Ministerios de Salud. Notamos también que este alto nivel de prestaciones médicas otorgadas por la Seguridad Social Americana, cubre en la mayoría de los países un porcentaje limitado de la población de cada país. Como consecuencia, recae sobre los Ministerios la gran masa de la población no asegurada, pero es evidente que sus escasos recursos, no les permiten otorgar un tipo de prestaciones a nivel de las que presta la Seguridad Social.

Estas observaciones vienen preocupando a los organismos internacionales desde hace varios años y hemos visto ya cómo la O.E.A., la Oficina Sanitaria Panamericana, la Organización Internacional del Trabajo, y los Organismos Internacionales de Seguridad Social, tienen como tema de actualidad las relaciones entre la Seguridad Social y los Ministerios de Salud y de otras Instituciones que prestan asistencia médico-social, con el objeto de llegar a acuerdos, medidas y planes que tiendan a una mejor distribución de los recursos humanos y materiales de cada país, a fin de dar mejores prestaciones de salud que alcancen a la gran mayoría de la población.

Para estos efectos, el consenso de opinión universal va dirigido hacia una coordinación de esfuerzo considerado que coordinación es "la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas Instituciones públicas y privadas para el cuidado de salud". Por ello, el Comité Interamericano de Seguridad Social, siguiendo los lineamientos planteados en otros niveles internacionales hace una encuesta a fin de ver el tipo de relaciones que existe entre las Instituciones de Seguridad Social y otras Instituciones de asistencia médico-social en el Continente y tiende tal vez a buscar los canales que conduzcan a la mejor utilización de los recursos mencionados y promover mejores relaciones entre las distintas entidades que hacen prestaciones médico-sociales.

## **METODOS DE LA ENCUESTA:**

El Comité Permanente de Seguridad Social envió una encuesta a todos los países miembros de la Institución, que tiene como objetivo saber el número de Instituciones que prestan servicios médico-social en cada país y establecer la coordinación que existe entre las entidades puramente estatales, las Instituciones de Seguridad Social y las entidades privadas que también se dedican a estos menesteres.

## **EVALUACION:**

En relación con esta encuesta se recibieron respuestas de los siguientes países:

México, Chile, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, El Salvador, Los Estados Unidos, Argentina y Costa Rica.

Al considerar las respuestas recibidas, ha sido necesario no tomar en consideración las de Argentina y los Estados Unidos. La primera porque las modalidades de los servicios asistenciales siguen un patrón totalmente distinto al que está en vigencia en los demás países del Continente, ya que en la legislación de ese país no está previsto el seguro de enfermedad.

La respuesta de los Estados Unidos no se toma en cuenta, porque no existe ningún punto de contacto entre la forma en que se otorgan las prestaciones, comparado con lo que acontece en el resto de la América. Evidentemente, en los Estados Unidos la asistencia médica se lleva a cabo casi totalmente por medio de seguros privados.

## **ANALISIS DE LAS RESPUESTAS**

El Cuadro No. 1, que indica las Instituciones que realizan labor médico-social, demuestra un predominio de las Instituciones privadas sobre las Instituciones centralizadas y las Instituciones descentralizadas. Este predominio es sólo aparente porque las Instituciones privadas en su mayoría no tienen sino una trascendencia local, mientras las Instituciones públicas que comprenden generalmente los Ministerios de Salud Pública y los Seguros Sociales, abarcan un gran número de establecimientos médicos y protegen a la mayor parte de la población de los respectivos países.



Es dudoso que para la coordinación de los servicios médico-asistenciales valga la pena tomar en cuenta las Instituciones privadas.

#### CUADRO No. 2

Para la coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las demás Instituciones Médico-sociales, no existen disposiciones legales más que en Guatemala y El Salvador. Existen disposiciones en la Ley Orgánica de las Instituciones de Seguridad Social en Chile, Guatemala y El Salvador. En los demás países, con excepción de Chile se procede únicamente a base de acuerdos y convenios circunstanciales.

Se nota claramente la tendencia a que la Coordinación se lleve a cabo únicamente a base de acuerdos y convenios, porque resulta muy difícil generalizar una legalización que involucre, tanto a los que reciben el servicio a base de una cotización mensual, como a los que lo reciben a título gratuito de parte del Estado.

#### CUADRO No. 3

En la mayor parte de los países se realiza la coordinación, utilizando unidades de servicio médico mediante convenios circunstanciales.

#### CUADRO No. 4

En el Cuadro No. 4 se nota una clara tendencia a que la consulta externa se lleve a cabo en servicios propios o independientes de los servicios del Estado. Se observa que la coordinación existe con mayor frecuencia en lo que se refiere a servicios de hospital.

#### CUADRO No. 5

Se hace evidente que con excepción de Chile y Costa Rica, todos los demás países se abstienen de subrogar la unidad hospitalaria, y se limitan a ocupar y pagar camas.

#### CUADRO No. 6

En este cuadro notamos que la contratación de camas lleva implícito el otorgamiento de todos los servicios de la unidad hospitalaria.

#### CUADRO No. 7

La coordinación en casi todos los países se realiza incluyendo personal médico, paramédico y atención farmacológica, pero, en cuanto al servicio ambulatorio, solamente Chile, Guatemala y Nicaragua lo emplean. Esto confirma la tendencia de todos los países de establecer servicios ambulatorios propios.

#### CUADRO No. 8

Cada Institución atiende exclusivamente el sector de la población que le corresponde, o sea que los Ministerios atienden a la población en general y los Seguros Sociales a los Asegurados y sus familiares.

#### CUADRO No. 9

Se refleja una clara tendencia de las Instituciones a mantener una autonomía de sus servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, transporte de enfermos, puestos periféricos, clínicas, hospitales, maternidades y servicios de rehabilitación. Esto es menos notable en Guatemala donde existen todos los servicios anotados, con excepción de clínicas y servicios de rehabilitación, en común con el Estado.

#### CUADRO No. 10

Refleja una clara tendencia de pagar los servicios que reciben de otras Instituciones.

El sistema de permuta casi no existe (se limita a México).

#### CUADRO No. 11

El Cuadro No. 11 demuestra que la mayor parte de las Instituciones pagan por cama ocupada y algunas pagan, además, el personal y otros gastos.

#### CUADRO No. 12

Generalmente no existen disposiciones legales que obliguen a las Instituciones a prestar servicios en casos de urgencia, pero este cuadro demuestra que aunque no existe esa obligación, la mayor parte de las Instituciones prestan el servicio en caso de urgencia.

### CUADRO No. 13

Según el Cuadro No. 13, la coordinación en cuanto a campañas de higiene y salud, es muy amplia en México, Chile y Costa Rica. En cuanto a los demás países existe esa coordinación circunscrita a tuberculosis y a la vacunación para la protección del niño.

### CUADRO No. 14

Demuestra que existen intercambios de información bioestadística en casi todos los países, con excepción de Guatemala.

El intercambio de expedientes, existe solamente en Chile y en Panamá, a solicitud de las partes interesadas.

### CUADRO No. 15

Según aparece en este cuadro, sólo existe en Costa Rica un servicio social coordinado entre las distintas Instituciones que prestan servicios asistenciales.

### CUADRO No. 16

Este cuadro demuestra que en la mayor parte de los países existen programas de divulgación y educación y que se realizan utilizando todos los medios de difusión.

### CUADRO No. 17

En ninguno de los países que han contestado esta encuesta, existen disposiciones para evitar la duplicidad de los servicios que prestan las Instituciones médico-asistenciales.

### CUADRO No. 18

Se nota en este cuadro una tendencia reciente a crear los organismos inter-institucionales dedicados a la investigación de los problemas médico-sociales.

## CONSIDERACIONES FINALES

- 1.—En todos los países con excepción de Argentina, existen Instituciones de Seguridad Social, que prestan atención médico-social.

- 2.—Como está demostrado, existe en todos los países cierto tipo de coordinación entre los servicios de las Instituciones de Seguridad Social y las Estatales.

No obstante, en muy pocos países existe legislación que regule esta coordinación y si ésta se lleva a efecto, es gracias a acuerdos circunstanciales. Isistimos en que es muy difícil generalizar una legislación que involucre, tanto a los que reciben el servicio a base de una cotización mensual, como a los que lo reciben a título gratuito por parte del Estado.

- 3.—La tendencia general es que la coordinación se lleve a cabo preferentemente en lo que se refiere a servicios de hospital. Se paga generalmente por cama ocupada y solamente en dos países se observa que hay servicios subrogados. Esa coordinación se realiza incluyendo personal médico, paramédico y atención farmacológica.
- 4.—En cuanto a la coordinación de los servicios ambulatorios se refiere, sólo Chile la emplea y recurreñ a ella en forma muy limitada, Guatemala y Nicaragua. Hay pues una tendencia clara a que las Instituciones establezcan sus servicios ambulatorios propios. Igual tendencia se observa en lo que se relaciona a los servicios de diagnóstico y tratamientos.
- 5.—Hemos notado que con excepción de Guatemala, en todos los países existe intercambio de información bioestadística. Notamos también que en ningún país existe intercambio de expedientes clínicos.
- 6.—Observamos también, que en todas las Instituciones existen programas de divulgación y educación, utilizando todos los medios de difusión, pero no en forma coordinada.
- 7.—Al analizar esta encuesta notamos una reciente tendencia de los países de América a crear los organismos inter-institucionales dedicados a la investigación de los problemas médico-sociales. Cinco (5) de los países que han contestado la encuesta tienen organismos a nivel nacional.

NOTA: Del presente informe emanó la Resolución No. 69 que aparece en el Tomo Primero de la Memoria de Labores.