

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XVIII

EPOCA III

Núm. 56

PRIMER CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARZO-ABRIL

1969

MEXICO, D. F.

CIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
ES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
E ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana 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.

| | Pág. |
|--|------|
| INFLUENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PROGRESO MEDICO CIENTIFICO. LA FORMACION DEL MEDICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL | |
| <i>Dr. Luis Méndez</i> | 259 |
| El concepto de la salud y su significado social | 259 |
| La ciencia médica y la política social | 263 |
| Influencia de la política social en el avance de la ciencia médica | 266 |
| La institucionalización de la medicina | 267 |
| El papel de la medicina en la seguridad social | 270 |
| Influencia de la seguridad social en el progreso científico de la medicina y la formación profesional | 273 |
| INFORME FINAL | 283 |
| ELEMENTOS BASICOS DE CONTROL DE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES MEDICAS. AUDITORIA MEDICA Y PROCEDIMIENTOS TECNICO-ADMINISTRATIVOS <i>Dr. Arturo Vasi Pérez</i> | 287 |
| Es así que la eficiencia podemos medirla analizando los siguientes indicadores | 295 |
| En cuanto a la cantidad de servicios impartidos podemos medirla utilizando los siguientes indicadores | 295 |
| En cuanto al rendimiento económico podemos medirlo utilizando los siguientes indicadores | 296 |
| INFORME FINAL | 303 |
| LOS PROGRAMAS DE COORDINACION ENTRE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS MINISTERIOS DE SALUD PUBLICA. APLICACION Y RESULTADOS | |
| <i>Dr. Horacio Parra Escobar</i> | 307 |
| Conceptos, definiciones y antecedentes | 307 |
| Plan de desarrollo de la ponencia | 312 |
| Resúmenes de las realizaciones y aplicaciones | 314 |
| ARGENTINA | 314 |
| BOLIVIA | 314 |
| BRASIL | 314 |
| CANADA | 315 |
| COLOMBIA | 315 |
| COSTA RICA | 317 |
| CUBA | 318 |
| CHILE | 318 |
| ECUADOR | 318 |
| EL SALVADOR | 318 |
| GUATEMALA | 318 |
| HONDURAS | 319 |
| MEXICO | 320 |
| NICARAGUA | 321 |
| PANAMA | 321 |
| PARAGUAY | 322 |
| PERU | 323 |
| REPUBLICA DOMINICANA | 324 |
| VENEZUELA | 325 |

| | Pág. |
|--|------|
| Análisis de las respuestas a los cuestionarios | 325 |
| Conclusiones y recomendaciones | 328 |
| Anexo I | 329 |
| Anexo II | 331 |
| Anexo III | 332 |
| RESUMEN | |
| Conceptos, definiciones y antecedentes | 335 |
| Plan de desarrollo de la ponencia | 337 |
| Resúmenes de realizaciones y aplicaciones | 337 |
| Análisis de las respuestas a los cuestionarios | 337 |
| Conclusiones y recomendaciones | 337 |
| INFORME FINAL | 339 |
| NUEVAS EXPERIENCIAS EN LA EXTENSION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL A ZONAS Y COMUNIDADES RU- RALES Dr. Carlos Martí Bufill | 343 |
| Transformación de los criterios clásicos de los seguros sociales para la consecución de fórmulas prácticas de extensión de la protección a zonas y comunidades rurales | 343 |
| De orden económico-financiero | 343 |
| De orden médico-asistencial | 344 |
| De orden técnico-administrativo | 347 |
| Desde el punto de vista económico actuarial | 348 |
| Desde el punto de vista médico-asistencial | 349 |
| En orden a medios móviles y auxiliares para la asistencia sanitaria | 350 |
| En orden a las instalaciones sanitarias | 351 |
| En orden a la medicina preventiva, educación sanitaria y rehabi- litación | 352 |
| Asistentes sociales | 353 |
| Coincidencia de los estudios y recomendaciones de los organismos internacionales sobre las prestaciones de la seguridad social en la agricultura | 353 |
| Conferencia Interamericana de Seguridad Social | 354 |
| Comisión Económica para América Latina | 356 |
| Organización de los Estados Americanos | 356 |
| Asociación Internacional de la Seguridad Social | 356 |
| Organización Iberoamericana de la Seguridad Social | 357 |
| Organización Internacional del Trabajo | 358 |

LOS PROGRAMAS DE COORDINACION ENTRE LA SEGURIDAD
SOCIAL Y LOS MINISTERIOS DE SALUD PUBLICA. APLICACION
Y RESULTADOS

PONENTE: COMISIÓN REGIONAL AMERICANA MÉDICO-
SOCIAL. AISS-CISS.
DR. HORACIO PARRA ESCOBAR.

PRESIDENTE: DR. FRANCISCO FONSECA.
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL ISSSTE.

SECRETARIO TÉCNICO: DRA. BLANCA R. ORDOÑEZ DE LA MORA.
SUBJEFE DE MEDICINA PREVENTIVA DEL
IMSS.

LOS PROGRAMAS DE COORDINACION
ENTRE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y LOS MINISTERIOS DE SALUD PUBLICA.
APLICACION Y RESULTADOS



Dr. Horacio Parra Escobar

I) CONCEPTOS, DEFINICIONES Y ANTECEDENTES.

- 1.—La ejecución eficaz de todo programa de actividades es el resultado lógico de una adecuada planeación, inicial y progresivamente desarrollada con definidas actitudes coordinadoras. Es decir, que planeación y coordinación simbolizan procesos inseparables de necesaria inter-acción para el éxito de la realización ejecutiva.
- 2.—Por supuesto, la planeación ha exigido inventario previo de recursos humanos y materiales disponibles; si éstos aparecen limitados y dispersos dentro de programas concurrentes al mismo objeto, pero bajo la responsabilidad de diversas Instituciones oficiales, semi-oficiales y privadas, entonces, no sólo es conveniente, sino que sobre-sale imperativa la necesidad de coordinarse — a todos los niveles de acción — en beneficio del máximo y óptimo aprovechamiento de las disponibilidades actuales y futuras.
- 3.—Tal es el caso de los Planes Nacionales de Salud, que en los países latinoamericanos, adolecen de estrechez presupuestal y de marcada limitación en recursos indispensables para satisfacer grandes y crecientes demandas de atención médica integral a ingentes sectores de población urbana y campesina. Excluidos los grupos minoritarios (aproximadamente 10% de la población total) capaces de sufragar, por cuenta propia, servicios privados de atención médica (no siempre de tipo integral, sino más bien de carácter episódico y orientada, casi en su totalidad, a la acción curativa), el cuidado de la salud del resto de la población — 90% — queda, en la mayoría de los países mencionados, a cargo de tres Instituciones principales: Institutos de Seguridad Social, Ministerios de Salud y Entidades de Beneficiencia.

4.—Corresponde a los Seguros Sociales, por compromiso contractual obligatorio o facultativo, garantizar la preservación, el mantenimiento y la recuperación de la salud en la población económicamente activa (fuerza de trabajo, factor del desarrollo económico nacional). Para tal fin, disponen de presupuestos constituídos por cotizaciones forzosas de fuente tripartita (trabajador, patrono y Estado) o de fuente exclusivamente patronal, las cuales, con base en cálculos actuariales confiables, rinden cuotas anuales de sostenimiento *per cápita*, en cuantía significativamente muy superior a las de que disponen los Ministerios de Salud y las Beneficiencias.

Es así como los Institutos de Seguro Social han venido logrando, cada vez, más altos niveles en la calidad de la atención médica preventivo-asistencial, gracias a que la estabilidad financiera, las prácticas administrativas eficientes y las normas de respeto y dignidad en las relaciones humanas les han permitido contar con la colaboración de profesionales médicos y paramédicos de elevada calificación moral y académica.

Igualmente han podido ofrecer, para el normal desempeño de la actividad médica profesional, estímulos a la investigación pura y aplicada, oportunidad y facilidades económicas para el adiestramiento permanente o educación médica continuada, por medio de cursos regulares de enseñanza y participación en eventos científicos nacionales e internacionales, y también instalaciones médicas apropiadas (Hospitales, Dispensarios, Consultorios, Centros de Recuperación y otras), dotados de modernos equipos de diagnóstico y tratamiento, con opción a interconsulta de especialistas y prescripción irrestricta de drogas de comprobada eficacia terapéutica.

Además, en el vasto campo de las prestaciones sociales, los Institutos de Seguro complementan el beneficio de la acción médica con la creación y funcionamiento de Colonias de Vacaciones al servicio de sus propios trabajadores, para incentivo y ejemplo de las Empresas afiliadas, Centros de Bienestar familiar y de capacitación laboral, Promoción de las Bellas Artes, el Folklore, el Deporte, etc.

Sin embargo, la acción protectora de los Seguros Sociales apenas cubre reducidas áreas de población. Datos calculados sobre 18 de los 20 países latinoamericanos arrojan un promedio de cobertura por la Seguridad Social de sólo 20.04%, con límites extremos entre 1.7 y 90.0%.

- 5.—En contraste con lo anterior, continúa ocurriendo que sobre los Ministerios de Salud y las Beneficiencias recae la grave responsabilidad de procurar atención médica integral y bienestar para el resto muy considerable de la población (aproximadamente 70% del total), constituido precisamente por los grupos sin empleo e indigentes y por el saldo de población económicamente activa, urbana y principalmente rural, aún no protegido por los Seguros Sociales. (Para uno de los 18 países arriba señalados, el saldo del sector económicamente activo todavía sin protección del Seguro, equivale al 86.3% de dicho grupo).

Además en una sección geográfica de este mismo país se aprecia que, mientras el *grupo asegurado* dispone, con destino a la prestación de servicios médicos preventivo-asistenciales, de un presupuesto anual equivalente a \$ 40.00 U.S., por persona, por año, en cambio para el *grupo no asegurado*, cuyas necesidades de atención médica integral deben ser atendidas por el esfuerzo financiero conjunto de las dependencias seccionales del Ministerio de Salud y de la Beneficencia, la cuota anual *per cápita*, apenas alcanza al equivalente de \$ 4.00 U.S., es decir a la décima parte de la del *grupo asegurado*.

Por ser tan apremiantes las necesidades de atención médica como restringidos son los recursos económicos humanos y materiales disponibles para los grupos no asegurados, en comparación con la cuantía y calidad de los servicios médicos que actualmente se otorgan a los grupos asegurados, surgen desafiantes e injustas diferencias entre unos y otros.

- 6.—Las obvias implicaciones sociales de una situación que coloca de hecho en categoría de privilegio a los grupos protegidos por el Seguro Social, no han escapado al análisis ni a la preocupación vigilante de los Organismos Internacionales de Trabajo, Salud Pública y Seguridad Social.

En efecto, de la Introducción al “Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas”, adoptado por la VIII Conferencia de Estados de América, Miembros de la Organización Internacional del Trabajo (12 a 23 de septiembre de 1966) se destaca el siguiente aparte: ...“hace falta igualmente terminar con los privilegios en materia de Seguridad Social, de determinados grupos aún existentes en algunos países, frente a los grupos más numerosos

a quienes no es posible financieramente acordar las ventajas de estas minorías”.

Igualmente, en el Documento de Trabajo sobre “Planificación Coordinada de los Servicios de Salud”, presentado al estudio de las Discusiones Técnicas, quedan consignados hechos como los siguientes: “2.—Existe una gran diferencia en la demanda de servicios y en la calidad de las prestaciones en cada una de esas dos esferas de acción. Los servicios y programas de salud de los Ministerios van orientados hacia el universo de necesidades del país, mientras que los de los organismos de seguridad social han estado dirigidos a cubrir riesgos recurrentes y claramente definidos por sus estatutos legales. Sin embargo, se puede advertir una tendencia hacia la ampliación cada vez mayor del radio de acción de las prestaciones, de modo que, a medida que se amplía el campo de acción de la seguridad social, se va aproximando más a aquél en que, tradicionalmente, ha actuado el sector público”. (Oficina Panamericana de la Salud. Publicación científica 154 página 42).

- 7.—Tratar de reducir las diferencias anotadas con la imposición de medidas económicas directas que elevaran hasta el máximo necesario las disponibilidades presupuestales y los recursos de los Ministerios de Salud y de las entidades de Beneficiencia pública, en un generoso propósito de superar su desventajosa posición hasta llegar a nivelarse con las Instituciones de Seguridad Social, no pasaría de ser ilusoria tentativa, por lo menos, dentro de las concepciones políticas vigentes de los estados latinoamericanos, “que no están todavía preparados y probablemente no lo estarán en un futuro inmediato para aplicar un Seguro Nacional de Salud, por el estilo del británico o de otros países de alto desarrollo”. (Aparte, entre comillas, tomado del Informe Final del Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en América Latina, Oficina Panamericana de la Salud, Publicación 129, Página 53, 1967).

Empero, si en cambio se consiguiera redistribuir la proporción relativa de los componentes de ambos grupos con el aumento progresivo del *sector asegurado*, a expensas del *no asegurado*, entonces, a medida que éste fuera reduciendo su número, empezaría a disfrutar de prestaciones médicas preventivo-asistenciales cada vez más oportunas, completas y eficientes, por cuanto su cuota *per cápita* de disponibilidad iría aumentando en relación al grado de reducción numérica, aún en el supuesto, no probable, de que la disponibilidad

absoluta permaneciera fija. El proyectado aumento progresivo del grupo asegurado, con sus correspondientes prestaciones médicas, está además, previsto en casi todas las leyes orgánicas de los Institutos Americanos de Seguro Social y podría llevarse al cabo, adoptando determinadas disposiciones ejecutivas de expansión, tales como:

Incorporación obligatoria de los familiares del asegurado.

Incorporación de nuevas categorías de trabajadores (independientes, servicio doméstico y otros).

Extensión de los Seguros vigentes a las restantes áreas geográficas, aún no protegidas.

Al respecto, se anota en la Introducción al Programa de Ottawa, antes citado, que "razones de justicia social y, en especial, la necesidad de acelerar una distribución más equitativa del ingreso nacional aconsejan dar mayor impulso a la efectividad del cambio legal de aplicación, así como a la expansión de la Seguridad Social tanto respecto a las áreas o categorías de trabajadores aún no protegidos como a las contingencias no cubiertas todavía".

Se presume que este vigoroso movimiento extensivo, tanto por su propio impulso como por la elevación simultánea de los niveles de salud y educativos de los nuevos asegurados, provocaría entonces, una mayor capacidad productiva y de consumo, con la concomitante aceleración del progreso socio-económico de cada país, la demanda de mano de obra hacia la población marginada y económicamente inactiva y su consiguiente integración a las fuerzas nacionales de trabajo.

- 8.—Sin embargo, en concordancia con los postulados que encabeza esta exposición de conceptos, definiciones y antecedentes, es imperativo recordar y repetir que la eficacia ejecutiva de los planes proyectados hacia la aspiración altruísta de otorgar a los pueblos de América Latina óptimos niveles de salud integral, por la acción conjunta de las Instituciones de Seguridad Social y de los Ministerios de Salud y las Entidades de Beneficencia Pública, depende, en gran parte, de la implantación y del desarrollo permanente de sistemas efectivos de coordinación, dentro de amplios campos comunes de actividad técnica y administrativa. En efecto, la aplicación oportuna de los programas de expansión de los Seguros, se aplazaría peligrosamente, si — en lugar de comprometerse en un vigoroso y decisivo empeño de coordinación —, los organismos responsables de la acción ejecutiva, persistieran en continuar realizando sus acti-

vidades afines en áreas restringidas y aisladas, duplicando inútilmente esfuerzos dirigidos a idénticos objetivos, ignorándose mutuamente, desperdiciando capacidad instalada de recursos materiales por utilización incompleta y parcial de espacios y equipos disponibles y agravando la aguda crisis de escasez de personal técnico y administrativo, a causa de inadvertencia, desidia o equivocado espíritu de competencia estéril.

Los anteriores postulados deben interpretarse como otra forma de expresar el concepto mismo de coordinación, ya amplia y acertadamente definido en lo que es, como actitud comprensiva hacia un fin común y disposición metódica de esfuerzos y recursos, y en lo que no debe ser, como emulación egoísta, crítica destructiva, desconocimiento de ajenas pero valiosas iniciativas y experiencias, imposición arbitraria de normas, tendencia equivocada hacia la uniformidad pasiva, sin el debido respeto a "la identidad, la integridad y la libertad creadora de cada una de las Instituciones".

Los conceptos y postulados de la actividad coordinadora tienen el autorizado respaldo de los organismos internacionales de trabajo, salud y seguridad social, a cuya estimulante insistencia han venido respondiendo casi todos los países americanos, con variados programas de coordinación, adaptados a las condiciones económicas, administrativas y técnicas de cada uno, con resultados que ya merecen la evaluación periódica y el análisis comparativo.

9.—Precisamente ésto justifica y explica la presentación de esta ponencia sobre "Programas de Coordinación entre Instituciones de Seguridad Social y Ministerios de Salud. Realizaciones y Aplicaciones", dentro del temario médico social del Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social que en esta semana se celebra con ocasión del XXV Aniversario de la instauración de los Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La ponencia registra valiosos antecedentes mediatos e inmediatos cuya reseña histórica ha quedado tan apropiada y completamente consignada en documentos anteriores que dispensa de transcribirlos nuevamente.

II) PLAN DE DESARROLLO DE LA PONENCIA.

En consecuencia de lo anterior, el plan se concretará a los dos temas enunciados en el Título y el Sub-título de la misma:

- a) Programas de Coordinación entre Instituciones de Seguridad Social y Ministerios de Salud.
- b) Realizaciones y Aplicaciones.

De conformidad con experiencias anteriores, el material básico para la elaboración de documentos similares continúa siendo recolectado a través de encuestas, desarrolladas en forma de cuestionarios. Es cierto que el porcentaje de respuestas no siempre abarca la totalidad de las solicitudes y que su interpretación puede en ocasiones no ser exacta, a causa de la falta de uniformidad en la significación de los términos y en la expresión estadística de los resultados.

Sin embargo, este método de recaudación escrita y gráfica de los datos debe servir de estímulo a las Instituciones comprometidas en la adecuada presentación de informaciones que tácita o expresamente quedarán expuestas a la luz del análisis comparativo.

Con base en lo anterior, se ha considerado útil trabajar sobre los siguientes materiales informativos:

- a) "Progresos obtenidos en la Coordinación de Servicios de Salud y Atención Médica entre Instituciones de Seguridad Social y Ministerios de Salud en los Países Latinoamericanos durante los años de 1966 a 1967, contenido en la Publicación CD17/18, agosto 7/67, producida en cumplimiento a la Resolución XXXVII de la Conferencia Sanitaria Panamericana, Septiembre-Octubre 1966".
- b) Los puntos conducentes del Cuestionario de la Encuesta enviada por el CPISS a todos los países miembros para obtener información sobre cuáles y cuántas Instituciones de cada país desarrollan labores médico-sociales y a determinar el tipo de relación o coordinación existente entre dichas Instituciones. (Anexo No. 1).
- c) Nueva Encuesta enviada por el CPISS a cada uno de los países miembros (Anexo No. 2).
- d) Cuestionario adicional a la Encuesta anterior, elaborado por el autor de esta Ponencia y Distribuido a los países afiliados, a través de la Secretaría General del CPISS. (Anexo No. 3).
- e) Respuestas a los Cuestionarios de Encuesta (Literales c) y d)). Hasta diciembre 10 se recibieron las de los siguientes países: Brasil, Bolivia, Canadá, Colombia, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú y República Dominicana.

III) RESÚMENES DE LAS REALIZACIONES Y APLICACIONES.

Con referencia a los datos de encuesta disponibles (Literales a), b), c), d) y e)), puede afirmarse que en la mayoría de los países americanos continúan cumpliéndose estimulantes propósitos de coordinación. Su contenido y desarrollo, quedarán expuestos, en forma resumida y por orden alfabético de naciones. Los escasos países excluidos de la enumeración no disponen de datos en las fuentes de información consultadas ni respondieron al requerimiento de los dos últimos cuestionarios.

Sobra advertir que la relativa escasez del material básico obtenido para la elaboración de la ponencia disculpará sus vacíos y dará ocasión propicia a los delegados participantes para intervenir en la aclaración y en la ampliación de sus términos. Sus valiosos aportes serán de indudable utilidad para la redacción del informe final de recomendaciones y conclusiones. Los países cuyas actividades de coordinación se enumeran, son los siguientes:

ARGENTINA. La Ley 17.102 de 1966 establece el servicio de atención médica integral para la comunidad, en coordinación con la Secretaría de Estado de Salud Pública, las entidades oficiales y privadas y la intervención de la comunidad; dispone, además, la coordinación de la Secretaría de Salud Pública para las prestaciones médicas del Seguro Social, especialmente en lo relativo a la salud de la madre y el niño, el adolescente y el anciano.

BOLIVIA. Solamente existe un Comité Coordinador para la futura construcción de hospitales con coordinación de esfuerzos entre el Ministerio de Salud y la Caja Nacional de Seguridad Social, integrado por representantes de ambas Instituciones, con la asesoría de arquitectos e ingenieros sanitarios. Sus principales realizaciones han sido la construcción de un hospital y el planeamiento de otro. Las actividades coordinadas de tipo legal comprenden rehabilitación y lucha contra el cáncer, y las de tipo voluntario se reducen a campañas de vacunación.

BRASIL. Por Decreto No. 72 de 1966, el sistema de Previsión Social del Brasil se unificó administrativamente con la creación del Instituto Nacional de Previsión Social. Existen dos Consejos, como órganos asesores del Departamento Nacional de Previsión Social del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, uno de Medicina de Previsión Social y otro de Asistencia Farmacéutica de Previsión Social.

Actividades de coordinación entre el Ministerio de Salud y el Seguro Social solamente se realizan en cuanto a política general de asistencia

médica pero no en cuanto a la prestación misma de los servicios, ya que en el Brasil el Ministerio de Salud únicamente atiende a la planeación normativa de defensa y protección de la salud. La asistencia médica, a su vez, se otorga separadamente por diversos Organismos de Seguro Social. Sin embargo, se cumplen actividades coordinadas de tipo legal, en el campo de la prevención de riesgos profesionales y de tipo voluntario, en servicios de consulta externa, atención hospitalaria y rehabilitadora en educación sanitaria materno-infantil, vacunación, higiene mental y control de enfermedades transmisibles.

CANADA. En este país del continente americano, la Seguridad Social es administrada por diversas agencias gubernamentales cuya denominación y dependencia jerárquica difieren de las similares de los demás países de América Latina.

No obstante, se destaca el hecho de que funcionan Comités, dentro del Departamento de Salud y Bienestar Social, creados para garantizar que las actividades en el campo de la salud y de la Seguridad Social se coordinen entre sí y con las diferentes ramas responsables de la administración de los programas.

No se destinan porcentajes de las reservas del Seguro de Pensiones para la construcción y renovación de instalaciones hospitalarias. A este fin se dispone de fondos provenientes del impuesto general de renta. Actúan Instituciones separadas para el otorgamiento de diversos riesgos y de tiempo en tiempo se viene intentando unificarlos bajo la administración del Departamento Nacional de Salud y Bienestar Social, sin haberlo logrado aún. Los Seguros Médicos Privados cubren los 2/3 de la población, en aquellos lugares donde todavía no se han instaurado servicios médicos del Seguro Oficial, pero sin actividades de coordinación entre uno y otro sistema; si ocurren son muy limitados.

Se desarrollan amplios campos de coordinación con Instituciones privadas de educación médica y de adiestramiento laboral. A este efecto se creó el Comité Asesor para recursos de la salud, que tiene por objeto facilitar y estimular la cooperación de las Asociaciones Médicas Canadienses con los organismos oficiales de salud y de educación médica y para-médica.

COLOMBIA. (El ponente solicita y agradece la benévola actitud de la audiencia por la relativa mayor extensión del resumen dedicado a su país de origen).

Constitución del Consejo Directivo del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. Participan, en calidad de miembros principales,

el señor Ministro de Trabajo quien lo preside y el señor Ministro de Salud Pública. Esta representación del Gobierno Nacional facilita y garantiza el cumplimiento de los actuales y futuros programas de coordinación.

Convenios de Integración. Se han venido y se continúan celebrando estos convenios entre el Ministerio de Salud Pública, las Facultades de Medicina, los Servicios Regionales de Salud, los Hospitales Universitarios y otros hospitales locales, para la prestación del Servicio Médico Obligatorio, de pre-grado, en coordinación con programas de enseñanza médica para graduados. Estos convenios de integración representan etapas previas de unificación hacia posteriores programas de coordinación con los servicios de atención médica del Instituto Colombiano de Seguros Sociales. De estos programas existen algunos ya en desarrollo y otros en vía de coordinarse.

Fondo Nacional Hospitalario. Es un organismo con personalidad jurídica, de derecho público, creado por Decreto-Ley 687 de 1967, financiado primordialmente con 10% de las reservas del Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte, a cargo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y manejado conjuntamente por éste y por el Ministerio de Salud. Su objetivo fundamental consiste en servir de recurso básico-económico para garantizar y acelerar la construcción y dotación de entidades hospitalarias y asistenciales.

El presupuesto anual del Fondo, para el año de 1968, alcanzó a 42 millones de pesos colombianos (equivalentes hoy a 2.4 millones de dólares) y puede progresivamente llegar a cifras mayores, a medida que su frente de financiación se acrecienta, por la incorporación de nuevos contingentes de asegurados, o por un mayor porcentaje que se le asigne al Fondo, cuando la cuantía absoluta de las reservas vaya disminuyendo por la obligación legal de invertir las en la satisfacción de la necesidad que impongan los riesgos de Invalidez, Vejez y Muerte.

Durante su primer año de funcionamiento, el Fondo ha aportado casi la totalidad de su presupuesto para la construcción, renovación y dotación de varios de los Centros Hospitalarios que actualmente están utilizando y en el futuro utilizarán los servicios asistenciales del ICSS.

Proyecto de Refinanciación. Se ha calculado que con la disponibilidad anual del Fondo, sería necesario un lapso no menor de cinco años para terminar y poner en funcionamiento las instalaciones hospitalarias indispensables para no retardar peligrosamente los planes de expansión del Seguro Colombiano. A fin de evitar semejante contingencia y de

lograr reducir a un *mínimum* aceptable de tiempo el ejercicio de los proyectos en marcha, está bastante adelantado un plan de crédito por valor aproximado de 12 ó 14 millones de dólares, que permitiría satisfacer en el curso de dos años las necesidades hospitalarias más urgentes del país.

Actividades Docentes e Investigativas. Se suscribió un Convenio entre el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y el Departamento de Medicina y Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, para la coordinación y la puesta en marcha de programas de Educación Médica y de Investigación, entre ambas Instituciones.

Comisión Nacional Coordinadora. Está en proyecto su creación.

COSTA RICA. El Ministerio de Trabajo y Bienestar Social tiene representación legal en el organismo directivo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Por Decreto No. 16 de Noviembre de 1967 se creó la Comisión Nacional Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, integrada por cuatro miembros: el Ministro de Salud Pública quien la preside, el Gerente de la Caja Costarricense de Seguro Social y sendos funcionarios del Ministerio y de la Caja.

La determinación más importante de la Comisión ha consistido en la creación de las cinco Subcomisiones siguientes de estudio y trabajo:

- a) Para el estudio de planes y proyectos específicos de Salud.
- b) Para el estudio y mejoramiento de las estadísticas de Salud.
- c) Para el estudio de proyectos conjuntos en materia de instalaciones médico-asistenciales.
- d) Para el estudio de un nuevo reglamento general de Hospitales Nacionales, y
- e) Para el estudio y recomendación de sistemas técnicos de contabilidad (incluyendo los costos) en materia de servicios médico-asistenciales.

Igualmente tiene en estudio proyectos de trabajo conjunto sobre instalaciones médico-asistenciales, contratos para el servicio hospitalario a los asegurados, bajo el control directo de la Asistencia Social, campañas de vacunación nacional y otros.

En Marzo de 1967, antes de la creación de la Comisión Nacional Coordinadora se habían celebrado contratos entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social para la prestación de servicios

de atención médica a la población asegurada en algunos cantones del país y a la población general, sin discriminación alguna, en otros.

No existe disposición gubernamental que destine dineros de las reservas de los Seguros a largo plazo para la construcción o renovación de instalaciones y dotaciones hospitalarias, en coordinación con el Ministerio de Salud. El régimen del Seguro Social Costarricense es unitario y obligatorio, pero con sistemas separados de pensiones para algunos grupos de empleados públicos.

La cobertura de los Riesgos Profesionales está a cargo de una Institución diferente de la Caja de Seguro Social.

Está a consideración de la Asamblea Legislativa un proyecto de Ley reformativa de la Caja Costarricense de Seguro Social y otro sobre creación del Servicio Nacional de Salud.

No existe en Costa Rica la posibilidad de establecer seguros médicos privados, pero el Instituto Nacional de Seguros ofrece pólizas que cubren los gastos de enfermedad personal o familiar.

CUBA. La característica más saliente de los servicios de salud de Cuba es la de su concentración en un solo organismo estatal, en coordinación con los servicios de Sanidad Militar.

CHILE. El Decreto No. 217 de 1967 creó el Consejo Consultivo de Salud, como organismo asesor para orientación, promoción, coordinación e integración de acciones de salud a nivel nacional, con representación principal del Ministro de Salud, el Superintendente de Seguro Social, la Sanidad Militar y la Universidad.

ECUADOR. El Decreto No. 1901 de agosto 28 de 1964, dispone la colaboración entre el Departamento Médico del Seguro Social y el Ministerio de Salud, en actividades de Salud Pública.

EL SALVADOR. Anteproyecto de Servicio Nacional de Salud, cuyos principales objetivos consisten en la coordinación de actividades con otras Instituciones públicas, privadas, nacionales e internacionales que desarrollen programas de atención de salud, y en la regionalización de los servicios de salud y creación de Consejos Regionales de Coordinación.

GUATEMALA. El acuerdo gubernamental No. 1149 de Mayo 10. de 1967, reglamentario del Seguro de Enfermedad-Maternidad, establece colaboración del IGSS con entidades públicas y privadas en programas preventivos y de Educación Sanitaria.

Existe una Comisión de Recursos y Planificación de la Salud, a nivel nacional, dentro del Consejo Nacional de Planificación Económica, con

representación del Ministerio de Salud Pública y del IGSS, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, el Ministerio de Educación Pública, el Ministerio de Trabajo y la Secretaría de Bienestar Social.

La determinación más importante de la Comisión ha consistido en proponer la creación de la Secretaría Coordinadora de Planificación de Salud del Ministerio de Salud Pública, con representación de un delegado del IGSS. Al efecto, existe un proyecto de Código de Salud, pendiente de la aprobación del Congreso de la República.

No existe en Guatemala, disposición oficial que destine dineros de la reserva de los Seguros a largo plazo para instalaciones y dotaciones hospitalarias, en coordinación con el Ministerio de Salud.

El régimen del Seguro Social Guatemalteco es nacional, unitario y obligatorio; el Ministerio de la Defensa tiene un Instituto de Previsión Militar y el Gobierno Nacional otorga a sus empleados y a viudas e hijos de estos, pensiones de Vejez y Muerte; y no hay en vías de progresar ningún proyecto de unificación.

Existe sistema de Seguros Médicos Voluntarios para escolares únicamente, sin programas de coordinación con el IGSS.

Las actividades de coordinación de tipo legal abarcan los campos de planificación, construcción y dotación de unidades médicas, Medicina Preventiva, intercambio de información estadística, Prevención de Riesgos Profesionales, control de enfermedades transmisibles, vacunación y educación médica y para-médica.

Las de tipo voluntario se realizan a través del Consejo de Bienestar Social, que coordina las Instituciones Públicas y Privadas dedicadas al mismo fin. La Junta Directiva del Consejo está integrada por representantes del IGSS, el Ministerio de Salud Pública, la Universidad, la Municipalidad, los Trabajadores y las empresas privadas. Tiene distribuidas sus actividades en varias divisiones: Salud, Recreación, Asistencia Social, Protección del niño y la familia y desarrollo de la Comunidad.

HONDURAS. Por Decreto No. 65 de noviembre de 1966 se otorga a la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social la orientación superior y la coordinación de acciones de salud, sin exclusión alguna y se crea el Consejo Nacional de Salud, con participación directa del IHSS. Corresponde a este Consejo recomendar los medios más adecuados para la coordinación efectiva entre la Secretaría de Salud y las demás Instituciones conexas.

Como actividad coordinadora de tipo voluntario aparece la celebración de contratos para campañas asistenciales de Tuberculosis, Cáncer, Rehabilitación, Poliomiélitis y Neurosiquiatría.

MEXICO. Por Decreto No. 2 de marzo de 1965 fue creada la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social. Además de formular y expedir su propio reglamento interno y condiciones generales de trabajo, la Comisión ha tomado desde su iniciación las siguientes importantes determinaciones:

- a) Evitar duplicaciones de las construcciones y en el uso de otros recursos materiales. A consecuencia de ello, se elaboró una cédula censal de establecimientos con objeto de tener conocimiento mutuo al respecto.
- b) Se dispuso subrogar servicios y fijar cuotas entre una institución y otra, especialmente de servicios hospitalarios y de consulta externa.
- c) Se han cedido o vendido hospitales de una Institución a otra, de conformidad con sus necesidades y recursos.
- d) Se estableció un intercambio de información con objeto de comunicar, hasta donde sea posible, los procedimientos de compra de medicamentos y alimentos.

Como actividad orgánica básica, la Comisión ha creado hasta la fecha nueve "Comités Técnicos de Trabajo", denominados así: de Medicina Preventiva, de Cuadro Básico y Control de Calidad de Medicamentos; de Educación Profesional; de Estadística; de Laboratorio; de Protección Radiológica; de Conservación y Normas Técnicas de Equipo Médico; de Bibliotecas y Bibliografía Médica, y de Control de Precios de Medicamentos.

Estos Comités están integrados por personal profesional y técnico especializado para el estudio y la realización de problemas específicos de coordinación. Sus determinaciones más importantes han sido: Cumplimiento de Medidas Preventivas para el control de tuberculosis, de enfermedades venéreas, de fiebre reumática, de enfermedades agudas transmisibles y de tratamiento de casos humanos sospechosos de rabia; vacunación, prevención de accidentes, Educación Sanitaria y Organización de un Centro de Información sobre Intoxicaciones.

Formulación de un Cuadro Básico unificado de Medicamentos, sistemas de control para garantizar la disponibilidad y calidad de las drogas, y requisitos mínimos exigibles a laboratorios farmacéuticos proveedores.

Programas educativos a nivel profesional de médicos, enfermeras y técnicos.

Inventario de unidades médicas y de equipos en operación.

Adopción de terminología homogénea, en materia de servicios, para concentraciones estadísticas comparables.

Programas de recolección de datos estadísticos e intercambio de información.

Normas básicas comunes para técnicas de laboratorio, protección radiológica y conservación de equipos.

Creación de un fondo bibliotecario y bibliográfico al servicio de los profesionales de las tres Instituciones coordinadas.

En cuanto al destino de los dineros para el fomento hospitalario la Ley del Seguro Social Mexicano señala hasta 80% de las reservas.

El sistema de Seguros Voluntarios existe y se está incrementando, pero sin planes de coordinación con las Instituciones de Seguridad Social Oficiales.

Se están llevando al cabo programas coordinados con las Universidades, los Institutos de capacitación y adiestramiento de obreros y la Reforma Agraria.

Los programas y realizaciones de coordinación son todos de tipo legal.

NICARAGUA. El Decreto 161 de diciembre de 1955 que reglamenta la ley orgánica del Seguro Social Nicaragüense establece la colaboración de este Instituto con el Ministerio de Salud Pública en las prestaciones de salud y en la elaboración y ejecución de programas de cooperación con Centros de Enseñanza Profesional, Asociaciones Científicas y otras Instituciones afines, públicas y privadas. Existen además, acuerdos entre el Seguro Social y la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social para la asistencia médico-curativa de indigentes no asegurados, a cargo del INSS, con una subvención de la Junta y proyectos de coordinación en las siguientes actividades: Centros de Hidratación, Campaña de Vacunación y Saneamiento Ambiental, Adiestramiento de personal auxiliar para programas de salud, Control de Tuberculosis, Higiene y Seguridad Industrial.

PANAMA. (Por falta de información más reciente, el resumen relativo a Panamá proviene de los datos obtenidos de la ponencia sobre "Realizaciones entre las Instituciones de Seguridad Social y otras Instituciones de Asistencia Médico-Social", presentada a la VIII Conferencia

Internacional de Seguridad Social, del 12 al 24 de febrero de 1968, precisamente en la ciudad de Panamá).

Las actividades coordinadas de la Caja del Seguro Social Panameño con las otras Instituciones de Salud y Asistencia Médica, son de tipo voluntario, con base en acuerdos y convenios especiales. Cubren el campo médico-asistencial con utilización de puestos periféricos, clínicas (o consultorios), hospitales y maternidades, en servicios de consulta externa, Medicina General, hospitalización y provisión farmacológica, pagados directamente y atendidos por personal médico y paramédico también coordinado.

Existe además, intercambio de información estadística entre las diversas Instituciones. En el campo de la Salud Pública y de la Medicina Preventiva abarca control de Tuberculosis y campañas de vacunación.

PARAGUAY. En el Consejo Superior del Instituto de Previsión Social Paraguayo está representado el Ministro de Salud y Bienestar Social.

Por Decreto No. 34927 del Poder Ejecutivo (julio 29 de 1968), fue creado el "Consejo Nacional de Coordinación de Salud", órgano coordinador de las acciones de política sanitaria del Gobierno Nacional, destinado al fomento, protección y reparación de la salud de los habitantes del país. Está presidido por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social e integrado además, por el Rector de la Universidad Nacional, el Director General del Instituto de Previsión Social, el Director de Sanidad Militar, un Representante del Ministerio del Interior, y el Director de Salud de la Municipalidad de la Capital.

El Consejo está actualmente elaborando el anteproyecto de reglamento a cargo de un Comité Técnico.

No existen disposiciones que coordinen las actividades entre el Instituto de Previsión Social y el Ministerio de Salud y Bienestar Social, para la construcción, renovación y dotación hospitalaria.

Funcionan varias Instituciones de Seguridad Social, sin planes inmediatos de unificación.

El sistema de seguros médicos privados se extiende a varias ciudades del país, pero sin contactos de coordinación con las entidades oficiales afines. Los programas de coordinación con las Universidades, y con otras Instituciones de capacitación de trabajadores o de Reforma Agraria, no se están realizando todavía.

El Instituto de Previsión Social contribuye con 1½ de sus recaudos para financiar los programas de Medicina Preventiva que adelanta el Ministerio de Salud y Bienestar Social.

Existe uniformidad en los formularios básicos del Registro Estadístico, pero el cuadro básico de Medicamentos no está aún coordinado con el Ministerio de Salud y Bienestar Social.

PERU. En el Consejo Superior de la Caja Nacional del Seguro Obrero, el Ministerio de Salud Pública está representado por el Ministro, quien lo preside y por el Director Nacional de Salud.

Aunque no existe propiamente un Comité Coordinador, se desarrollan corrientes permanentes de coordinación entre la Caja Nacional de Seguro Social y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para la elaboración de programas y el funcionamiento de los servicios nosocomiales del Estado y existe además un Consejo Nacional de Salud, órgano asesor del Ministro respectivo e integrado por trece Miembros representantes del sector salud.

Desde 1961 se vienen realizando las siguientes actividades de integración y cooperación: Incorporación administrativa por la cual el Ministerio de Salud Pública asume la dirección de hospitales de la Sociedad de Beneficencia Pública y realiza obras de reacondicionamiento físico, ampliación de instalaciones y renovación de equipos; y convenios por medio de los cuales el Ministerio de Salud presta servicios médicos en las provincias a los efectivos de las Fuerzas Armadas y a sus familiares y, a su vez, el Plan de Acción Cívica del Ejército atiende a las necesidades de salud de la población rural inmediata a las guarniciones.

En lo relativo a Fomento Hospitalario está actualmente financiado con los ingresos generales del Seguro Obrero, complementados en caso necesario con la utilización de las reservas técnicas y libres de la Institución.

Entre las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social se dispone coordinar la acción de las Instituciones de Seguridad Social hacia su futura unificación y a la creación del Instituto Nacional de Seguridad Social; recientemente el Consejo ha sido autorizado para coordinar y unificar los sistemas de recaudo del Seguro Social Obrero, Fondo de Jubilación Obrera, Seguro Social del Empleado y Fondo de Bienestar Social.

La organización de Seguros Médicos Voluntarios Privados es reciente y sin planes de coordinación con los Organismos Oficiales de Seguridad Social.

En programas de coordinación con otras Instituciones se vienen estableciendo normas de política hospitalaria para evitar duplicidad de servicios e instalaciones, lo cual ha permitido avanzar hacia la población de los colonos beneficiarios de la Reforma Agraria y de la Carretera Marginal de la Selva.

Las actividades coordinadas de tipo legal se cumplen en cuanto a uniformidad de formularios básicos de Registro Estadístico y a Control de Precios de Medicamentos; las de tipo voluntario, en servicio de consulta externa, atención hospitalaria, rehabilitación, educación médica, paramédica, bibliotecas y bibliografía médicas, conservación y normas técnicas de equipos médicos y utilización de un mismo cuadro básico o *Vademecum* de Drogas.

REPUBLICA DOMINICANA. Aunque no existe formalmente constituido un Comité Coordinador, sí hay intercambio de servicios médicos hospitalarios aplicable en las jurisdicciones del país, donde el IDSS o la Secretaría de Salud no tengan las correspondientes instalaciones.

Legalmente se autorizan préstamos del IDSS para la ampliación y re-equipamiento de los hospitales que se contraten para atención de los asegurados.

Funcionan separadamente regímenes de Seguro Social para trabajadores particulares y para empleados del Gobierno y para las Fuerzas Armadas, y aunque se plantea la tendencia de unificación, aún está por cumplirse.

El sistema de Seguros Médicos Voluntarios existe, aunque sin planes de coordinación con los servicios oficiales de Seguridad Social.

Están en desarrollo programas de coordinación entre el IDSS y la Universidad Autónoma de Santo Domingo, para enseñanza teórica y práctica a los estudiantes de Medicina en el principal hospital del Seguro y la utilización por parte de éste de equipos científicos de la Universidad, también con las Escuelas de Formación Laboral Acelerada, para trabajadores asegurados y sus hijos, e igualmente con la Asociación Pro-rehabilitación de Inválidos y el Instituto Dermatológico, mediante subvención del IDSS.

Las actividades de coordinación de tipo legal se realizan en los campos de saneamiento ambiental, control de abortos, prevención de riesgos profesionales, vacunación, control de enfermedades transmisibles, unificación de formularios básicos de registro estadístico y control de precios de medicamentos; las de tipo voluntario abarcan consulta externa en dispensarios, atención hospitalaria, rehabilitación, planificación familiar, campañas contra cáncer uterino, educación sanitaria materno-

infantil, educación sanitaria para adultos e investigaciones médico-sociales.

VENEZUELA. En junio de 1967 se dicta el Decreto No. 830 por el cual se crea la Comisión Preparatoria del Servicio Nacional de Salud, integrada por representantes de la Presidencia de la República, el Instituto Venezolano de Seguros Sociales y la Junta de Beneficencia, y entre cuyos objetivos se destaca el de "Proponer las medidas que promuevan la coordinación de los servicios existentes".

La Ley del Seguro Social Obligatorio (IVSS) Venezolano (11 de julio de 1966), dispone que el Instituto otorgará prestaciones de asistencia médica integral y que además el Poder Ejecutivo tomará las providencias necesarias para incorporar al IVSS los servicios médico-asistenciales de los Ministerios, de los Institutos autónomos y demás instituciones públicas.

IV) ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS A LOS CUESTIONARIOS.

- 1) En cuatro países, los Organismos Directivos de las Instituciones de Seguridad Social, cuentan con la representación principal de los Ministerios de Salud y/o de Trabajo.

Se presume que la participación representativa de los Gobiernos Centrales constituye un factor determinante de éxito para el cumplimiento y extensión de los programas de coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las Entidades Oficiales y Privadas, comprometidas en el desarrollo de la salud y de la acción social.

- 2) En seis países, se ejercen actividades de coordinación por medio de Comisiones Inter-institucionales, a nivel nacional, y en cuatro de los restantes, se anuncian proyectos de creación y funcionamiento de comisiones similares.

La Comisión Mixta Coordinadora, creada por disposición ejecutiva del Gobierno Mexicano e integrada por personal directivo de la Secretaría de Salud y Asistencia, del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de los Seguros y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se destaca apreciablemente dentro del panorama de los planes de coordinación adelantados por las Instituciones Americanas de Seguridad Social y de Salud, como enfoque novedoso para el éxito de los proyectos emprendidos y de las realizaciones alcanzadas en el corto lapso de tres años que lleva de funcionamiento, a partir de la expedición de su reglamento interno.

La repartición de labores en Comités Técnicos de Trabajo, clasificados por agrupación de los problemas técnicos y administrativos con mayor prioridad y a cargo de personal especializado e idóneo para resolverlos, conforme un sistema de máxima eficiencia en el desempeño de las actividades de la Comisión Coordinadora.

Es muy satisfactorio anotar que dentro de una severa y respetable actitud, la Comisión Mixta Coordinadora Mexicana, se ofrece tácitamente al juicio de las Instituciones Americanas de la Seguridad Social como eficaz instrumento de coordinación, digno de ser ensayado y adaptado a las circunstancias propias de cada una.

- 3) En tres países se ha determinado legalmente destinar una cuota de las reservas de los Seguros a largo plazo para la adquisición, construcción, renovación, dotación y mantenimiento de las instalaciones hospitalarias indispensables para la expansión horizontal de las prestaciones médicas del Seguro Social y simultáneamente para beneficio de la comunidad general no asegurada.

El ponente se ha tomado la libertad de extenderse acerca del Fondo Nacional Hospitalario de Colombia, en la modesta presunción de que el conocimiento de su estatuto orgánico, de sus realizaciones iniciales y de sus proyectos, bien pudieran interesar a las Instituciones de Seguridad Social de otros países latinoamericanos que, al igual que Colombia, adolecen de escasa disponibilidad hospitalaria, que constituye factor limitante de sus proyectos de expansión.

- 4) Aunque realmente se reconoce por, casi todas las naciones americanas, la conveniencia de unificar las diversas Instituciones de Seguridad Social coexistentes dentro de cada país, todavía surgen dificultades que impedirán por algún tiempo la solución del problema; no obstante es preciso insistir en ella y también en la integración de los hospitales de las Beneficencias con los Ministerios de Salud. Estas dos medidas facilitarán considerablemente la tarea coordinadora entre las entidades responsables de otorgar atención médica integral a un gran porcentaje de la población latinoamericana.
- 5) Pudiera colegirse de las informaciones recibidas que está apareciendo una marcada tendencia hacia la instauración y extensión del sistema de Seguros Médicos Privados o Voluntarios que actúan paralelamente al de las Instituciones oficiales de Seguridad Social. Esta tendencia no es en manera alguna objetable. Los dos sistemas, el privado voluntario y el oficial obligatorio, pueden coexistir y, en tal caso, coordinar sus actividades para mayor y mejor utilización de los recursos humanos y materiales disponibles.

- 6) a.—La coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las Universidades (preferentemente sus Facultades de Medicina y de Ciencias Auxiliares de la Salud), se está cumpliendo en cuatro de los países informantes. Las modalidades de coordinación varían, pero se obtiene la impresión de que las entidades universitarias, formadoras del personal médico y paramédico, vienen de un tiempo a esta parte reconociendo la creciente realidad de las Instituciones de Seguridad Social y su importante intervención en el juego de la oferta y de la demanda a los profesionales de la medicina y en su redistribución más adecuada dentro del ámbito geográfico de cada país.

Los programas de educación permanente o continuada, de investigación de problemas médico-sociales y la participación precoz de los estudiantes en actividades técnicas o administrativas de los Servicios Médicos de la Seguridad Social son ya objetivos frecuentes, consignados en los Convenios que se celebran entre las Universidades y las Instituciones de la Seguridad Social Latinoamericana.

- b.—Un movimiento semejante de coordinación se advierte en lo relativo a los programas de capacitación y adiestramiento para los trabajadores asegurados y aun para sus hijos, en el supuesto, muy aceptable, de que al conceder a éstos la oportunidad de mejor preparación profesional o artesanal, los resultados de este esfuerzo redundarán a la larga en más altos índices de productividad y mayor desarrollo socio-económico de los pueblos.
- c.—De igual manera, los planes coordinados de las Instituciones de Seguridad Social con los organismos estatales de fomento rural, tecnificación agrícola y redistribución de tierras, comprendidos en la denominación común de "Reforma Agraria", se definen como factores necesarios y decisivos para llevar al medio rural los beneficios de la Seguridad Social.
- d.—En algunos países, donde los planes nacionales de rehabilitación de inválidos caen bajo la responsabilidad de Instituciones adscritas al Seguro Social, la coordinación resulta obvia y ha quedado prevista en los Estatutos orgánicos de los mencionados Institutos.
- 7) En siete de los países informantes, la proporción entre las actividades coordinadas de tipo legal y las de tipo voluntario, está de 52 a 32. Esta ventaja insinúa la conveniencia de sugerir a las

Instituciones de Seguridad Social Americanas que opten por legalizar progresivamente sus programas coordinados, con el fin de prevenir el riesgo de exponerlos a la voluntad cambiante de las partes contratantes. Si bien es cierto que, como lo anota una reconocida autoridad en la materia, “la coordinación no puede decretarse”, también lo es, que los planes de coordinación iniciados y conducidos voluntariamente bien merecen y requieren la acción legal para mantenerse y ampliarse bajo su fuerza y protección.

V) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1) En la mayoría de los países latinoamericanos se aprecia una tendencia estimulante y progresiva hacia la programación de las actividades coordinadas entre las Instituciones de Seguridad Social y los Ministerios de Salud, con el laudable propósito de otorgar los beneficios de una atención médica integral a mayores áreas de población urbana y campesina.
- 2) Las Comisiones Coordinadoras Inter-Institucionales, a nivel nacional con sus respectivos Comités Técnicos de Trabajo, se reconocen como instrumento eficaz para el planeamiento y desarrollo de las actividades de coordinación.
- 3) Se descubre una alentadora preocupación de las Asociaciones Nacionales y de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina, en cuanto a la necesidad de coordinarse con las Instituciones de Seguridad Social para la revisión del contenido y extensión de los planes de estudios médicos y paramédicos, a fin de satisfacer las demandas crecientes del personal profesional y técnico requeridas para la expansión de los Seguros Sociales hacia zonas geográficas, actualmente con escasa disponibilidad de médicos y auxiliares.
- 4) Igualmente, la coordinación de las Instituciones de Seguridad Social con los Organismos Estatales de Reforma Agraria surge como factor determinante para hacer viables los planes de extensión de los Seguros Sociales al sector rural. Ya en algunos países esta acción coordinadora está en marcha y en otros se está iniciando con halagüeñas perspectivas.
- 5) Por las anteriores comprobaciones y consideraciones se justifica la conveniencia de que, bajo los auspicios de los Organismos Internacionales de Salud y Seguridad Social, se continúen verificando evaluaciones periódicas de las realizaciones y progresos en los programas de coordinación.

ANEXO I

CUESTIONARIO PARCIAL DE LA ENCUESTA ENVIADA POR EL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL A TODOS LOS PAISES MIEMBROS PARA OBTENER INFORMACION SOBRE LABORES MEDICO-SOCIALES DESARROLLADAS Y DETERMINAR EL TIPO DE RELACION O COORDINACION EXISTENTE ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OTRAS DE ASISTENCIA MEDICO-SOCIAL.

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.
3. Se utiliza la Coordinación en cuanto a la utilización de unidades de Servicios Médicos en:
 - 3.1 Puestos periféricos.
 - 3.2 Clínicas.
 - 3.3 Hospitales.
 - 3.4 Maternidad.
4. Para el otorgamiento de cuotas de estas atenciones (puestos periféricos, clínicas, hospitales, maternidades), se realiza coordinación en:
 - 4.1 Consulta externa.
 - 4.2 Medicina general.
 - 4.3 Especialidades.
 - 4.4 Hospitalización.
 - 4.5 Auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
 - 4.6 Medicina Preventiva.

7. Se realiza coordinación en lo que respecta a:
 - 7.1 Personal médico y para-médico.
 - 7.2 Atención farmacológica.
 - 7.3 Servicio Ambulatorio.

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.

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.

13. Existe coordinación en cuanto a las campañas de higiene y salubridad del medio ambiental y de la familia.

Cuáles son estas campañas.

14. Existe intercambio de información entre las diversas Instituciones.
 - 14.1 Bioestadística.
 - 14.2 Expedientes.

17. Existen disposiciones para evitar duplicidad de servicios que prestan las diversas Instituciones Médico-Sociales.

ANEXO II

LOS PROGRAMAS DE COORDINACION ENTRE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS MINISTERIOS DE SALUD PUBLICA, APLICACION Y RESULTADOS.

CUESTIONARIO:

1. Programas de Coordinación entre la Seguridad Social y los Ministerios de Salud Pública. En caso afirmativo detállense:
 - a) Basados en un ordenamiento legal.
 - b) Basados en coordinación voluntaria.
2. Campo de aplicación en cuanto a la coordinación:
 - a) Planeación, construcción y uso de unidades médicas.
 - b) Medicina Preventiva.
 - c) Cuadros Básicos de Medicamentos.
 - d) Estadística.
 - e) Educación Profesional.
 - f) Protección contra radiaciones.
 - g) Bibliotecas, etc.
3. Integración de los Programas de Coordinación y responsabilidad específica de aplicación.
4. Resultados obtenidos con los Programas de Coordinación existentes, en lo general y en lo particular.

ANEXO III

CUESTIONARIO ADICIONAL A LA ENCUESTA SOBRE "REALIZACIONES Y APLICACIONES CUMPLIDAS EN LOS PROGRAMAS DE COORDINACION ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y LOS MINISTERIOS DE SALUD".

- 1o. Está el Ministerio de Salud representado en el organismo directivo (Consejo, Junta, Directorio, etc.) de la Institución de Seguridad Social de su País.
- 2o. Existe un Comité Coordinador de actividades entre la Institución de Seguridad Social y el Ministerio de Salud.
- 3o. Cómo está integrado dicho Comité.
- 4o. Cuáles han sido sus determinaciones más importantes.
- 5o. Existe disposición legal que destine un porcentaje de las reservas de los riesgos de capitalización para la construcción, remodelación y equipo de hospitales, en coordinación con el Ministerio de Salud. Qué porcentaje se destina.
- 6o. Existen Instituciones oficiales, separadas, legalmente, que otorgan los servicios de Seguro Social para trabajadores particulares, trabajadores oficiales y, dentro de estos últimos, para distintas dependencias del Gobierno. (Ministerio de la Defensa, Ministerio de Obras Públicas, Policía, Banco Nacional y otros).
- 7o. Hay, en progreso, algún proyecto de Ley encaminado a reunir las distintas dependencias oficiales de Seguridad Social en una sola entidad.
- 8o. Existe el sistema de Seguros Médicos Voluntarios de carácter privado.
- 9o. Hay programas de coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y los Seguros Voluntarios.
- 10o. Hay Programas de Coordinación de la Seguridad Social y los Ministerios de Salud, conjuntamente con otras Instituciones afines, en actividades similares o complementarias con:
 - a) Los Departamentos de Salud de las Universidades.
 - b) Institutos de capacitación y adiestramiento de obreros.
 - c) Institutos de Reforma Agraria para planes de extensión de Seguros al sector rural.
 - d) Otras Instituciones.
- 11o. Indicar si, en los siguientes campos de coordinación entre la Institución de Seguridad Social y el Ministerio de Salud, los programas se realizan y cumplen por disposición legal (L) ó por convenio voluntario (V):

| CLASE DE SERVICIOS COORDINADOS | | Tipo de Coordinación (L) (V) | |
|--------------------------------|---|---------------------------------|--|
| 11.1 | Consulta externa en Dispensarios | | |
| 11.2 | Atención hospitalaria | | |
| 11.3 | Rehabilitación | | |
| 11.4 | Atención preventiva: | | |
| | a) Saneamiento ambiental | | |
| | b) Planificación familiar | | |
| | c) Campañas contra cáncer uterino | | |
| | d) Control del aborto | | |
| | e) Prevención de riesgos profesionales | | |
| | f) Protección contra radiaciones | | |
| | g) Educación sanitaria materno-infantil | | |
| | h) Educación sanitaria adultos | | |
| | i) Vacunación | | |
| | j) Control de Tuberculosis, Enfermedades Venéreas, Fiebre Reumática, (Enfermedades transmisibles agudas, Tétanos, Rabia, otras) | | |
| | k) Higiene mental | | |
| 11.5 | Distribución de suplementos nutricionales a grupos vulnerables: | | |
| | a) Niños | | |
| | b) Madres | | |
| | c) Otros | | |
| 11.6 | Educación Médica y Paramédica | | |
| 11.7 | Investigación médico-social | | |
| 11.8 | Bibliotecas y Bibliografía médica | | |
| 11.9 | Uniformidad en los Formularios Básicos de Registro Estadístico | | |
| 11.10 | Conservación y Normas Técnicas de Equipo Médico | | |
| 11.11 | Utilización de un mismo cuadro básico o <i>Vademecum</i> de Medicamentos | | |
| 11.12 | Control de precios de Medicamentos | | |
| 11.13 | Otros sistemas de coordinación | | |

“PROGRAMAS DE COORDINACION ENTRE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y MINISTERIOS DE SALUD. REALIZACIONES Y APLICACIONES”.

R E S U M E N

I) *Conceptos, definiciones y antecedentes.*

- 1.—La planeación y la coordinación simbolizan procesos inseparables de inter-acción ejecutiva.
- 2.—La planeación requiere inventario previo de recursos, que si resultan dispersos y exiguos exigen la necesidad imperativa de coordinar esfuerzos para su máxima y óptima utilización.
- 3.—Los planes Nacionales de Salud en las Naciones Latinoamericanas adolecen generalmente de escasez de recursos humanos y materiales para satisfacer las necesidades de atención médica integral de los pueblos, que en su mayoría dependen de la acción protectora de las Instituciones de Seguridad Social de los Ministerios de Salud y de las Beneficencias, Públicas y Privadas. Se calcula que únicamente 10% de la población total está en capacidad de sufragar gastos de atención médica privada.
- 4.—A los Seguros Sociales corresponde la preservación, el mantenimiento y la recuperación de la salud de la población económicamente activa y sus presupuestos son significativamente muy superiores a los de los Ministerios de Salud y las Beneficencias. Por ende, los Seguros Sociales alcanzan cada vez un nivel más alto en la prestación de los servicios de medicina integral a los asegurados. Sin embargo, la cobertura de los Seguros Sociales apenas llega actualmente, en promedio, al 20% de la población latinoamericana.
- 5.—Sobre los Ministerios de Salud y las Beneficencias recae la pesada carga de atender las necesidades preventivo-asistenciales del 70% de la población general y mientras los Seguros Sociales, para atender esas necesidades vitales de sus afiliados, disponen en algunos países de cuota *per cápita* anuales, equivalentes a 40 dólares, en cambio los grupos no asegurados difícilmente llegan a 4 dólares por persona y por año.

- 6.—Las obvias implicaciones sociales de este desequilibrio han venido preocupando seriamente a los organismos internacionales de Trabajo, Salud y Seguridad Social, según consta en múltiples recomendaciones y resoluciones aprobadas al respecto.
- 7.—En la posibilidad más o menos remota de llegar a nivelar las diferencias presupuestales anotadas, por medio de medidas impositivas o por el establecimiento y aplicación de un Seguro Nacional de Salud al estilo británico, surge la alternativa de redistribuir la proporción relativa entre ambos grupos aumentando progresivamente el grupo asegurado a expensas del no asegurado, por medio de disposiciones ejecutivas de extensión del Seguro Social a grupos todavía no protegidos y a contingencias aún no cubiertas. Se presupone que tan vigoroso movimiento extensivo provocará mayor capacidad productiva y la consiguiente integración de población sin empleo a las fuerzas de trabajo.
- 8.—Empero, es importante recordar y repetir que la eficacia ejecutiva de los planes de expansión depende en gran parte de la implantación y desarrollo de sistemas efectivos de coordinación, dentro de los campos comunes de actividades técnicas y administrativas, sistemas que deben atenerse fielmente a los conceptos y postulados de lo **que es** y de lo que **no debe ser** la coordinación entre Instituciones orientadas a un propósito social común.
Los conceptos básicos de estas definiciones están consignados en textos de recomendaciones y resoluciones aprobadas durante reuniones internacionales de trabajo, salud y seguridad social.
- 9.—Las anteriores consideraciones justifican y explican la presentación de esta ponencia, dentro del temario médico — social del Primer Congreso Interamericano de Medicina de la Seguridad Social que se celebra en México con motivo del XXV Aniversario de la instauración de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 10.—La ponencia tiene antecedentes en otras ponencias y documentos de trabajo presentados y discutidos en las recientes reuniones internacionales mencionadas, y la reseña histórica de estos antecedentes ha quedado tan completa y acertadamente registrada que dispensa de repetir aquí su transcripción.

II) *Plan de Desarrollo de la ponencia.*

Este desarrollo se concreta al título y al sub-título de la misma. El material básico para su elaboración se ha obtenido por cuestionarios de Encuesta repartidos a las Instituciones Americanas de Seguridad Social, por intermedio del CPISS.

III) *Resúmenes de Realizaciones y Aplicaciones.*

Las respuestas a los cuestionarios sobre contenido y desarrollo de programas de coordinación y sus realizaciones y aplicaciones en las naciones americanas se enumeran y resumen por orden alfabético de las mismas.

IV) *Análisis de las Respuestas a los Cuestionarios.*

- 1.—En tres de los países informantes los Organismos Directivos de las Instituciones de Seguridad Social tienen representación Ministerial. Se presume que esta participación gubernamental estimula los planes de coordinación.
- 2.—En seis países se ejerce actividad coordinadora por medio de Comisiones Inter-Institucionales, a nivel nacional.
- 3.—Las Instituciones de Seguridad de tres países destinan cuotas de sus reservas para fomento de la redes hospitalarias.
- 4.—Casi todos los países exhiben tendencia hacia la unificación, en cada uno de ellos, de las entidades de Seguridad Social coexistentes.
- 5.—Se anota incremento en la organización de Seguros Privados de Salud, pero todavía sin coordinación con los Seguros Oficiales.
- 6.—En cuatro países se cumplen convenios de coordinación con las Universidades y también con los Institutos de capacitación laboral y de reforma agraria.
- 7.—La proporción entre actividades coordinadas de tipo legal es mayor que las de tipo voluntario.

V) *Conclusiones y Recomendaciones.*

- 1.—Se advierte marcada tendencia hacia la actividad coordinadora entre las Instituciones de Seguridad Social y los Ministerios de Salud en la mayoría de los países americanos.

- 2.—Las Comisiones Coordinadoras a nivel nacional con sus respectivos Comités Técnicos de trabajo, se reconocen como instrumentos eficaces de actividad coordinadora y se recomienda su ensayo y adopción.
- 3.—Se descubre gran preocupación de las Asociaciones Nacionales y de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina para coordinarse con las Instituciones de Seguridad Social en los planes de formación de personal médico y paramédico.
- 4.—La coordinación de las Instituciones de Seguridad Social con los Institutos de Reforma Agraria se considera factor decisivo para los planes de extensión de los Seguros Sociales a la población rural.
- 5.—Se confirma la conveniencia de continuar verificando evaluaciones periódicas de los programas de coordinación entre los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social de los países Americanos.