

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXII

EPOCA III

Números 80 - 81

MARZO - JUNIO

1973

MEXICO, D. F.

ACION BIMESTRAL DE LAS SECRETARIAS
ERALES DEL C.P.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO
E 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

	Página
INTRODUCCION _____	9
PROGRAMA OFICIAL _____	13
CEREMONIA INAUGURAL _____	21
RELACION DE DELEGADOS _____	35
PRIMERA SESION PLENARIA _____	45
Tema: MEDICINA PREVENTIVA. PROGRAMAS DE PROTECCION. PROGRAMACION Y FOMENTO DE LA SALUD.	
Ponencia Oficial de la Comisión Regional Americana Médico Social.	
Dr. Gastón Novelo.	
Dr. Rafael Sánchez Zamora _____	47
SEGUNDA SESION PLENARIA _____	111
Tema: LA EVOLUCION DE LAS NORMAS INTERNACIONALES DE LA O.I.T. Y LA DE LOS SISTEMAS PARA LA PROTECCION DE LA SALUD POR LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AMERICAS.	
Ponencia Oficial de la Oficina Internacional del Trabajo.	
Sr. M. Stilon de Piro.	
Dr. Milton I. Roemer _____	113
TERCERA SESION PLENARIA _____	197
Tema: ASISTENCIA MEDICA. ORGANIZACION Y FUNCIONA- MIENTO EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION.	
Ponencia Oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.	
Dr. Luis Castelazo Ayala _____	199
CUARTA SESION PLENARIA _____	281
Tema: PRINCIPALES ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	

SEGUNDA SESION PLENARIA

Presidente:

Lic. Rolando Murgas,
Ministerio de Trabajo y Bienestar Social.
Panamá.

Vicepresidente:

Dr. Carlos M. Rojas Badía,
Secretario de Estado y
Director General del Instituto
Dominicano de Seguros Sociales.

Secretario Técnico:

Dr. Guillermo Amaya Barrios,
Asesor de la Dirección General
Caja de Seguro Social. Panamá.

T E M A :

*LA EVOLUCION DE LAS NORMAS INTERNACIONES
DE LA OIT Y LA DE LOS SISTEMAS PARA LA PRO-
TECCION DE LA SALUD POR LA SEGURIDAD SO-
CIAL EN LAS AMERICAS.**

PONENTE:

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO
DR. M. STILON DE PIRO.
DR. MILTON I. ROEMER.

* El estudio fué presentado por el Lic. Rolando González Bustos.

LA EVOLUCION DE LAS NORMAS INTERNACIONALES DE LA
OIT Y LA DE LOS SISTEMAS PARA LA PROTECCION DE LA SALUD
POR LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AMERICAS

I N T R O D U C C I O N

El Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social invitó a la OIT a participar en el III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social (Panamá, noviembre 1972) y a preparar un documento que sirviera de base de discusión en una de las reuniones de Mesa Redonda programadas en el marco de dicho Congreso.

La Oficina propuso que una Mesa Redonda examinara "La evolución de las normas internacionales de la OIT y la de los sistemas para la protección de la salud por la seguridad social en América Latina" y preparó para la discusión del tema el presente Informe.

No obstante la coherencia y relación entre los dos aspectos principales del tema mencionado, se consideró apropiado tratarlos en dos partes separadas.

La Primera Parte examina la evolución de las características esenciales de las normas internacionales del trabajo relativas a la asistencia médica, teniendo presentes los cambios que se han operado en el mandato de la Organización en esta esfera particular. En primer lugar se analizan la naturaleza y las características de las normas internacionales del trabajo relativas a los programas de asistencia médica en el marco de la seguridad social, con particular referencia a las Américas. A continuación se examinan la evolución histórica y determinadas disposiciones de estas normas distinguiendo dos períodos distintos: el período de seguro social antes de la Segunda Guerra Mundial y el período de seguridad social después de esa Guerra.

Se espera que la presentación del Informe con oportunidad de tan importante Congreso contribuya a hacer presente a los investigadores, a los profesionales, a los responsables de la preparación de estudios o de legislación concerniente a la protección de salud, la existencia de normas internacionales de la OIT en materia de asistencia médica para los trabajadores y sus familias. Se intenta facilitar a los estudiosos el acceso a un resumen consolidado y comentado, de las normas jurídicas internacionales en esta materia.

La parte Segunda del Informe describe brevemente el desarrollo y evolución de los servicios de asistencia médica en los países de América Latina y enfoca ciertos problemas especiales que plantea dicha asistencia dentro del marco de la seguridad social. Examina algunas de las relaciones de ésta con otros sistemas de servicios de salud en esos países y ofrece ciertas estimaciones de las realizaciones efectuadas, de los problemas presentes y de las tendencias futuras. Esta panorámica breve de los desarrollos alcanzados no pretende constituir un diagnóstico de la situación de los sistemas de asistencia médica sino llamar la atención hacia ciertos hechos sobresalientes.

En la evolución de las políticas de asistencia médica aplicadas en los planos nacional e internacional, influye manifiestamente una amplia gama de complejos factores históricos, políticos, sociales, técnicos y económicos. Por este motivo, así como por razones de espacio y tiempo, este estudio no pretende hacer una descripción completa y pormenorizada de todos los problemas relacionados con los programas nacionales de asistencia médica o con las medidas normativas internacionales correspondientes.

La Parte I del Informe ha sido preparado por el Servicio de Seguridad Social de la OIT y, en particular, por el doctor M. Stilon de Piro, miembro de ese Servicio. El doctor Milton I. Roemer, Profesor y Jefe de la División de Administración de la Salud en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, Estados Unidos de América, ha tomado a su cargo la preparación de la Parte III.

- 1) El Doctor Roemer desea dejar constancia de su reconocimiento, por la colaboración que le prestó para compilar informaciones, a la señora Martita Roberts, de la Escuela de Salubridad Pública de UCLA.

PRIMERA PARTE

NORMAS INTERNACIONALES DEL TRABAJO

Mandato de la OIT en la esfera de la asistencia médica.

Las responsabilidades normativas de la OIT con respecto a la organización de la asistencia médica en el marco de la seguridad social tienen su origen en la Constitución de la Organización, aprobada en 1919. En preámbulo de la Constitución establece como uno de los objetivos y propósitos de la Organización la "protección del trabajador contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes del trabajo", y la "protección de los niños, de los adolescentes y de las mujeres". El propósito fundamental de este mandato, que actualmente se considera algo restringido, refleja la preocupación tradicional de la OIT por cubrir las necesidades de asistencia médica de los trabajadores, así como de sus familiares a cargo, en una época en que los programas de asistencia médica colectivamente organizados ni eran adecuados ni se solían aplicar. En muchos sentidos, este mandato dio a la OIT la posibilidad de desempeñar un papel importante en pro del mejoramiento de este estado de cosas mediante la adopción de una serie de normas internacionales que influyeron en la evolución de los regímenes de seguro de enfermedad, la extensión de los sistemas de indemnización de los trabajadores por enfermedad profesional y accidente del trabajo y la aplicación de medidas para la protección de la maternidad.

Con la aparición del concepto de seguridad social, que supone, entre otras cosas, un derecho fundamental a la asistencia médica necesaria de todos los seres humanos, el mandato de la OIT en esta esfera particular se volvió a formular en 1944 en la Declaración de Filadelfia, que más tarde pasó a ser parte integrante de la Constitución de la Organización. En esa Declaración se reconoce la obligación de la OIT de fomentar programas nacionales que permitan "extender las medidas de seguridad social para... prestar asistencia médica completa" y "proteger a la infancia y a la maternidad". Como primer paso encaminado a definir el significado de una "asistencia médica completa" en el marco de los programas de seguridad social, la reunión de Filadelfia de la Conferencia Internacional del Trabajo adoptó, simultáneamente a la citada Declaración, la importante Recomendación Núm. 69 sobre la asistencia médica. A continuación se analiza el contenido de esta Recomendación, junto con el de otras normas.

Las normas internacionales del trabajo adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo comprenden instrumentos de dos tipos: convenios y recomendaciones, entre los que existe una diferencia fundamental de carácter jurídico. Los convenios internacionales del trabajo son normas destinadas a crear obligaciones, cuya ratificación por parte de los Estados Miembros les convierten en instrumentos internacionales obligatorios. Las recomendaciones, en cambio, no están destinadas a crear obligaciones, sino que son instrumentos que tienen exclusivamente por finalidad la de definir normas, que se comunican a los Estados Miembros para que les sirvan de pauta y orientación al adoptar medidas nacionales. Sin embargo, esta distinción es menos real en la práctica que en la teoría jurídica, puesto que un convenio tiene el mismo valor que una recomendación, en lo que respecta a todo Miembro que no lo haya ratificado.

Los convenios y las recomendaciones adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo no son obligatorios para los Miembros de la Organización por el simple hecho de haber sido adoptados por la Conferencia, pero su adopción les impone la obligación jurídica concreta de tomar determinadas medidas, cuyo objeto es dar la máxima probabilidad a la aplicación y ratificación de los convenios y a la eficaz aplicación de las recomendaciones. La Constitución de la Organización impone a todos sus Miembros la obligación de someter en el término de un año o, en circunstancias excepcionales, de dieciocho meses, todos los convenios y recomendaciones adoptados por la Conferencia a "la autoridad o autoridades a quienes compete el asunto, al efecto de que le den forma de ley o adopten otras medidas". De tratarse de un convenio, si obtiene el consentimiento de la autoridad competente —normalmente el poder legislativo—, el Miembro tiene además la obligación de comunicar a la Organización la ratificación formal del convenio y de adoptar las medidas necesarias para hacer efectivas sus disposiciones. Por otra parte, los Miembros tienen que presentar memorias anuales sobre las medidas que han adoptado para poner en ejecución los convenios ratificados. Asimismo, a tenor de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, los Estados Miembros deben presentar informes regulares sobre los convenios no ratificados y las recomendaciones elegidos por el Consejo de Administración, indicando en qué medida su legislación y su práctica corresponden a las disposiciones de los instrumentos y, en lo que respecta a los convenios, especificando las dificultades que impiden su ratificación. Estas obligaciones se aplican de igual manera a todos los Miembros, con independencia de la actitud adoptada por sus delegados en la Conferencia hacia determinado convenio o recomendación en la reunión en que el instrumento de que se trate fue adoptado.

El efecto de los convenios y las recomendaciones adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo en la promoción de los programas de seguridad social debe también examinarse teniendo en cuenta los principios de política social enunciados por la Organización Internacional del Trabajo por procedimientos menos formales. A este respecto, en lo que concierne a las Américas, tienen particular importancia las resoluciones adoptadas por la Conferencia de los Estados de América Miembros de la O.I.T. Los principios generales formulados de esta manera no son, por supuesto, equiparables a los de los convenios y recomendaciones adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo, ya que estos principios, que tienen un carácter esencialmente más experimental, no gozan del mismo grado de autoridad que los instrumentos aprobados por la Conferencia y no están sujetos a la obligación de ser sometidos a las autoridades nacionales competentes ni han de ser objeto de una información a solicitud del Consejo de Administración. Pese a estas reservas, estos principios complementan en muchos aspectos las disposiciones de los convenios y las recomendaciones.

La adopción de normas internacionales del trabajo, incluidos los instrumentos que contienen disposiciones relativas a la asistencia médica, se remonta a 1919, año de la fundación de la Organización Internacional del Trabajo. La evolución de estas normas y de sus disposiciones refleja, entre otras cosas, el progreso de la legislación y de la práctica nacionales durante los últimos cincuenta años. En efecto, las normas internacionales del trabajo que contienen disposiciones de asistencia médica pueden dividirse en dos amplios grupos. El primero comprende las normas anteriores a la Segunda Guerra Mundial, consideradas actualmente algo rígidas en cuanto a la determinación de la contingencia que da derecho a las prestaciones, los sistemas de organización reconocidos, las limitaciones con respecto a las personas protegidas y la gama restringida de servicios de asistencia médica requeridos. El segundo grupo abarca las normas adoptadas a partir de 1944, normas que reflejan la aceptación de una concepción más amplia de la asistencia médica en el marco de la seguridad social, así como una mayor flexibilidad en los sistemas de organización para alcanzar objetivos substancialmente más amplios, en particular en lo que se refiere a las personas protegidas y a la extensión de los servicios de asistencia médica proporcionados. A continuación se analizan las normas internacionales del trabajo relativas a la asistencia médica.

Resumen de las normas adoptadas antes de la Segunda Guerra Mundial.

En el primer año de vida de la Organización, la Conferencia adoptó el Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919 (Núm. 3), instrumento que ampara a las mujeres que trabajan en empresas industriales o comerciales y que prescribe que toda mujer tendrá derecho a un periodo de seis semanas de permiso

de maternidad antes del parto; no estará autorizada a trabajar durante un periodo de seis semanas después del parto y deberá recibir una prestación monetaria durante este periodo de ausencia. Igualmente se estipula el derecho a dos descansos para lactar al hijo. Como prestación complementaria, el instrumento prescribe el derecho "a la asistencia gratuita de un médico o de una comadrona" durante el periodo que dure el permiso de maternidad. De conformidad con el Convenio, las prestaciones de maternidad serán satisfechas por el Tesoro Público o se pagarán por un sistema de seguro. Dos años más tarde, la Conferencia adoptó la Recomendación sobre protección de la maternidad (agricultura), 1921 (Núm. 12), tendiente a extender la protección del Convenio Núm. 3 a las mujeres asalariadas empleadas en la agricultura.

El instrumento inicial adoptado por la Conferencia con miras a cubrir la eventualidad de los accidentes de trabajo fue el Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo (agricultura), 1921 (Núm. 12). Este Convenio, que se aplica a todos los asalariados agrícolas, impone la obligación de extender al sector agrícola el "Beneficio de las leyes y reglamentos que tengan por objeto indemnizar a las víctimas de accidentes sobrevenidos a causa del trabajo o durante la ejecución del mismo. El Convenio Núm. 17 sobre la indemnización por accidentes del trabajo y el Convenio Núm. 18 sobre las enfermedades profesionales se adoptaron en 1925. Salvo ciertas excepciones, y con la exclusión específica del sector agrícola, a que se aplican las disposiciones del Convenio Núm. 12, el campo de aplicación del Convenio Núm. 17 sobre la indemnización por accidentes del trabajo abarca a todos los asalariados de las empresas y establecimientos públicos y privados. El Convenio Núm. 18 se aplica a los trabajadores que se ocupan de determinados procesos y que contraen determinadas enfermedades profesionales. El Convenio especifica una lista de tres de esos tipos de enfermedades profesionales, que los Miembros deberán considerar como tales. La Recomendación correspondiente Núm. 24, adoptada también en 1925, insta a los Estados Miembros a establecer "un procedimiento sencillo por medio del cual pueda revisarse la lista de enfermedades que su legislación nacional considere profesionales". Los Convenios Núms. 12 y 18 definen las prestaciones con la designación general de "indemnización por accidentes del trabajo" o por enfermedades profesionales". Por otra parte, el Convenio Núm. 17 es más específico en lo que respecta a la asistencia médica requerida, estipulando que las víctimas de accidentes del trabajo tendrán derecho "a la asistencia médica y a la asistencia quirúrgica y farmacéutica que se considere necesaria a consecuencia de los accidentes", así como a "los aparatos de prótesis y de ortopedia cuyo uso se considera necesario". Estos Convenios sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales no especifican los métodos de financiación del régimen o de suministro de las prestaciones, pero prevén la obligación de "garantizar, en toda circunstancia, el pago de la indemnización".

En su séptima reunión (1925), el tema de la seguridad Social se insertó en el orden del día de la Conferencia Internacional del Trabajo. Al examinar esta esfera relativamente amplia se dio prioridad a la contingencia de la enfermedad no profesional. El resultado de ello fue la adopción en 1927 del Convenio Núm. 24 sobre el seguro de enfermedad (industria), del Convenio Núm. 25 sobre el seguro de enfermedad (agricultura) y de la Recomendación Núm. 29 sobre el seguro de enfermedad. Como sus títulos indican, el campo de aplicación de los Convenios abarca a los trabajadores manuales y no manuales, incluidos los aprendices empleados por: a) empresas industriales y comerciales, así como los trabajadores a domicilio y el servicio doméstico y b) las empresas agrícolas, respectivamente. Al igual que en otras normas de seguridad social de esa época, se otorgó a los Estados Miembros la posibilidad de prescribir ciertas excepciones, que comprendían entre otras: 1) las personas colocadas en empleos temporales; 2) los trabajadores con remuneraciones relativamente elevadas; 3) los miembros de la familia del empleador; y 4) los menores y las personas de cierta edad. No obstante, la Recomendación Núm. 29 aboga porque "toda persona que ejecute trabajos a título profesional, en virtud de un contrato de trabajo o de aprendizaje" sea amparada. Tanto estos dos Convenios como la Recomendación proponen la extensión de la asistencia médica a los miembros de la familia del asegurado que vivan en su casa y estén a su cargo.

Los instrumentos relativos al seguro de enfermedad, como otras normas de seguridad social que tratan de contingencias relacionadas con la salud, contienen disposiciones sobre las prestaciones en metálico y la asistencia médica. En los Convenios Núm. 24 y Núm. 25 el derecho a la asistencia médica se traduce en el derecho al "tratamiento de un médico debidamente calificado, y al suministro de medicamentos y de medios terapéuticos suficientes y de buena calidad". La asistencia médica se garantiza desde el principio de la enfermedad y, por lo menos, hasta la expiración del periodo previsto para la concesión de la indemnización por enfermedad. En ambos Convenios se autoriza la participación en los gastos de asistencia del asegurado, participación que no se alienta, sin embargo, en la Recomendación. Dada la limitación de las disposiciones sobre asistencia médica que figuran en los Convenios, la Recomendación prevé otras prestaciones adicionales, incluida la asistencia de especialista, la hospitalización en caso necesario y el tratamiento dental. Además, la Recomendación propugna el pronto tratamiento de la enfermedad y la adopción de medidas personales para prevenir las enfermedades con miras a promover la salud de la comunidad.

El único medio de protección previsto por las normas es el régimen obligatorio del seguro de enfermedad, sin fines lucrativos, financiado con contribuciones de los asegurados, de sus empleados y posiblemente del Estado. A este respecto, la falta de flexibilidad es tan evidente que los Convenios especifican que

los Estados con vastos territorios muy poco poblados pueden no aplicar los convenios en las Regiones en que la organización del seguro de enfermedad resulte imposible. Para estas Regiones la Recomendación insta a la aplicación de un servicio de salud pública. Otros requisitos relativos a la administración son las instituciones de seguro de enfermedad sean semiautónomas, si bien sometidas a la supervisión del Estado y con la participación de los asegurados en su gestión. La administración directa de los regímenes de seguro de enfermedad, por parte del Estado se autoriza en ciertas circunstancias, cuando pueda resultar difícil la dirección en régimen de autonomía. La Recomendación destaca la conveniencia de organizar el seguro de enfermedad sobre una base territorial (regional) para facilitar el buen funcionamiento de los servicios médicos. Independientemente del sistema administrativo adoptado, tanto los Convenios como la Recomendación contienen disposiciones para la solución de conflictos mediante procedimientos de apelación.

La Organización Internacional del Trabajo tiene la obligación especial de proteger a los trabajadores empleados en países en que son extranjeros. En sus normas sobre seguridad social, incluidas las que entrañan una contingencia que requiere la asistencia médica, hay muchas pruebas de su preocupación por los derechos de esta categoría de trabajadores. La igualdad de trato de los nacionales y de los extranjeros asegurados está implícita en los instrumentos sobre seguro de enfermedad. Además, se ha adoptado una norma concreta, el Convenio sobre la igualdad de trato (accidentes del trabajo), 1925 (Núm. 19), relativa a los derechos de los trabajadores extranjeros en materia de indemnización por accidentes del trabajo.

Al mismo tiempo que la Conferencia Internacional del Trabajo adoptaba las normas citadas, el tema general de la seguridad social se examinaba en la primera (Santiago) y segunda (La Habana) Conferencias de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo. Las resoluciones adoptadas en estas Conferencias celebradas antes de la Segunda Guerra Mundial se refundieron en un texto único bajo el título de "Código Interamericano de Seguros Sociales", cuyas tres primeras partes: I: Objetivos generales de los seguros sociales; II: Indemnización de los accidentes del trabajo; y III: Seguro de enfermedad y maternidad, tienen relación con este estudio. Al reunir las diversas contingencias que requieren asistencia médica en una sola norma y al englobar toda la gama de servicios médicos, ya sean de índole preventiva curativa o de rehabilitación, este Código se considera como un antecesor de las normas de seguridad social de la posguerra. Con todo, su campo de aplicación, que seguía limitándose fundamentalmente a los asalariados, pero sin distinguir entre los sectores urbano y rural, y la importancia manifiestamente atribuida al mecanismo del seguro como el sistema más eficaz para organizar la protección colectiva en

materia de asistencia médica, acentuaron la rigidez de las disposiciones financieras y administrativas de las primeras normas de seguridad social.

Normas de seguridad social adoptadas después de la Segunda Guerra Mundial.

Como ya se ha indicado, la Conferencia Internacional del Trabajo, en su 26a. reunión (Filadelfia, 1944) adoptó la Recomendación Núm. 69, sobre la asistencia médica de aplicación general. Este instrumento, junto con otro igualmente importante, la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (Núm. 67), pretenda especificar en forma detallada el significado del nuevo concepto de "seguridad social" que estaba surgiendo por aquella época. Es interesante recordar que, antes de esa fecha, en la mayor parte de las leyes relativas a la indemnización de los accidentes del trabajo, el seguro de enfermedad, la protección de la maternidad y el seguro de invalidez, y en las normas laborales sobre estos componentes de la seguridad social, las prestaciones en metálico y la asistencia médica se habían constantemente tratado juntas, dado que ambas tenían el mismo origen jurídico y una sola institución administrativa. Las razones de que estas prestaciones se trataran por separado, en las Recomendaciones de Filadelfia son las siguientes:

- a) destacar la importancia de la asistencia médica propiamente dicha en un programa de seguridad social;
- b) facilitar la necesaria coordinación de la asistencia médica con otros elementos de los servicios de salud; y
- c) dar la posibilidad de que la asistencia médica, a diferencia de la seguridad de los ingresos, se pueda proporcionar con un servicio médico público gratuito, financiado con cargo a los impuestos.

Como reflejo de la aparición, hacia el final de la Guerra, de nuevos planes y proyectos de leyes para la organización de nuevos programas generales y coordinados de asistencia médica, sin anomalías injustas, la Recomendación 69 insta a que se ponga constantemente a disposición de todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo, una asistencia completa preventiva y curativa del nivel más elevado posible, y especifica que la asistencia médica debería comprender "el tratamiento médico general y el de especialistas a personas hospitalizadas o no (comprendida la asistencia en el domicilio del enfermo); el tratamiento odontológico; los servicios de enfermera en la casa, en el hospital o en otras instituciones médicas; la asistencia prestada, en la casa o

en el hospital, por comadronas calificadas y otros servicios de maternidad; el mantenimiento en hospitales, casas de convalecencia, sanatorios y otras instituciones médicas; y, siempre que fuere posible, el material necesario para la asistencia dental, farmacéutica, médica o quirúrgica (incluso miembros artificiales); y la asistencia prestada por cualquier otra persona que pertenezca a una profesión que haya sido legalmente reconocida como profesión afín”.

Con objeto de alcanzar el grado de extensión conveniente tanto en cuanto al campo de protección como en cuanto a los servicios de asistencia médica, la Recomendación formula sugerencias sobre diferentes métodos posibles de organización, que deberán elegirse según las prácticas y los objetivos nacionales, el grado de desarrollo de los servicios y la diversa naturaleza de los problemas por resolver. A este respecto, en la Recomendación figuran dos indicaciones concretas, a saber:

—“El seguro social estará indicado cuando el servicio se limite a una parte de la población o a una región específica, o cuando el régimen de cotización ya existe para otras ramas del seguro social y sea posible, ulteriormente, incluir en el régimen del seguro a toda la población o a la mayor parte de ella”, y

—“sería conveniente un servicio público cuando el servicio deba amparar a toda la población y se desee unir la asistencia médica con los servicios generales de sanidad”.

Se señala además, que los seguros sociales deberían cubrir a los familiares a cargo así como al asegurado cotizante. Su campo de aplicación debería extenderse por etapas hasta llegar a abarcar, finalmente, a toda la población. La cotización de toda persona protegida debe ser proporcionada a sus ingresos y no variar con el número de familiares a cargo. Todas las personas aseguradas en un régimen de seguro social que conceda prestaciones en dinero, deberían tener también derecho automáticamente a la asistencia médica. Las personas que no puedan pagar cotizaciones deberían estar incluidas en el campo de aplicación de los servicios de asistencia médica, corriendo el pago de sus cotizaciones a cargo de la autoridad competente. En consecuencia, la asistencia social se consideró como una medida provisional que debería eliminarse con el tiempo. Si se eligiera la forma de servicio público, éste debería estar desde el comienzo a disposición de todo miembro de la comunidad sin estar sujeto a ninguna condición de prueba y su costo debería sufragarse con los ingresos generales o mediante un impuesto especial progresivo.

La Recomendación, que tiene presente los múltiples problemas inherentes al funcionamiento paralelo de programas médicos no coordinados, aboga por

una colaboración estrecha cuando estos servicios corren a cargo de organismos diferentes (instituciones de seguros sociales, servicios generales de salud y organismos de asistencia social). En el plano local, la asistencia médica debe proporcionarse por intermedio de una organización que garantice la mayor economía y eficacia posibles, mediante la asociación de conocimientos, personal, equipo y otros recursos del servicio. Se prevé la prestación de asistencia médica en forma de colaboración médica y en centros que trabajen en relación efectiva con los hospitales y se propone la unificación de la administración del servicio en zonas sanitarias suficientemente amplias para que cuenten con un servicio autónomo y equilibrado sometido al control de las autoridades centrales. Estas disposiciones anticipan la racionalización de los servicios de asistencia médica personal que actualmente se está aplicando en muchos países.

Bajo el encabezamiento general de "Calidad del servicio", la Recomendación establece varias normas generales relativas a las relaciones entre el médico y el paciente, en particular al derecho de los beneficiarios a elegir su médico, a reserva de ciertas condiciones razonables, entre los médicos generales que estén a disposición del servicio. También se regulan aspectos como el de las condiciones de trabajo adecuadas del personal médico, la organización de cursos postuniversitarios y el otorgamiento de facilidades para llevar a cabo investigaciones científicas. Por último, la Recomendación propone que los beneficiarios puedan presentar reclamaciones acerca del servicio y que tengan derecho a apelar ante un tribunal independiente.

Con la aplicación progresiva, durante el periodo de posguerra, de los conceptos de seguridad social previstos en las Recomendaciones de Filadelfia, se planteó la necesidad de revisar las normas adoptadas antes de la Guerra. Era evidente que los primeros Convenios y Recomendaciones no concordaban con los nuevos desarrollos entre los que cabe citar: movimiento favorable a la extensión de los sectores de población protegidos; cobertura de un mayor número de contingencias; concesión de prestaciones más estrechamente relacionadas con las necesidades; atenuar el vínculo entre el pago de cotizaciones y el derecho a las prestaciones y, en general, unificación de la financiación y de la administración de las ramas de la seguridad social hasta ahora separadas. Además, la transformación de los seguros sociales iba acompañada de la integración o coordinación de la asistencia social, y había comenzado a hacer su aparición una política integrada de seguridad social coordinada estrechamente con la política nacional encaminada a elevar los niveles físico y social de toda comunidad.

Habida cuenta de estas tendencias generales de las legislaciones y los planes nacionales, se acordó prioridad a la elaboración de un nuevo convenio general que tratará ampliamente de todas las características esenciales de un sistema na-

cional de seguridad social y que estableciera normas mínimas de prestaciones y sirviera, lo que es más importante, como marco y punto de partida para la revisión de todos los convenios existentes en esta esfera. La forma del instrumento debía resultar aceptable para la mayor parte de los Estados Miembros, tanto de los muy desarrollados como de los menos desarrollados, desde un principio o a través de un proceso de ratificación por etapas. En esa época se estimó que la facilitación del acceso al nuevo convenio incitaría a todos los países a ratificarlo y les obligaría a la gradual aplicación de todos sus principios.

Sobre la base de estos antecedentes se formuló y adoptó el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima). 1952 (Núm. 102), Convenio que abarca todo el campo de la seguridad social, distinguiendo nueve contingencias: condiciones que requieren asistencia médica de carácter preventivo o curativo, incapacidad para el trabajo debido a enfermedad, desempleo, vejez, accidente del trabajo y enfermedad profesional, hijos a cargo, maternidad, invalidez y muerte del sostén de familia. Pese a su amplitud, el Convenio permite la ratificación inicial con respecto a, por lo menos, tres contingentes, a condición de que una de ellas se refiera a enfermedad profesional o accidente del trabajo, a invalidez, a muerte, a vejez, o desempleo. El Convenio podrá posteriormente aceptarse con respecto a otras contingencias. En lugar de especificar de qué modo deben los Estados Miembros que ratifican este Convenio proporcionar la protección, característica común de todos los instrumentos anteriores a la Guerra, el Convenio Núm. 102 se preocupa primordialmente de los objetivos perseguidos y acepta cualquier forma o combinación de formas que permitan alcanzar esos objetivos efectivamente y en forma adecuada. Como resultado de esta innovación, reconoce los servicios proporcionados con cargo a fondos públicos, un seguro social obligatorio y, en casos apropiados, la asistencia social. En ciertas contingencias reconoce asimismo el seguro social voluntario, siempre y cuando se garantice que está adecuadamente administrado y que protege eficazmente a un número substancial de personas de recursos económicos modestos.

Otras innovaciones del Convenio Núm. 102, en comparación con las normas precedentes, son:

- a) la definición estadística del campo de protección, que abarca a todos los asalariados o a categorías prescritas de la población económicamente activa o de residentes:
- b) la posibilidad que se otorga a los Miembros, cuya economía y cuyos recursos médicos estén insuficientemente desarrollados de acogerse a excepciones tem-

porales en lo que respecta a las personas protegidas y a limitaciones concretas en cuanto a la extensión y la duración de la asistencia médica.

Al ratificar el Convenio, los Miembros tienen la obligación de aplicar las disposiciones generales comunes a todas las partes, relativas a la suspensión de las prestaciones, derecho de apelación, administración efectiva y financiación.

Las partes del Convenio Núm. 102 que entrañan la prestación de asistencia médica son las siguientes: Parte II. Asistencia médica; Parte VI. Prestaciones en caso de accidentes del trabajo y de enfermedad profesional; Parte VIII. Prestaciones de maternidad. A continuación se reproducen íntegramente las disposiciones de estas partes relativas a la asistencia médica y al estudiar las demás normas adoptadas con posterioridad al Convenio Núm. 102 se harán referencias pertinentes a estas disposiciones.

PARTE II. ASISTENCIA MEDICA

Artículo 7

“Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica, de carácter preventivo o curativo, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

Artículo 8

La contingencia cubierta deberá comprender todo estado mórbido, cualquiera que fuere su causa, el embarazo, el parto y sus consecuencias.

Artículo 9

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) sea a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados, así como a las cónyuges y a los hijos de los miembros de esas categorías;
- b) sea a categorías prescritas de la población económicamente activa que en total constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes, así como a las cónyuges y a los hijos de los miembros de esas categorías;

- c) sea a categorías prescritas de residentes que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los residentes;
- d) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del artículo 3, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas, así como a las cónyuges y a los hijos de los asalariados de esas categorías.¹

Artículo 10

1. Las prestaciones deberán comprender, por lo menos:

- a) en caso de estado mórbido:
 - i) la asistencia médica general, comprendidas las visitas a domicilio;
 - ii) la asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas, o no hospitalizadas por la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales.
 - iii) el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados; y
 - iv) la hospitalización, cuando fuera necesaria; y
- b) en caso de embarazo, parto y sus consecuencias:
 - i) la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada; y
 - ii) la hospitalización, cuando fuere necesaria.

2. El beneficiario o sostén de familia podrá ser obligado a participar en los gastos de asistencia médica recibida por él mismo en caso de estado mórbido; la participación del beneficiario o del sostén de familia deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo.

3. La asistencia médica prestada de conformidad con este artículo tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.

4. Los departamentos gubernamentales o las instituciones que concedan las prestaciones deberán estimular a las personas protegidas, por cuantos medios puedan ser considerados apropiados, para que utilicen los servicios generales de salud puestos a su disposición por las autoridades públicas o por otros organismos reconocidos por las autoridades públicas.

Artículo 11

Las prestaciones mencionadas en el artículo 10 deberán garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos a las personas protegidas que hayan cumplido el período de calificación que se considere necesario para evitar abusos, o a los miembros de las familias cuyo sostén haya cumplido dicho período.

Artículo 12

1. Las prestaciones mencionadas en el artículo 10 deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia cubierta, si bien, en caso de estado mórbido, la duración de las prestaciones podrá limitarse a veintiséis semanas en cada caso; ahora bien, las prestaciones no podrán suspenderse mientras continúe pagándose una prestación monetaria de enfermedad, y deberán adoptarse disposiciones que permitan la extensión del límite antes mencionado, cuando se trate de enfermedades determinadas por la legislación nacional para las que se reconozca la necesidad de una asistencia prolongada.

2. Cuando se formule una declaración en virtud del artículo 3, la duración de las prestaciones podrá limitarse a trece semanas en cada caso.¹

PARTE VI. PRESTACIONES EN CASO DE ACCIDENTE DEL TRABAJO Y DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Artículo 31

Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

Artículo 32

Las contingencias cubiertas deberán comprender las siguientes, cuando sean ocasionadas por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional prescritos:

- a) Estado mórbido;
- b)
- s)
- d)

Artículo 33

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados, y, para las prestaciones a que da derecho la muerte del sostén de familia, también de las cónyuges y a los hijos de los asalariados de esas categorías; o
- b) cuando se haya formulado una declaración en virtud del artículo 3, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas, y, para las prestaciones que da derecho la muerte del sostén de familia, también a las cónyuges y a los hijos de los asalariados de esas categorías.¹

Artículo 34

1. Con respecto al estado mórbido, las prestaciones deberán comprender la asistencia médica, tal como se especifica en los párrafos 2 y 3 de este artículo.

2. La asistencia médica comprenderá:

- a) la asistencia médica general y la ofrecida por especialistas, a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, comprendidas las visitas a domicilio;
- b) La asistencia odontológica;

- c) la asistencia por enfermeras, a domicilio, en un hospital o en cualquier otra institución médica;
- d) el mantenimiento en un hospital, centro de convalecencia, sanatorio u otra institución médica;
- e) el suministro de material odontológico, farmacéutico, y cualquier otro material médico o quirúrgico, comprendidos los aparatos de prótesis y su conservación, así como los anteojos; y
- f) la asistencia suministrada por miembros de otras profesiones reconocidas legalmente como conexas con la profesión médica, bajo la vigilancia de un médico o de un dentista.

3. Cuando se haya formulado una declaración en virtud del artículo 3, la asistencia médica deberá comprender, por lo menos:

- a) la asistencia médica general, comprendidas las visitas a domicilio;
- b) la asistencia por especialistas, ofrecida en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- c) el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados; y
- d) la hospitalización, cuando fuere necesaria.¹

4. La asistencia médica prestada de conformidad con los párrafos precedentes tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.

Artículo 35

1. Los departamentos gubernamentales o las instituciones que concedan la asistencia médica deberán cooperar, cuando fuere oportuno, con los servicios generales de reeducación profesional, a fin de readaptar para un trabajo apropiado a las personas de capacidad reducida.

La legislación nacional podrá autorizar a dichos departamentos o instalaciones para que tomen medidas destinadas a la reeducación profesional de las personas de capacidad reducida

Artículo 36

Artículo 37

Las prestaciones mencionadas en los artículos 34 deberán garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos a las personas protegidas que estuvieran empleadas como asalariados en el territorio del Miembro en el momento del accidente o en el momento en que se contrajo la enfermedad; y si se trata de pago periódicos resultantes del fallecimiento del sostén de familia, a la viuda y a los hijos de aquél.

Artículo 38

Las prestaciones mencionadas en los artículos 34... deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia; sin embargo, con respecto a la incapacidad para trabajar, la prestación podrá no pagarse por los tres primeros días en cada caso de suspensión de ganancias.

PARTE VIII. PRESTACIONES DE MATERNIDAD

Artículo 46

Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de maternidad, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

Artículo 47

La contingencia cubierta deberá comprender el embarazo, el parto y sus consecuencias, y la suspensión de ganancias resultantes de los mismos, según la defina la legislación nacional.

Artículo 48

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) sea a todas las mujeres que pertenezcan a categorías prescritas de asalariados, categorías que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados, y, en lo que concierne a las prestaciones médicas de maternidad, también a las cónyuges de los hombres comprendidos en esas mismas categorías.
- b) sea a todas las mujeres que pertenezcan a categorías prescritas de la población económicamente activa, categorías que en total constituya, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes, y, en lo que concierne a las prestaciones médicas de maternidad, también a las cónyuges de los asalariados comprendidos en esas mismas categorías;
- c) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del artículo 3, a todas las mujeres que pertenezcan a categorías prescritas de asalariado que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas, y en lo que concierne a las prestaciones médicas de maternidad, también a las cónyuges de los hombres comprendidas en esas mismas categorías.¹

Artículo 49

1. En lo que respecta al embarazo, el parto y sus consecuencias, las prestaciones médicas de maternidad deberán comprender la asistencia médica mencionada en los párrafos 2 y 3 de este artículo.

2. La asistencia médica deberá comprender, por lo menos:

- a) la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada; y
- b) la hospitalización, cuando fuere necesaria;

3. La asistencia médica mencionada en el párrafo 2 de este artículo tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la mujer protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.

4. Las instituciones o los departamentos gubernamentales que concedan las prestaciones médicas de maternidad deberán estimular a las mujeres protegidas, por cuantos medios puedan ser considerados apropiados, para que utilicen

los servicios generales de salud puestos a su disposición por las autoridades públicas o por otros organismos reconocidos por las autoridades públicas.

Artículo 50

Artículo 51

Las prestaciones mencionadas en los artículos 49. . . deberán garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos, a las mujeres pertenecientes a las categorías protegidas que hayan cumplido el período de calificación que se considere necesario para evitar abusos; las prestaciones mencionadas en el artículo 49 deberán también garantizarse a las cónyuges de los trabajadores de las categorías protegidas, cuando éstos hayan cumplido el período de calificación previsto.

Artículo 52

Las prestaciones mencionadas en los artículos 49 . . . deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia; . . .”

En la misma reunión en que la Conferencia adoptó el Convenio Núm. 102, adoptó también el Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952 (Núm. 103).

A diferencia de las normas sobre maternidad de antes de la Guerra y de acuerdo con las características de los convenios sobre seguridad social de la posguerra, este instrumento revisado se aplica, con algunas posibles excepciones concretas, a las “mujeres asalariadas que trabajen en su domicilio”.

Al igual que los instrumentos anteriores a la Guerra, se prevén cuatro tipos de prestaciones: descanso de maternidad, prestaciones en dinero, asistencia médica e interrupción del trabajo para lactar al hijo. Las prestaciones segunda y tercera están vinculadas a la primera en el sentido de que sólo se otorgan mientras la mujer se ausenta de su trabajo con un permiso de maternidad. Otra analogía con el Convenio Núm. 3 es que las prestaciones en metálico y la asistencia médica se proporcionan con cargo a un seguro social obligatorio o a fondos públicos.

Dejando aparte estos aspectos, el Convenio contiene normas substancialmente más elevadas que el instrumento de anteguerra. Ya se ha mencionado también que el campo de aplicación es más amplio en lo que se refiere a las personas protegidas. Por otro lado, el período de seis semanas de descanso de maternidad antes del parto y de seis semanas después del parto tiene en este instrumento el carácter de norma mínima. De existir razones médicas que lo justifiquen como consecuencia del embarazo o de complicaciones, la mujer tendrá derecho a una prolongación del descanso antes o después del parto, así como a asistencia médica y a las prestaciones en metálico correspondientes. Además, los servicios de asistencia médica previstos en el instrumento son relativamente más amplios, ya que comprenden "la asistencia durante el embarazo, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal, prestada por una comadrona diplomada o por un médico, y la hospitalización, cuando ello fuere necesario; la libre elección del médico y la libre elección entre un hospital público o privado deberán ser respetadas.

El Convenio Núm. 103 fue complementado por la Recomendación sobre la protección de la maternidad, 1952 (Núm. 95). Este instrumento propugna la concesión de prestaciones considerablemente más elevadas respecto del período mínimo de descanso de maternidad prescrito y de la tasa de prestaciones en metálico y la extensión de los servicios de asistencia médica. Por otra parte, contiene disposiciones relativas a la concesión de facilidades para las madres lactantes y los hijos y a la protección de la salud de las mujeres empleadas durante el período de la maternidad.

El Convenio Núm. 103 sobre la protección de la maternidad (revisado) no contiene las diversas innovaciones introducidas por el Convenio Núm. 102 para dar mayor flexibilidad con objeto de facilitar la ratificación por parte de Estados Miembros que se encuentran en diferentes etapas de desarrollo económico y que aplican diversos sistemas para la prestación de la asistencia médica. La introducción de estas características tipo en las nuevas normas de seguridad social se inició a partir de 1963 con el programa de revisión de los convenios sobre seguridad social de antes de la Guerra y se ha continuado desde entonces sistemáticamente. Dos convenios de esta nueva serie que tienen relación con este estudio son el Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 (Núm. 12141 y el Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (Núm. 1032). Este programa de revisión de normas era la consecuencia lógica de la evolución que se había producido en la legislación nacional y de la toma de conciencia de que las normas internacionales debían también adaptarse a los cambios de la legislación y la práctica nacionales sobre seguridad social. Por lo demás, desde la adopción de los instrumentos anteriores a la Guerra había transcurrido tiempo suficiente para poder formular normas más significativas y modernas.

Entre los elementos comunes a los Convenios Núms. 121 y 130, muchos de los cuales están en armonía con las innovaciones introducidas en el Convenio Núm. 102, cabe citar: una menor rigidez y una concepción más amplia respecto del origen de la contingencia; la aplicación simultánea a los sectores agrícola y no agrícola; la definición del campo de aplicación en términos estadísticos relacionados con diferentes categorías de la población con porcentajes superiores a los previstos en el Convenio Núm. 102; la regulación simultánea de las prestaciones en metálico y de la asistencia médica; normas relativas a prestaciones más favorables que las contenidas en los instrumentos de anteguerra y en el Convenio Núm. 102; la inclusión de excepciones temporales para hacer frente a las situaciones que prevalecen en los países en vías de desarrollo; la insistencia en los objetivos, lo que permitirá a los Miembros alcanzar las normas previstas por medio de diversos sistemas de financiación y de organización, a reserva de aplicar los principios generales relativos a la suspensión de prestaciones, derecho de apelación y administración. Por otra parte, cada Convenio está complementado por una Recomendación, en las que se establecen objetivos a más largo plazo en lo que respecta, por ejemplo, a la extensión del campo de aplicación y de las prestaciones. Como podrá deducirse del orden de las disposiciones de los Convenios Núms. 121 y 130, algunas de las cuales se reproducen a continuación, su forma de presentación difiere. El Convenio Núm. 121 no se divide en partes, mientras que el Convenio Núm. 130 agrupa separadamente las disposiciones sobre asistencia médica, prestaciones monetarias y cuestiones generales. A este respecto, este último Convenio es análogo a las Recomendaciones de Filadelfia y el Convenio Núm. 102 en lo que se refiere a su forma de presentación coherente y codificada.

Las disposiciones del Convenio Núm. 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales relativas al campo de protección, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y naturaleza y extensión de los servicios de asistencia médica son las siguientes:

Artículo 4

1. La legislación nacional sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales debe proteger a todos los asalariados, incluidos los aprendices, de los sectores público y privado, comprendidos aquellos de las cooperativas, y, en caso de fallecimiento del sostén de familia, a categorías prescritas de beneficiarios.

2. Todo Miembro podrá prever las excepciones que estime necesarias en lo que se refiere:

- a) a las personas que realicen trabajos ocasionales ajenos a la empresa del empleador;
- b) a los trabajadores a domicilio;
- c) a los miembros de la familia del empleador que viven con él respecto del trabajo que realicen para él;
- d) a otras categorías de asalariados, siempre que su número total no exceda del 10 por ciento de todos los asalariados no exceptuados en virtud de los apartados a) y c), del presente párrafo.

Artículo 5

Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, la aplicación de la legislación nacional sobre prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales podrá limitarse a categorías prescritas de asalariados cuyo número total no debería ser inferior al 75 por ciento de todos los asalariados que trabajen en establecimientos industriales, y, en caso de fallecimiento del sostén de familia, a categorías prescritas de beneficiarios¹.

Artículo 6

Las contingencias cubiertas, cuando se deban a un accidente del trabajo o a una enfermedad profesional, comprenderá las siguientes:

- a) estado mórbido:

(Los apartados b), c) y d) se refieren a las prestaciones en metálico).

Artículo 7

1. Todo Miembro deberá prescribir una definición del "accidente del trabajo", incluyendo las condiciones bajo las cuales un accidente sufrido en el trayecto al o del trabajo es considerado como un accidente del trabajo, y debe precisar los términos de dicha definición en las memorias sobre la aplicación de este Convenio que habrá de presentar en cumplimiento del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo.

- 2. No será necesario incluir en la definición de accidentes del trabajo las

condiciones bajo las cuales debe considerarse como tal un accidente sufrido en el trayecto si, independientemente de los sistemas de seguridad social que cubren los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, hay otros sistemas distintos que cubren tales accidentes sufridos en el trayecto, y que conceden prestaciones que en su conjunto son por lo menos equivalentes a las que establece este Convenio.

Artículo 8

Todo Miembro deberá:

- a) prescribir una lista de enfermedades en la que figuren, por lo menos, las que se enumeren en el cuadro I del presente Convenio y que serán reconocidas como enfermedades profesionales cuando sean contraídas en las condiciones prescritas¹; o
- b) incluir en su legislación una definición general de las enfermedades profesionales, que deberá ser suficientemente amplia para que abarque, por lo menos, las enfermedades enumeradas en el cuadro I del presente Convenio; o
- c) establecer una lista de enfermedades en cumplimiento del apartado a), añadiendo, además, sea una definición general de enfermedades profesionales o bien otras disposiciones que permitan establecer el origen profesional de las enfermedades que no figuran en la lista o que se manifiestan bajo condiciones diferentes a las prescritas.

Artículo 9

1. Todo Miembro deberá garantizar a las personas protegidas, en conformidad con las condiciones prescritas, el suministro de las siguientes prestaciones:

- a) asistencia médica y servicios conexos en caso de estado mórbido;
(el apartado b) se refiere a las prestaciones monetarias).

2. La iniciación del derecho a las prestaciones no puede ser subordinada ni a la duración del tiempo del empleo ni a la duración del período de afiliación

¹ El cuadro I enumera 15 enfermedades profesionales. Cabe recordar que el Convenio Núm. 18 enumera 3 y el Convenio Núm. 42 enumera 10 enfermedades.

al seguro o al pago de las cotizaciones. Sin embargo, en lo relativo a las enfermedades profesionales puede establecerse un período de exposición al riesgo previsto.

3. Se concederán las prestaciones mientras exista la situación que da derecho a ellas...

Artículo 10

1. La asistencia médica y los servicios conexos en caso de estado mórbido deberán comprender lo siguiente:

- a) la asistencia médica general y la ofrecida por especialistas a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, incluidas las visitas a domicilio;
- b) la asistencia odontológica;
- c) la asistencia por enfermeras, a domicilio, en un hospital o en cualquier otra institución médica;
- d) el mantenimiento en un hospital, centro de convalecencia, sanatorio u otra institución médica;
- e) el suministro del material odontológico, farmacéutico y cualquier otro material médico o quirúrgico, comprendidos los aparatos de prótesis y su conservación, reparación y renovación cuando sea necesario, así como los lentes;
- f) la asistencia suministrada, bajo la vigilancia de un médico o de un dentista, por miembros de otras profesiones reconocidas legalmente como conexas con la profesión médica; y
- g) en la medida de lo posible, el siguiente tratamiento en el lugar de trabajo:
 - i) tratamiento de urgencia a las víctimas de accidentes graves;
 - ii) cuidados ulteriores a las víctimas de lesiones leves que no acarreen interrupción del trabajo.

2. Las prestaciones otorgadas de conformidad con el párrafo 1 de este artículo se dispensarán, por todos los medios apropiados, a fin de conservar, restablecer o, si esto no fuera posible, mejorar la salud de la víctima, así como su aptitud para trabajar y para hacer frente a sus necesidades personales.

Artículo 11

1. Todo Miembro que proporcione asistencia médica y servicios conexos por medio de un régimen general de sanidad o de un régimen de asistencia médica para los asalariados podrá especificar en su legislación que dicha asistencia se prestará, en las mismas condiciones que a las demás personas con derecho a ella, a las personas que hayan sufrido un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, siempre y cuando las normas sean establecidas en tal forma que eviten privaciones a los interesados.

2. Todo Miembro que proporcione asistencia médica y servicios conexos reembolsando a los trabajadores los gastos en que hayan incurrido, podrá establecer en su legislación normas especiales respecto de casos cuya amplitud, duración o costo rebasen los límites razonables, a condición de que las normas así establecidas no sean incompatibles con el objetivo fijado en el párrafo 2 del artículo 10, y eviten privaciones a los interesados.

Artículo 12

Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, la asistencia médica y los servicios conexos deberán comprender por lo menos lo siguiente:

- a) la asistencia médica general, incluídas las visitas a domicilio;
- b) la asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- c) el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados;
- d) la hospitalización cuando fuere necesaria; y
- e) la asistencia de urgencia, cuando fuere posible, en el lugar del trabajo, a las víctimas de accidentes del trabajo¹.

¹ El artículo 2 del Convenio Núm. 121 prevé excepciones temporales, aplicables a los Miembros cuya economía y cuyos recursos médicos estén insuficientemente desarrollado.

Artículo 26

1. Los Miembros deberán, en las condiciones prescritas:
 - a) tomar medidas de prevención contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales;
 - b) proporcionar servicios de readaptación profesional que, cuando sea posible, preparen a la persona incapacitada para reanudar sus actividades anteriores o, si esto no fuera posible, para ejercer la actividad lucrativa más adecuada, en la medida posible, a su actividad anterior, habida cuenta de sus calificaciones y aptitudes; y
 - c) tomar medidas para facilitar la colocación adecuada de los trabajadores que hayan quedado inválidos.
2. Los Miembros deberán, dentro de lo que sea posible, proporcionar informaciones concernientes a la frecuencia y gravedad de los accidentes del trabajo en las memorias sobre la aplicación del presente Convenio, que habrán de presentar en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo.

Si se comparan las disposiciones del Convenio Núm. 121 con las del Convenio Núm. 130, que se reproducen a continuación; se observará que la protección de la salud en caso de accidente de trabajo y de enfermedad profesional se aplica necesariamente a las personas que realizan algún tipo de trabajo, mientras que la protección consistente en la asistencia médica está destinada a abarcar a todos los residentes de un país, aunque al principio pueda introducirse por etapas. Desde otro punto de vista, el elemento tradicional de los servicios médicos vinculados a un accidente del trabajo o a una enfermedad profesional, si bien no se justifica técnicamente, se refleja en las normas más elevadas de los servicios de asistencia médica que se prevén en el instrumento relativo a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que las correspondientes del instrumento relativo a la asistencia médica. El Convenio Núm. 121 excluye asimismo específicamente la aplicación de todo período de calificación para tener derecho a las prestaciones y, por otra parte, no se pronuncia sobre la práctica de la participación del beneficiario en el costo de la asistencia médica. Estas dos limitaciones a la disponibilidad constante de asistencia médica gratuita son permitidas, si bien con ciertas condiciones relativamente rígidas, por el Convenio Núm. 130.

A continuación se reproducen las disposiciones de la parte II (Asistencia médica) del Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfer-

medad, 1969 (Núm. 130). Las remisiones al apartado a) del artículo 7 están relacionadas con la contingencia correspondiente del Convenio que se define como "la necesidad de asistencia médica curativa y, en las condiciones prescritas, de asistencia médica preventiva".

PARTE II. ASISTENCIA MEDICA

Artículo 8

Todo Miembro, bajo condiciones prescritas, deberá garantizar a las personas protegidas el suministro de asistencia médica curativa y preventiva respecto de la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado a).

Artículo 9

La asistencia médica mencionada en el artículo 8 deberá ser concedida con el objeto de conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida y su aptitud para trabajar y para hacer frente a sus necesidades personales.

Artículo 10

Las personas protegidas respecto de la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado a), deberán comprender:

- a) sea a todos los asalariados, incluidos los aprendices, así como a la cónyuge e hijos de tales asalariados;
- b) sea a categorías prescritas de la población económicamente activa que constituyan por lo menos el 75 por ciento de toda la población económicamente activa, así como a la cónyuge e hijos de las personas que pertenezcan a dichas categorías;
- c) sea a categorías prescritas de residentes que constituyan por lo menos el 75 por ciento de todos los residentes.

Artículo 11

Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con el artículo 2, las personas protegidas respecto de la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado a), deberán comprender:

- a) sea a categorías prescritas de asalariados que constituyan por lo menos el 25 por ciento de todos los asalariados, así como a la cónyuge e hijos de tales asalariados;
- b) sea a categorías prescritas de asalariados en empresas industriales que constituyan por lo menos el 50 por ciento de todos los asalariados en empresas industriales, así como a la cónyuge e hijos de tales asalariados¹.

Artículo 12

Las personas que reciban una prestación de seguridad social por invalidez, vejez, muerte del sostén de familia o desempleo y, cuando sea el caso, la cónyuge e hijos de tales personas, seguirán siendo protegidos, bajo condiciones prescritas, respecto a la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado a).

Artículo 13

La asistencia médica mencionada en el artículo 8 deberá comprender por lo menos:

- a) la asistencia médica general, incluidas las visitas a domicilio;
- b) la asistencia por especialistas prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- c) el suministro de los productos farmacéuticos necesarios recetados por médicos u otros profesionales calificados;
- d) la hospitalización, cuando fuere necesaria;
- e) la asistencia odontológica según esté prescrita; y
- f) la readaptación médica, incluidos el suministro, mantenimiento y renovación de aparato de prótesis y de ortopedia, según fuere prescrita.

Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con el artículo 2, la asistencia médica mencionada en el artículo 8 deberá comprender por lo menos:

- a) la asistencia médica general, incluidas, si es posible, las visitas a domicilio;

¹ El artículo 2 del Convenio Núm. 103 prevé excepciones temporales, aplicables a los Miembros cuya economía y cuyos recursos médicos estén insuficientemente desarrollados.

- b) la asistencia por especialistas prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no, y si es posible, la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales.
- c) el suministro de los productos farmacéuticos necesarios recetados por médicos y otros profesionales calificados;
- d) la hospitalización, cuando fuere necesaria¹.

Artículo 15

Si la legislación de un Miembro subordina el derecho a la asistencia médica mencionada en el artículo 8 al cumplimiento de un período de calificación por la persona protegida o por su sostén de familia, las condiciones de ese período de calificación deberán ser tales que las personas que normalmente pertenezcan a las categorías de personas protegidas no sean privadas del derecho a beneficiarse de dicha prestación.

Artículo 16

1. La asistencia médica mencionada en el artículo 8 deberá ser concedida durante toda la contingencia.

2. Cuando el beneficiario deje de pertenecer a las categorías de personas protegidas, la conservación del derecho a asistencia médica en caso de una enfermedad que haya empezado cuando dicha persona pertenecía a esas categorías podrá ser limitada a un período prescrito que no deberá ser inferior a veintiséis semanas. Sin embargo, la asistencia médica no deberá cesar mientras el beneficiario continúe recibiendo una prestación monetaria de enfermedad.

3. No obstante lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, la duración de la asistencia médica deberá ser extendida en caso de enfermedades prescritas reconocidas como enfermedades que requieren un tratamiento prolongado.

Artículo 17

Si la legislación de un Miembro prescribe que el beneficiario a su sostén de familia contribuya al costo de la asistencia médica mencionada en el artículo 8, deberá reglamentarse esa participación de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo ni el riesgo de hacer menos eficaz la protección médica y social.

Con objeto de conseguir una mayor flexibilidad y de facilitar de este modo la ratificación, el Convenio Núm. 130 contiene una disposición especial en virtud de la cual los Miembros cuyos sistemas de seguridad social hayan alcanzado un

¹ El artículo 2 del Convenio Núm. 103 prevé excepciones temporales, aplicables a los Miembros cuya economía y cuyos recursos médicos estén insuficientemente desarrollados.

determinado nivel de desarrollo, en particular en lo que se refiere a las personas protegidas, normas de asistencia médica y cuantía de las prestaciones monetarias de enfermedad, podrán dejar de aplicar temporalmente ciertas disposiciones que se consideran de menor importancia. Esta disposición complementa la destinada a admitir excepciones temporales, aplicables a los Miembros cuya economía y cuyos recursos médicos estén insuficientemente desarrollados.

De acuerdo con la política establecida en los años veinte, la situación de los residentes no nacionales y de los trabajadores migrantes, con respecto a las prestaciones de seguridad social, siguieron recibiendo considerable atención en las actividades normativas de la OIT posteriores a la guerra. Su protección está implícita en la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (Núm. 69), y está específicamente prescrita en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (Núm. 102), así como en los Convenios Núms. 121 y 130. Además, el principio de que todo Estado Miembro debe conceder en su territorio a los nacionales de todo otro Estado Miembro igualdad de trato respecto de sus propios nacionales por lo que se refiere a su legislación, tanto en lo que concierna a los requisitos de admisión como al derecho a las prestaciones, en todas las ramas de la seguridad social, ha sido recogido, junto con otras disposiciones, en el Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social), 1962 (Núm. 118). En este sector, que entraña la coordinación de la legislación sobre seguridad social entre los países de origen y de recepción de la mano de obra migrante, la Oficina ha contribuido a que se establezcan objetivos convenientes y a acelerar la coordinación de la seguridad social a nivel Regional, incluyendo las Américas, donde se ha formulado el Convenio multilateral de seguridad social entre los Estados de Centroamérica y Panamá, ya ratificado por cuatro de esos Estados, aunque no ha entrado en vigor aún.

El "papel de la seguridad social y del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo en el progreso social y económico" fue uno de los dos puntos técnicos del orden del día de la Octava Conferencia de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo celebrada en Ottawa en el mes de septiembre de 1966. Entre otros documentos la Conferencia examinó el informe preparado por la OIT sobre la primera parte de este punto, es decir, la seguridad social. Este informe⁽³⁾ presenta los aspectos tanto positivos como negativos del desarrollo de la seguridad social en los países americanos y formula sugerencias sobre los objetivos futuros de la seguridad y la manera de alcanzarlos.

Después de un detenido examen de las cuestiones planteadas, a nivel de comisión, la Conferencia adoptó por unanimidad una resolución, el "Programa de Ottawa, de Seguridad Social", que indica pautas para el desarrollo, la reforma y el

mejoramiento de la seguridad social en las Américas. Dos puntos de la resolución se refieren concretamente a la asistencia médica:

— “Debe extenderse la asistencia médica de la seguridad social especialmente fuera de los centros urbanos y con la mayor amplitud posible. Es preciso establecer una adecuada coordinación entre los servicios médicos de las instituciones de seguridad social, los de salud pública y otros servicios medicosociales. En particular, en las zonas rurales esta coordinación debe tender hacia modalidades basadas en la protección de comunidades o agrupaciones rurales bien definidas”.

— “Deben tomarse medidas para integrar la rama de riesgos profesionales en los regímenes de seguridad social”.

*Situación actual y perspectivas futuras de las actividades
normativas en la esfera de la asistencia médica.*

La Recomendación Núm. 69, adoptada en Filadelfia, junto con el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (Núm. 102), y los instrumentos revisados que tratan de las distintas contingencias, de la maternidad, de la necesidad de asistencia médica y de los riesgos profesionales, constituyen un cuerpo coordinado de normas internacionales y una base técnica sólida para el desarrollo futuro de la protección en materia de seguridad social en los Estados Miembros, mediante la aplicación de programas que abarquen desde las que podríamos denominar normas mínimas de asistencia médica para determinados sectores de la población nacional hasta servicios generales de salud para todos los residentes de un Estado. Una calidad significativa de estas normas es que pueden adaptarse a diversas situaciones concretas (en los aspectos económico, administrativo y médico) y que se prestan a la extensión gradual de la asistencia médica en el marco de la seguridad social. No obstante, todo el mundo reconoce que la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (Núm. 69), ha establecido objetivos de gran alcance que todavía hoy en día no han sido alcanzados por las políticas nacionales de muchos países. Por otra parte, debe admitirse igualmente que el Convenio Núm. 102, pese a que establece normas mínimas, hasta ahora sólo ha sido ratificado por un número relativamente reducido de países. Sin embargo, su repercusión en el desarrollo de la asistencia médica en el marco de la seguridad social no debe considerarse únicamente desde el punto de vista del número de ratificaciones. De hecho, hay muchas pruebas de que los regímenes de seguridad social en un número considerable de estados Miembros en general han alcanzado y frecuentemente superado las disposiciones de asistencia médica establecidas por el Convenio Núm. 102.

Las actividades normativas de la OIT han dado a la Organización oportunidades únicas para influir en el desarrollo nacional. Una vez que se complete el proceso de revisión y actualización de los instrumentos de seguridad social de anteguerra en los que se regula la asistencia médica, se podrá dar un nuevo impulso al desarrollo, en el plano nacional, mediante la adopción de nuevas normas o directrices, posiblemente en forma de recomendaciones, para tratar, por ejemplo, de aspectos y problemas particulares relativos al desarrollo ordenado y continuo de los servicios de asistencia médica organizados colectivamente en el marco de la seguridad social.

SEGUNDA PARTE

DESARROLLO DE LOS SERVICIOS MEDICOS EN LOS REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL DE AMERICA LATINA

El desarrollo de los programas de seguridad social que proporcionan asistencia médica en América Latina constituye un ejemplo de la difusión de ideas a través de las culturas. En este caso concreto, la difusión y divulgación del concepto de seguro social, para proteger a los trabajadores contra ciertos riesgos tienen su origen en Europa, pero a medida que esta semilla se fue implantando en tierras latinoamericanas su fruto se adaptó gradualmente para ajustarse a las condiciones de la sociedad de América Latina. En el curso de medio siglo transcurrido desde que se instituyeron los primeros programas de seguridad social, su aplicación para prestar servicios de asistencia médica al público ha experimentado una activa evolución como respuesta a los cambios que se han producido en las economías y estructuras políticas de los países latinoamericanos.

Prestaciones y alcance de la protección.

La protección relacionado con los servicios de asistencia médica que prestan los sistemas latinoamericanos de seguridad social, al igual que en otras partes, comprenden diversos tipos de prestaciones. Los accidentes de trabajo constituyen el riesgo más antiguo respecto el cual se ha proporcionado la asistencia médica, junto con las prestaciones en numerario. Estrechamente relacionada con esta contingencia, se previó algo más tarde la indemnización en concepto de los daños causados por las enfermedades profesionales. Posteriormente, se instituyó la asistencia médica general para todos los tipos de enfermedades y accidentes así como

la asistencia médica en caso de maternidad. Además de la ayuda que se presta en concepto de asistencia médica general y en caso de maternidad, en casi todos los casos se conceden prestaciones en efectivo para compensar las pérdidas de salarios o sueldos por causa de enfermedad. Además, se ha ido ampliando gradualmente el alcance de la protección de los servicios de asistencia médica respecto de todos los tipos de contingencias⁽⁴⁾.

En los países latinoamericanos, estas prestaciones médicas conexas se han instituido principalmente para los trabajadores industriales — incluidos en esta categoría los trabajadores de las industrias extractivas, transportes, trabajo marítimo, etc. Consecuentemente, solamente una proporción reducida de las poblaciones nacionales se ha beneficiado generalmente de esta protección, ya que la mayor parte de las economías latinoamericanas son agrícolas. Sin embargo, ha aumentado la proporción de los sectores protegidos de la población, como veremos más adelante, a medida que nuevas categorías de trabajadores, con o sin personas a cargo, han ido siendo englobadas, tanto desde el punto de vista profesional como geográfico, en el ámbito de la protección de los programas de seguridad social.

En este estudio se concentra principalmente la atención en los programas de seguridad social que prestan una asistencia médica general, así como en los servicios de maternidad, refiriéndonos solamente de pasada a la indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y a las prestaciones monetarias por invalidez.

Fase inicial (1906-1929)

Guatemala fue el primer país de América Latina en que se promulgó una legislación, en 1906, sobre indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. No obstante, esta legislación no se aplicó efectivamente y ciertos autores pueden invocar una prioridad cronológica en este sentido en cuanto a las leyes promulgadas en El Salvador y Perú en 1911, que perduraron⁽⁵⁾. Hacia 1921, pocos años después de la primera guerra mundial, 11 países latinoamericanos habían promulgado legislaciones sobre indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y hacia 1930, de 20 repúblicas latinoamericanas 15 aplicaban estas leyes⁽⁶⁾. En aquel año, sólo Chile había promulgado una ley sobre protección en materia de asistencia médica general, como veremos más adelante. En el cuadro 1 se muestra el orden cronológico de la promulgación de las leyes sobre seguridad social relativas a la protección contra estos dos riesgos fundamentales relacionados con la salud en los países de América Latina, es decir, 1906 a 1958⁽⁷⁾.

CUADRO No. 1

Protección contra los riesgos profesionales y las enfermedades generales y en caso de maternidad en los países latinoamericanos, por orden cronológico de la legislación inicial (se incluyen tanto los sistemas de responsabilidad directa del empleador como los de seguro social).

Legislación relativa a:

<i>Año</i>	<i>Riesgos profesionales</i>	<i>Enfermedad y maternidad</i>
1906	Guatemala	
1911	El Salvador	
1911	Perú	
1915	Argentina	
1915	Colombia	
1916	Chile	
1916	Cuba	
1916	Panamá	
1919	Brasil	
1920	Uruguay	
1921	Ecuador	
1924	Bolivia	Chile
1925	Costa Rica	
1927	Paraguay	
1928	Venezuela	
1930	Nicaragua	
1931	México	Brasil
1932	República Dominicana	
1934		Argentina a)
1934		Cuba b)
1935		Ecuador
1936		Perú

Legislación relativa a:

<i>Año</i>	<i>Riesgos profesionales</i>	<i>Enfermedad y maternidad</i>
1940		Venezuela
1941		Costa Rica
1941		Panamá
1942		México
1943		Paraguay
1946		Colombia
1946		Guatemala c)
1947		República Dominicana
1949		Bolivia
1949		El Salvador
1951	Haití	Haití d)
1952	Honduras	
1954		Honduras
1955		Nicaragua
1958		Uruguay b)

- a) Únicamente prestaciones monetarias de maternidad.
- b) Únicamente prestaciones de maternidad.
- c) Inicialmente sólo maternidad y accidente común.
- d) Solamente la hospitalización.

Fuente: Guy Perrin, "Reflexiones sobre cincuenta años de Seguridad Social".
Revista Internacional del Trabajo, núm. 3, 1969.

Por otra parte, la prestación de servicios médicos en los casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales presenta modalidades más complicadas, esto es, los países latinoamericanos aplican una combinación de sistemas indirectos

y directos de esta asistencia médica⁽⁸⁾. Así, en ciertos países, algunos trabajadores víctimas de accidentes y enfermedades profesionales pueden tratarse en los hospitales públicos o privados, siendo reembolsados por la caja del seguro, en tanto que otros trabajadores (señaladamente en las grandes ciudades) son tratados en servicios especiales administrados directamente por las instituciones de seguridad social. En razón de que éstas han creado para sus beneficiarios servicios generales de asistencia médica incluyendo asistencia hospitalaria (por ejemplo, para las enfermedades no profesionales), los casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales han acabado también por tratarse exclusivamente en estos servicios. México constituye un ejemplo muy ilustrativo de esta última modalidad de asistencia médica integrada. Por otra parte, en Chile, pese al elevado desarrollo de su Servicio Nacional de Salud, los antecedentes históricos de su régimen de seguridad social (la temprana promulgación (1916) de la legislación relativa a los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y la no creación de hospitales separados de la seguridad social) ha dado lugar al establecimiento de una red de hospitales de traumatología para los casos de accidentes del trabajo (9).

En Brasil se aplicaba un sistema mixto de asistencia médica, de suerte que ciertos trabajadores accidentados eran tratados en hospitales privados y otros en los hospitales de la seguridad social, hasta que la reciente integración de los institutos del seguro social (véase más adelante) condujo a la aplicación más generalizada del sistema directo de asistencia médica. La tendencia a este respecto parece orientarse hacia la integración de la asistencia médica en los casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales con la asistencia a los pacientes de medicina general, de conformidad con los sistemas de seguridad social de América Latina.

La evolución inicial de los programas de seguridad social de América Latina para prestar asistencia médica general fue en su conjunto más complicada y variable que la evolución de la protección contra los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. En algunos de estos países, que iniciaron relativamente pronto el desarrollo de industrias, aunque sobre una base limitada, los orígenes de la seguridad social se asemejaban a los de comienzos del siglo XIX en Europa, esto es, el establecimiento de pequeñas mutualidades locales que aseguraban, entre otros riesgos, contra los gastos en concepto de asistencia médica. Algunos años antes de que se promulgaran las primeras medidas legislativas de un sistema de seguridad social para prestar una asistencia médica general en América latina (Chile, 1924), existían pequeñas mutualidades locales en Argentina, Brasil, Chile, Cuba y probablemente en otros países. Según Bastos, ya en 1835 se fundó en Brasil una caja de previsión social y mucho antes de que se promulgara la primera legislación nacional a este respecto existían en ese país numerosas mutualidades establecidas para diversas asociaciones profesionales⁽¹⁰⁾. En virtud de una ley brasileña de 1923 se obligaba a las empresas ferroviarias a establecer cajas locales de previ-

sión social, creándose poco tiempo después otras cajas de esta naturaleza en ciertas ramas de actividad (servicios de utilidad pública, minas, empresas marítimas y portuarias). Ya se habían organizado unas 180 cajas locales de ese tipo cuando se promulgaron, entre 1933 y 1939, diversas leyes creando regímenes nacionales de seguridad social para trabajadores de determinadas ramas de actividad.

Asimismo en Chile se contaba con un régimen especial de prestaciones a cargo directo de la Empresa de los Ferrocarriles del Estado, establecido en 1918⁽¹¹⁾. La legislación de Chile de 1924 sobre el seguro nacional, que preveía la asistencia médica general para los trabajadores manuales, fue la primera legislación de este tipo que se promulgó en el Hemisferio Occidental. Desde comienzos del siglo XX Argentina se ha caracterizado por una evolución, basada en el modelo europeo⁽¹²⁾. En Cuba, los inmigrantes procedentes de diversas provincias españolas (Asturias, Galicia, etc.) habían constituido sociedades mutualistas para proporcionar asistencia médica y hospitalaria, sociedades que posteriormente se transformaron en importantes mutualidades y que prestaban servicios de asistencia médica a amplios sectores de la población.

Es de observar que en la mayor parte de los países latinoamericanos, al igual que en Europa anteriormente, estas primeras mutualidades locales de asistencia médica fueron finalmente sustituidas o absorbidas por los sistemas nacionales de seguridad social. No obstante, en unos pocos países —señaladamente Argentina y Cuba— dichas mutualidades conservaron un alto grado de viabilidad e independencia hasta muy recientemente⁽¹³⁾. Solamente en el curso del último decenio, más o menos, como veremos más adelante, se han integrado las numerosas sociedades mutualistas de Cuba en el sistema nacional.

Nuevamente, con referencia a la embrionaria legislación chilena de 1924, puede afirmarse que las modalidades de su asistencia médica estaban claramente influidas por las normas europeas. Al igual que en Europa, el alcance de la protección se limitó inicialmente a los obreros de ingresos relativamente bajos pero, a diferencia también de Europa, las personas a cargo no estaban protegidas. Al principio, la asistencia médica era prestada principalmente en los hospitales existentes —de beneficencia, públicos o privados— reembolsando los costos correspondientes la Caja de Seguro Obrero. Posteriormente esta caja creó sus propias instalaciones de asistencia médica ambulatoria —por ejemplo, policlínicas que podían prestar servicios especializados a cargo de un personal médico fijo— pero, al igual que en Europa, la citada Caja no procedió a la construcción de sus propios hospitales. Las demandas de los trabajadores asegurados para lograr una mejor calidad de servicios se pudieron satisfacer introduciendo ciertas comodidades especiales para esos trabajadores en los citados hospitales. El apoyo financiero a estas instituciones hospitalarias de Chile — señaladamente la amplia red de instalaciones con-

troladas por la "Beneficencia Pública" — permitieron que estos establecimientos mejoraran cualitativa y cuantitativamente los servicios que proporcionaban⁽¹⁴⁾.

Es de observar que en esta primera fase de la seguridad social en América Latina, que terminó alrededor de 1930 cuando comenzó asimismo una crisis económica mundial, Brasil y Chile eran los únicos países que habían promulgado una legislación sobre asistencia médica. En el curso del segundo período de la evolución de la seguridad social, es decir, desde el citado año hasta el final de la segunda guerra mundial (1930-1945), otros países latinoamericanos instituyeron legislativamente asimismo dicha asistencia médica dentro de sus regímenes de seguridad social, adoptando modalidades de organización que presentaban características particularmente latinoamericanas.

Evolución de la asistencia médica desde 1930 a 1945.

Como se indica en el Cuadro 1, en 1931 —es decir, siete años después de que Chile adoptara la primera legislación en la materia— Brasil adoptó medidas legislativas por las que se reformaban y consolidaban normas relativas a "sistemas de asistencia médica para los trabajadores de las empresas que se reconocía que prestaban servicios valiosos a la comunidad" (aunque, como se señaló anteriormente, entre 1923 y 1930 ya se había reglamentado el funcionamiento de Cajas de previsión social para los trabajadores ferroviarios, de empresas de navegación, de puertos, de servicios de utilidad pública⁽¹⁵⁾). En 1933, numerosas cajas de previsión social para la gente de mar se fusionaron para constituir el "Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Marítimos", y en 1934 se procedió a una fusión semejante respecto de los empleados comerciales y de los profesionales independientes (abogados, médicos, etc.). Al final de este período — esto es, en 1945 — se contaba con cinco grandes institutos, como resultado de la fusión de numerosas cajas especializadas, siendo el más importante el correspondiente a los trabajadores industriales, fundado en 1936, y en 1953 se estableció el sexto instituto para los trabajadores de los ferrocarriles y de las empresas de servicios públicos (electricidad, teléfonos, etc.). En el curso del siguiente período —como veremos más adelante— se procedió a otra fusión de estos institutos.

En 1934 Argentina y Cuba promulgaron legislaciones sobre seguridad social relacionadas con la asistencia médica pero, probablemente porque estos países contaban ya en aquella época con numerosas sociedades mutualistas bien organizadas de asistencia médica general para los trabajadores, los programas nacionales se referían exclusivamente a las prestaciones de maternidad para las trabajadoras (no para las esposas de los trabajadores). Esos regímenes preveían la concesión de prestaciones en numerario para compensar la pérdida de salarios durante el período anterior y posterior al alumbramiento, así como —en el caso de Cuba— una asistencia obstétrica, ya sea en hospitales corrientes o en maternidades especiales propiedad de la Junta Central de Salud y Maternidad.

En Argentina, mientras tanto, las mutualidades no oficiales iban extendiendo la protección del seguro privado para sufragar los costos de asistencia médica a que habían de hacer frente ciertas categorías de trabajadores; a este respecto, los servicios prestados adoptaban generalmente el tipo de asistencia indirecta; en los años treinta el mismo criterio se hizo extensivo en virtud de la legislación a los trabajadores del Estado a través del establecimiento de numerosas obras sociales; posteriormente la protección de tales organizaciones se hizo asimismo extensiva, de conformidad con una reglamentación oficial, a ciertas categorías de trabajadores que no pertenecían al sector público.¹⁶

Con la promulgación de la legislación ecuatoriana de 1935 se inició en América latina la aplicación de una modalidad de prestación de asistencia médica en el marco de la seguridad social que acabó finalmente por ser el tipo predominante en ese continente. A diferencia de la práctica europea y de las fases iniciales del programa chileno, en esta modalidad de asistencia médica no se preveía la libre elección del médico, con pago de honorarios por servicios, o reembolso a los pacientes de los honorarios médicos o el costo de los medicamentos prescritos. Desde el principio la asistencia médica la prestaban facultativos a sueldo (generalmente a tiempo parcial) pertenecientes a unidades de asistencia médica ambulatoria, ya sea en las empresas industriales, en donde estas unidades habían sido previamente establecidas por los empleadores o en nuevas unidades construidas por la Caja del Seguro Social.¹⁷

Este sistema directo de asistencia médica fue adoptado predominantemente en los regímenes de seguridad social de los países latinoamericanos, y fue precisamente esta desviación de las normas europeas —en las que prevalecía la práctica médica privada y el pago de honorarios por servicios prestados— la que constituyó la modificación apropiada del criterio europeo para que éste se ajustara a las condiciones latinoamericanas. Dado que el número de pacientes privados en la mayor parte de los países de América latina —sobre todo en las naciones andinas, como el Ecuador— era, en todo caso, muy reducido no existía razón alguna para adoptar el método indirecto, económicamente oneroso y administrativamente complejo de la asistencia médica, que hubo que aplicar en Europa cuando se instituyó esta asistencia en el marco del seguro social. Desde el comienzo pudo recurrirse en Ecuador al método directo, de mayor eficacia y probablemente más idóneo desde el punto de vista cualitativo. Es posible que la depresión económica general de los años treinta desempeñara asimismo un papel importante en la evolución, sin obstáculos, de la asistencia médica en el citado país. De esta suerte, otros países latinoamericanos que en el curso de los veinte años siguientes desarrollaron programas de asistencia médica en los regímenes de seguridad social, siguieron rápidamente el ejemplo del Ecuador.

De conformidad con el régimen de seguridad social del Ecuador, los ser-

vicios hospitalarios se prestaron inicialmente en las instituciones de beneficencia u otros hospitales privados previo contrato concluido con la Caja del Seguro. Algunos años después el seguro social ecuatoriano contaba con su propia red de diez hospitales generales, los cuales proporcionaban finalmente los servicios hospitalarios de que precisaban los trabajadores asegurados (las personas a cargo no estaban protegidas).

El Perú —donde la legislación sobre seguridad social se promulgó un año después que en el Ecuador (1936)— fue el primer país latinoamericano que lanzó el método directo de servicio hospitalario. En 1921 se estableció en la capital el Hospital Obrero de Lima. La decisión adoptada por la Caja Nacional de Seguro Social de dicho país, para proceder en esta forma, no dejó de tropezar con ciertos obstáculos. Según autoridades peruanas,¹⁸ los dirigentes de la Caja Nacional del Seguro Social anhelaban vivamente proporcionar un servicio de alta calidad para trabajadores, ya que no confiaban en la capacidad de los hospitales de la beneficencia para cumplir esta misión. Dado su carácter tradicionalmente caritativo para los pobres, era mínimo el nivel de los servicios de estos hospitales. Además, se temía que los fondos concedidos a las instituciones de beneficencia no se destinaran íntegramente a fines médicos, sino que se consagraran parcialmente a otras actividades benéficas. Además, los trabajadores que contribuían a estos costos mediante deducciones de sus salarios, habían adquirido evidentemente conciencia del derecho especial que tenían a la asistencia médica y, consecuentemente, no querían que se les considerara como “casos de caridad”. Se hizo evidente la necesidad de crear camas de hospital adicionales si los trabajadores protegidos habían de beneficiarse de una asistencia apropiada, de forma que la citada Caja del Seguro Social (Obrero) decidió construir estos hospitales.

Es de observar que los capitales de inversión para la construcción de hospitales en Perú y Ecuador se obtuvieron de los fondos de reserva de los regímenes de vejez de los sistemas de seguridad social de esos países. Mediante este procedimiento se han obtenido fácilmente y a bajo costo (esto es, a tipos de interés reducido) capitales para el desarrollo de hospitales por parte de los organismos de la seguridad social en la mayor parte de los demás países latinoamericanos.

Durante los años de la segunda guerra mundial (1939-1945), se lanzaron programas de seguridad social para prestar una asistencia médica a los trabajadores manuales en Venezuela (1940), Costa Rica (1941), Panamá (1941), México (1942) y Paraguay (1943). El método directo de prestación de asistencia médica, contando para ello con médicos a sueldo a tiempo completo o parcial), policlínicas, centros de higiene y hospitales especiales se aplicó en todos estos países como el sistema principal aunque no siempre en forma exclusiva. (En las localidades en que es reducido el número de trabajadores asegurados, el método indirecto de asistencia médica, es decir, mediante el pago de los honorarios a los hospitales existen-

tes y a los médicos privados, se ha utilizado y se sigue utilizando algunas veces).

A la evolución latinoamericana de la asistencia médica en el periodo de 1930-1945 contribuyeron los servicios de asesoría proporcionados por la Oficina Internacional del Trabajo. En efecto, la OIT actuó a guisa de un puente de asistencia técnica entre Europa y América latina. En este sentido procede señalar el hecho de que, pese a los orígenes fundamentalmente europeos de la OIT (fue creada a raíz de la Primera Guerra Mundial), su asesoramiento a estos países en vías de desarrollo se caracterizó por su flexibilidad y condujo a un ajuste realista de los conceptos europeos del seguro social a las condiciones médicas de América latina. Las normas de la OIT relativas a la asistencia médica examinadas en la Parte I del presente documento constituyeron una sólida base técnica para la promoción de programas de protección de la salud en el marco de la seguridad social.

Otra característica de Latinoamérica, que ejerció una influencia en la evolución de sus regímenes de seguridad social para prestar asistencia médica, la constituía la estructura de sus clases sociales. En Europa existían, evidentemente, numerosas instituciones locales de seguros —“Krankenkassen”, “Friendly Societies”, “Caisse de maladie”, etc.— destinadas a diferentes grupos sociales y profesionales, pero, a nivel nacional, la organización central de la seguridad social se encontraba fundamentalmente unificada. Sin embargo, en América latina la línea de demarcación social entre los trabajadores manuales y los no manuales era generalmente demasiado acusada para poder establecer esa unificación, incluso en la esfera administrativa. En algunos países, como Perú y Chile, se desarrollaron sistemas análogos basados en la multiplicidad de seguros para diversas categorías sociales.

En Perú, doce años después de establecerse, en 1948, la Caja Nacional de Seguro Social Obrero, se creó el Seguro Social del Empleado.¹⁹ El propósito de esta nueva institución era lograr para los empleados una norma de asistencia médica incluso superior a la aplicada a los trabajadores manuales. Cabe preguntarse si dicha “norma” implicaba teóricamente sólo ciertas comodidades concomitantes, tales como habitaciones privadas en los hospitales, mejoramiento del servicio de vajilla, etc., o se refería más bien al aspecto técnico de la asistencia médica, por ejemplo la modernización de las instalaciones de Rayos X y de los laboratorios. En la práctica, esa norma parecía abarcar ambos aspectos de la asistencia médica y cuya aplicación podía ser proporcional a las cotizaciones más importantes disponibles en razón de los sueldos más elevados de los empleados.

En todo caso el Seguro Social del Empleado del Perú introdujo otro principio, también en este caso concebido según las condiciones peculiares de la sociedad latinoamericana. Pocos años después de que empezara a funcionar esta Caja, se brindó a los empleados la posibilidad de optar por dos modalidades de prestación de la asistencia médica. Así, por una parte, los pacientes podían acudir a los médicos privados y ser tratados en los hospitales privados, abonando la Caja ciertos

honorarios en concepto de estos servicios (generalmente aceptados por el prestador de los mismos como pago completo, aunque podía cargar una cantidad adicional, si el paciente estaba dispuesto a pagarla); en los primeros años de funcionamiento de la Caja, esta modalidad de asistencia médica fue de hecho la única que se aplicó. Por otra parte, el empleado podía utilizar los centros ambulatorios y hospitales de asistencia médica directa, de propiedad de la propia Caja y administrados por ésta. El moderno Hospital Central del Empleado, inaugurado en Lima en 1958, constituye la institución más importante a este respecto, habiéndose seguido este ejemplo en los años siguientes, aunque en menor escala en otras ciudades peruanas importantes.

En México se han desarrollado dos sistemas relativamente paralelos de seguridad social.²⁰ Sin embargo, estos dos sistemas separados se basan menos en una diferenciación entre las ocupaciones manuales y las de los empleados que en una diferenciación entre las ocupaciones del sector privado y la función pública, aunque en la práctica estas ocupaciones públicas eran ejercidas predominantemente por empleados. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se fundó en 1942—en plena Segunda Guerra Mundial, cuando México prosperaba económicamente—para proteger a todas las categorías de trabajadores (incluso a los agrícolas, por lo menos teóricamente, aunque no a los trabajadores ocasionales ni a los trabajadores familiares), así como a las personas a cargo. Desde el principio casi todos los servicios médicos se proporcionaban a través de una red, que se desarrolló rápidamente, de centros de asistencia médica y hospitales construidos y administrados por el IMSS; en ciertas localidades, no obstante, el Instituto concluyó contratos con los servicios médicos públicos y privados —mediante acuerdos variables para prestar una asistencia médica a sus beneficiarios.

Al cabo de 18 años, en 1960, se creó otra gran institución independiente de seguridad social para los funcionarios públicos: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), constituido a base de la fusión de diversas cajas especiales que funcionaban anteriormente en diversos ministerios o departamentos del Gobierno federal de México. En las localidades que cuentan con escasos empleados de los servicios públicos se concluyen contratos con las autoridades médicas locales para que presten una asistencia médica a los beneficiarios del ISSSTE.

En cuanto a las diferencias de normas médicas entre los dos sistemas de seguridad social en México y Perú, o en los seis sistemas originales de Brasil, hay que reconocer que hay mayores diferencias aun entre las normas de la asistencia médica de todos los sistemas de seguridad social y las normas de otros regímenes latinoamericanos, señaladamente las de las asociaciones de beneficencia, cuestión de la que nos ocuparemos con mayor detalle más adelante.

Otro acontecimiento significativo que se produjo en el periodo de 1930-1945 se refiere a la promulgación en Chile de la ley de 1938 sobre medicina preventiva.²¹ En su primer decenio, el sistema chileno de seguridad social, que se inició en 1924, se concentró —al igual que los modelos europeos— exclusivamente en los servicios de medicina curativa. Sin embargo, hacia 1935, el personal médico dirigente de la seguridad social comprobó la necesidad que existía de poner el mayor empeño en las medidas de prevención médica, especialmente el diagnóstico precoz de las enfermedades crónicas. Consecuentemente, la ley de 1938 prescribía exámenes médicos anuales (señaladamente mediante procedimientos de laboratorio y de rayos X) de todos los trabajadores asegurados para detectar la tuberculosis, sífilis y las enfermedades cardiovasculares, agregándose asimismo posteriormente el cáncer. Dicha ley no solamente se aplicaba a los trabajadores manuales afiliados a la Caja de Seguro Obrero, sino también a los empleados. En realidad con objeto principalmente de facilitar el establecimiento de métodos de prevención médica se constituyó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). No obstante, con el tiempo, se crearon ciertas diferencias en ese servicio médico en materia de prestaciones entre los empleados públicos y los del sector privado, aunque los exámenes de medicina preventiva se aplicaban a todos los interesados.

Es algo paradójico el hecho de que, con el transcurrir del tiempo, la tarea de proceder a estos exámenes médicos de los trabajadores manuales en la Caja de Seguro Obrero de Chile, se hiciera tan gravosa que se tuviera que renunciar gradualmente a esta práctica, mientras que la misma se prosiguió respecto de los empleados, para quienes los riesgos de contraer las citadas cuatro enfermedades crónicas previstas por la ley eran probablemente mucho menores. Por lo que se refiere en general a los servicios de medicina preventiva, dependientes de los regímenes de seguridad social, posteriormente se dan más detalles.

Al proceder a un examen general de la evolución de la asistencia médica de los regímenes de seguridad social de América latina en el periodo de 1930-1945 es menester recalcar algunas características generales. En algunos de los países latinoamericanos —señaladamente Brasil, México y Perú—, los programas iniciales de asistencia médica se limitaron a ciertas categorías de trabajadores, de forma que los regímenes de seguridad social que se crearon posteriormente para otros trabajadores se aplicaron mediante programas separados, es decir, por medio de diferentes administraciones y diferentes sistemas de asistencia médica. En la mayor parte de estos regímenes, la protección de las personas a cargo del trabajador o bien era inexistente o muy inferior a la que gozaba el principal sostén de familia.

La protección general de la población de los ocho países que habían establecido sistemas de asistencia médica en el citado periodo para las personas afiliadas al seguro social (excluidas Argentina y Cuba que aplicaban una asistencia a

la maternidad limitada) era relativamente restringida. El ámbito de protección de estos sistemas de asistencia médica, que comenzaron por aplicarse a los trabajadores de colocación fija de las principales ciudades, solamente abarcó inicialmente a una pequeña proporción de la población económicamente activa, y a una proporción aun más pequeña de la población nacional. Sin embargo, las políticas de dichos países consistieron en lograr gradualmente mayores efectivos de las personas protegidas, mediante una extensión, tanto geográfica como de los sectores profesionales, de los servicios de asistencia médica. En casi todos los casos, los trabajadores agrícolas no estaban protegidos, aun en el caso de que la legislación autorizara su protección por decisión administrativa, por razones que obedecían probablemente a una combinación de factores económicos (bajos ingresos), administrativos (dificultades para recaudar las cotizaciones regulares) y políticos.

Por lo que respecta a la asistencia médica de estos programas, los esfuerzos se concentraron principalmente en los servicios curativos (con la notable excepción de la ley chilena sobre medicina preventiva de 1938, que, por otra parte, solamente se aplicó parcialmente). El sistema directo de asistencia médica y hospitalaria, en las instalaciones controladas por las autoridades de la seguridad social, se desarrolló rápidamente, es decir, a medida en que fueron creándose tales instalaciones. No obstante, para pequeños sectores de la población generalmente se proporcionaba la asistencia médica mediante servicios contratados optándose, también en general como otra posibilidad, por el sistema indirecto de asistencia médica de libre elección del médico con pago de honorarios por servicios por lo que respecta a los empleados. La experiencia y conocimientos adquiridos durante este periodo prepararon evidentemente el terreno para proceder a la siguiente fase de desarrollo de la seguridad social, que se inició después de la Segunda Guerra Mundial.

Evolución de la asistencia médica de 1946 a 1960

Aunque fue variable la participación de los países latinoamericanos en la Segunda Guerra Mundial, el espíritu de la "planificación de posguerra" para alcanzar una mayor justicia social ejerció una influencia en casi todas las 20 repúblicas de América latina. Este fenómeno se reflejó, entre otros aspectos, en el nuevo impulso que experimentó la legislación sobre seguridad social. La adopción por parte de la Organización Internacional del Trabajo en 1944 de la Recomendación sobre la asistencia médica (núm. 69), y posteriormente, en 1952, la del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima) (núm. 102) —como se examinó en la Parte I del presente documento— ejerció evidentemente una influencia conceptual en las medidas legislativas adoptadas en dichos países. Estas influencias pudieron observarse en los 11 países que ya habían establecido diversos regímenes de seguridad social de algún tipo hasta 1945, así como en los nueve países restantes que

habían de adoptar asimismo medidas de esta índole en el periodo 1946-1960.

Como se indica en el cuadro 1, otro de los países andinos, Colombia, creó su Instituto Colombiano de Seguro Social (ICSS) en 1946. Esta institución, que aplicaba el sistema que en aquel entonces se había realizado en América latina, inició su funcionamiento mediante el enrolamiento de los trabajadores empleados en ciertos Departamentos, y seguidamente en las principales ciudades de Bogotá.²² El ritmo de la extensión geográfica de las actividades de ICSS se ajustó asimismo al ritmo con que se iban creando los centros ambulatorios y hospitales especiales. Las personas a cargo solamente estaban protegidas respecto de la asistencia de maternidad y a los recién nacidos (hasta seis meses de edad). La administración de este Instituto se descentralizó relativamente a través de una organización de cajas en algunos Departamentos. Sin embargo, conviene señalar que este primer régimen de seguro social de entre los que se crearon en el período posterior a la segunda guerra mundial no estableció una línea neta de demarcación entre los trabajadores manuales y los no manuales, como ocurrió en regímenes anteriores de Chile o Perú. Así, la misma institución del seguro protegía desde el principio simultáneamente a los obreros y empleados industriales y comerciales. Ciertamente, no obstante, que existían regímenes especiales de seguro social para los trabajadores ferroviarios y otras categorías de trabajadores del Estado, cuyo establecimiento había precedido al ICSS, pero en el sector privado no se estableció una diferencia de clases sociales para determinar la estructura administrativa.

Bolivia fue el último de los países andinos que estableció, en 1949, un régimen de seguridad social. Las personas protegidas en este régimen se definían en forma más amplia que en Colombia, incluyendo así a las personas a cargo respecto de los mismos servicios médicos a que podía recurrir el principal sostén de familia.²³ Los servicios médicos se prestaban de conformidad con el mismo método directo de asistencia médica aplicado en Colombia, aunque la insuficiencia de fondos para construir instalaciones médicas obligó con mayor frecuencia a recurrir al método de reembolso indirecto de los costos en concepto de los servicios médicos privados prestados en ciertas localidades. La situación económica de Bolivia condujo asimismo a que la Caja Nacional del Seguro Social (CNSS) colaborara más a menudo con el Ministerio de Salud en la utilización conjunta de hospitales y centros de asistencia médica; la administración de dicho seguro tenía también un carácter más centralizado, sin que delegara la autoridad en los organismos provinciales.

En 1946, Guatemala estableció su Instituto de Seguridad Social, aunque la protección contra riesgos no relacionados con el trabajo no se previó hasta 1949, y aun entonces solamente respecto de la asistencia médica en caso de accidentes no profesionales, quedando excluidas las enfermedades.²⁴ La concesión de prestaciones de maternidad y de asistencia a la infancia se estableció en 1953, y únicamente

en los años sesenta se previó la concesión de prestaciones de asistencia médica en concepto de enfermedades generales, aunque exclusivamente en la capital del país. En otras provincias, las personas protegidas solamente podían causar derecho a esta asistencia médica en casos de lesiones accidentales, relacionadas o no con el trabajo.

Los servicios médicos del seguro de Guatemala se prestan principalmente según el método directo de asistencia médica en las propias instalaciones del Instituto, si bien asimismo en otros servicios médicos mediante conclusión de contratos.

En el curso del siguiente decenio, hacia 1955, otros países centroamericanos (El Salvador, Nicaragua), habían promulgado legislaciones de seguridad social que prescribían la asistencia médica, así como los dos restantes países del Caribe: la República Dominicana y Haití. En El Salvador, en virtud de una ley de 1949 se creó el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el cual inauguró su primer centro ambulatorio de asistencia médica en 1954 en la capital, extendiendo posteriormente en forma gradual sus actividades a otros departamentos. La política básica del Instituto era prestar una asistencia médica en caso de enfermedades generales y accidentes, aunque en la aplicación de esta política a algunos departamentos periféricos se previó una fase inicial previa limitada a la protección a la maternidad. Una evolución similar pudo observarse en Honduras, en donde se creó el Instituto Hondureño de Seguridad Social en 1959 para proteger a los trabajadores tanto del sector privado como del público, de los establecimientos que ocupaban a cinco o más trabajadores.²⁵

El establecimiento de la asistencia médica de la seguridad social en Nicaragua ofrecía un aspecto algo diferente de los regímenes de las demás repúblicas centroamericanas, en el sentido de que la legislación inicial de 1955 autorizaba un mandato más amplio a este respecto. Esa legislación preveía la creación de una Junta Nacional de Asistencia y de Previsión Social para prestar asistencia médica a las personas indigentes, así como el establecimiento del Instituto Nacional de Seguridad Social para proteger a los trabajadores asalariados.²⁶ Esta combinación de medidas legislativas prepara el terreno para proceder posteriormente a la coordinación de estos dos tipos de programas de asistencia médica bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública, procedimiento que solamente se desarrolló más tarde en otros países latinoamericanos. Pero sin embargo, el problema que planteaba la insuficiencia de recursos económicos para disponer de personal e instalaciones médicas en Nicaragua, hizo que fuera relativamente lento el ritmo de extensión de la protección y de las prestaciones en este país.

Aparte de Cuba —que contaba con sus sociedades mutualistas y su programa de asistencia a la maternidad desde 1934— la República Dominicana fue la primera nación del Caribe que estableció, en 1947, un régimen de seguridad social.

La legislación por la que se creó el Instituto Dominicano de Seguros Sociales preveía la protección de los trabajadores del sector privado y del sector público; sin embargo, quedaban excluidos de esta protección los empleados que devengaban un sueldo superior a determinada cuantía.²⁷ La protección de las personas a cargo se limitaba a la asistencia a maternidad y a la infancia, siendo la modalidad generalizada de la asistencia médica directa el método que prevalecía a este respecto. En Haití, la legislación relativa a la hospitalización en virtud del régimen de seguridad social se promulgó en 1951, pero no se aplicó efectivamente en este periodo de 1946-1960. Así, solamente en 1967, se adoptó una nueva legislación para crear el Instituto Haitiano de Seguro Social, el cual desarrolló finalmente un programa relativamente limitado de asistencia médica para los trabajadores ocupados permanentemente (tanto manuales pertenecientes al sector privado y a la función pública) aplicando para ello el método directo de asistencia médica.

En Uruguay, país altamente urbanizado (los habitantes de Montevideo representan más de la mitad de la población del país), las necesidades en materia de asistencia médica de grandes efectivos de trabajadores asalariados se habían satisfecho durante años por medio de sociedades mutualistas, al igual que en Argentina y Cuba. Una ley de 1958 estableció un programa que inicialmente se limitó a la prestación de servicios de maternidad para las trabajadoras. Posteriormente, entre 1960 y 1971, se han creado regímenes especiales de seguro de enfermedad para los trabajadores en ciertas importantes actividades y sus ramas afines: construcción, textil, maderas, metal, barracas de lana y cueros, puerto de Montevideo, transporte automotor, gráfica y papelería, vestuario, marina mercante y pesquera, frigoríficos, bebidas; el Estado ejerce supervisión sobre estos servicios de asistencia médica.

Así, en el periodo 1946-1960, en muchos países latinoamericanos se promulgaron legislaciones sobre asistencia médica, aplicando principalmente el método directo de atención. Además, en este periodo de posguerra, se registraron importantes cambios en los sistemas de seguro social de asistencia médica, cuyas legislaciones iniciales se habían promulgado anteriormente. La evolución más importante a este respecto pudo observarse en Chile y en Cuba, así como otras modificaciones importantes en diversos países, de los cuales México y Costa Rica constituyen ejemplos demostrativos.

El año 1952 marca un momento decisivo en la organización de la asistencia médica latinoamericana: en efecto, en ese año se establece en Chile el Servicio Nacional de Salud (SNS). Puede considerarse que esta meritoria acción social constituye el primer intento en América latina para unificar un sistema de asistencia médica para las personas afiliadas al seguro social con un sistema de asistencia a las personas indigentes. Al mismo tiempo, la mayor parte de los servicios de asistencia

médica del país se fusionaron para constituir un sistema racional y regionalizado de medicina curativa y preventiva integradas.

La limitación del tiempo y de espacio no permite una exposición detallada de los orígenes del Servicio Nacional de Salud de Chile, pero conviene mencionar las principales bases sobre las cuales fue creado.²⁸ Primero hay que señalar los recursos materiales y humanos de las instituciones de beneficencia, que contaban con 25 000 camas de hospital, millares de personas calificadas, amplios terrenos y otros bienes (previamente se había establecido, en efecto, una junta central para coordinar todos los hospitales de beneficencia). Segundo, también se contaba con los recursos del Seguro Obrero, que sólo disponía de dos hospitales pero alrededor de 40 consultorios en todo el país, que presentaban exclusivamente servicios de asistencia médica a los trabajadores manuales, pero no a sus personas a cargo, salvo a los niños de hasta un año de edad. Tercero, existían asimismo los servicios del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, que consistían en numerosos centros de asistencia médica, algunos hospitales, así como otras instalaciones y personal calificado. Cuarto, se disponía, por último, de toda una serie de pequeños servicios independientes: el Instituto de Bacteriología, la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo, etc.

El SNS asumió la responsabilidad de todos los servicios citados, designando los organismos competentes que habían de ocuparse de la prestación de todos los servicios de asistencia médica a través de una organización regional. El país se dividió administrativamente en Zonas de Salud, a la cabeza de cada una de las cuales figuraba un jefe de zona competente empleado a tiempo completo. Cada Zona de Salud se subdividió a su vez en áreas hospitalarias, centralizada en un hospital de base plenamente equipado, del que dependían pequeños hospitales de departamento, consultorios y algunos puestos médicos muy modestos en la periferia. Todas estas instalaciones habían de prestar una amplia gama de servicios apropiados de medicina curativa y preventiva. Todo el sistema se financiaba a base de una combinación de los ingresos en concepto de las cotizaciones a la seguridad social, de un importante aporte del Estado, de los bienes de las instituciones de beneficencia y de otras fuentes menos importantes. Causaban derecho a la utilización de estos servicios los trabajadores asegurados y sus personas a cargo, todas las personas indigentes y teóricamente todos los niños del país (aunque se discutían los derechos efectivos de este último grupo), es decir, el sistema abarcaba el 70 por ciento, aproximadamente, de la población nacional. Sin embargo, no estaban protegidos los empleados, los profesionales independientes y los comerciantes. En 1968 los empleados no manuales obtuvieron derecho a asistencia médica curativa (ya antes contaban con medicina preventiva), sea mediante el sistema de "libre elección", sea a través del Servicio Médico Nacional del Empleado, del Servicio Nacional de Salud o de otros establecimientos.

A pesar del carácter ordenado y racional de este sistema de asistencia médica instituido en Chile, el SNS no ha dejado de tropezar con obstáculos²⁹. Así, la demanda de servicios de esta institución pronto superó las disponibilidades en materia de personal médico e instalaciones, lo que podía atribuirse evidentemente a diversos factores: aumentos crecientes de los efectivos de la población que utilizaban esos servicios, recurso a los mismos (especialmente en los hospitales) por personas que no tenían derecho a ellos, la inobservancia por parte de algunos médicos del tiempo de los servicios que han de prestar al SNS, consignación inadecuada de sumas provenientes de los ingresos generales para apoyar el programa, etc. Sin embargo, no se observó signo alguno de que se renunciara al objetivo que se había trazado el SNS de establecer un servicio de asistencia médica verdaderamente universal y completo para el pueblo chileno y, así, la estrategia desplegada en el siguiente decenio de los años sesenta, como veremos, consistió en fortalecer todo el sistema mediante diversos medios.

Otro acontecimiento significativo para los servicios de salud en el período 1946-1960 lo constituyó la reforma implantada en Cuba a partir de 1959³⁰. El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de Cuba fue reorganizado y transformado totalmente de conformidad con un modelo basado en gran medida en los servicios de asistencia médica de Checoslovaquia. Este proceso no se llevó a cabo de la noche a la mañana; en efecto, en el curso de un período de diez a doce años se brindó gratuitamente a toda la población cubana un sistema de asistencia médica completa en el que se integraban la medicina preventiva y la curativa. Todas las condiciones para causar derecho a estos servicios se eliminaron, y una política netamente igualitaria caracterizó la prestación de todos los servicios médicos. Inicialmente, el apoyo financiero se derivó de diversas fuentes preexistentes: Junta Central de Salud y Maternidad (para la asistencia a la maternidad), las mutualidades privadas, las rentas públicas generales, etc., pero, finalmente, el Estado **asumió toda la responsabilidad** al respecto, basándose para ello en el modelo de economía socialista.

La estructura administrativa de los servicios médicos en Cuba, que se completó al final del decenio de los años sesenta, se basa en la división del país en 8 provincias sanitarias, que a su vez se subdividen en 38 regiones sanitarias. Al nivel de la provincia y de la región existen hospitales, y cada región sanitaria se subdivide además en áreas sanitarias, de las que existen en total 308, con una población cada una de 25 000 a 30 000 habitantes. En cada área sanitaria los medios básicos del servicio de asistencia médica consisten en una policlínica dotada de médicos, enfermeras y personal subalterno diverso. Los equipos de este personal están encargados de prestar servicios de medicina general, curativa y preventiva a los sectores sanitarios de 3 000 a 5 000 habitantes cada uno.

La formación de todo el personal médico y paramédico de que necesitaba el sistema cubano exigió la organización de un enorme esfuerzo social, especialmente a causa del número considerable de médicos y dentistas que emigraron del país poco después de la Revolución. Sin embargo, en 1970, Cuba había compensado el número de médicos que había perdido, de suerte que la proporción de personal médico respecto de la población figura de nuevo, como anteriormente, entre las más elevadas en los países latinoamericanos. Además, la distribución geográfica del personal médico, aunque no es todavía perfectamente equitativa, se acerca probablemente más a este objetivo que en la mayoría de los países del Hemisferio Occidental. Esta realización se ha llevado a cabo por los siguientes medios: a) concediendo una prioridad de primer orden a la asignación de recursos a las zonas rurales; b) exigiendo, bajo juramento, renunciar a la práctica privada e imponiendo obligatoriamente un período de dos años de prestación de servicios médicos en las zonas rurales a todos los nuevos licenciados en Medicina y Odontología, y c) estableciendo una estructura administrativa para la provisión de puestos de médicos a sueldo en toda la isla en función equilibrada respecto de las poblaciones locales.

En Cuba, al igual que en Chile, se plantearon problemas en el desarrollo de su sistema de asistencia médica. Así, todavía existen penurias de personal, de instalaciones, de equipo y de medicamentos en relación con las necesidades, y todavía no se han resuelto todos los problemas.

Cabe decir todavía algunas palabras acerca de los acontecimientos que se registraron en determinados países en el período de 1946-1960. En México, como se ha dicho anteriormente, el programa de seguridad social del ISSSTE para los trabajadores del sector público se inició al final de este período (1960). Al mismo tiempo, el programa del IMSS para otros trabajadores realizó rápidos progresos, mediante la construcción de una vasta red de hospitales, clínicas-hospitales y otras instalaciones médicas así como de unidades de servicios sociales³¹. Durante este período fue aumentando constantemente el ámbito de protección de la población tanto desde el punto de vista geográfico como por sectores profesionales. El programa de la seguridad social mexicana se convirtió en un modelo y en fuente de asesoramiento para otros países latinoamericanos.

Merece señalarse la evolución de la seguridad social de Costa Rica en el período de 1946-1960 en razón de los esfuerzos que ha desplegado este país por ampliar la protección de asistencia médica a su población, así como otras prestaciones. La ley por la que se estableció en 1941 la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tenía un alcance notablemente amplio, en el sentido de la excepcional autonomía que se confería al consejo de administración de dicha Caja —en una esfera en que de todos modos, una gran autonomía de administración consti-

tuye la regla general— para extender la protección del seguro y de las prestaciones³². Además de esto, la Constitución de Costa Rica, promulgada en 1949, prevé “garantías sociales” por las que se especifica que el 100 por ciento de la población del país había de estar protegidas por la seguridad social hacia 1970. Hacia finales de los años cincuenta, se habían logrado progresos notables para alcanzar este objetivo, estando ya protegidos alrededor del 30 por ciento de la fuerza de trabajo; la legislación costarricense autoriza concretamente la inclusión en el seguro social de los trabajadores agrícolas, de los trabajadores del servicio doméstico y de los trabajadores independientes, así como las demás categorías de trabajadores asalariados del sector público y del privado (empleados y trabajadores manuales y las personas a cargo). Durante el citado período se construyeron en diversas ciudades del país nuevos hospitales de la seguridad social (lo que no constituía un fenómeno inhabitual, ya que una expansión de esta naturaleza caracterizó a una docena de otros países latinoamericanos en los años cincuenta), pero el grado de estrecha colaboración que se estableció entre la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud de este país constituyó un hecho sobresaliente, que no ha podido observarse con frecuencia en otros países de América latina. Este tipo de colaboración constituyó un presagio, por así decir, de la evolución que experimentaron diversos países latinoamericanos y que caracterizó la estructura de la seguridad social de los años sesenta.

Evolución desde 1961 hasta el presente (1972)

La evolución de la seguridad social latinoamericana en los años sesenta, en lo que se refiere a la asistencia médica, puede quizás caracterizarse diciendo que constituyó “un período en que se desarrolló un movimiento tendiente a la coordinación de los servicios médicos”. Hacia 1960 todas las 20 repúblicas de América latina habían promulgado legislaciones de seguridad social que incluían ciertas modalidades de asistencia médica y, en numerosos de estos países, se habían alcanzado notables progresos en la extensión de la protección y de las prestaciones del seguro social para alcanzar el objetivo de satisfacer todas las necesidades en materia de salud. Al mismo tiempo, el ahorro obligatorio que va implícito en el concepto de la seguridad social, contribuyó asimismo al desarrollo económico general del continente, lo que a su vez habría de ejercer efectos más significativos en el mejoramiento de las condiciones de salud de los países³³. También en el curso de los años sesenta, los esfuerzos comenzaron a encauzarse hacia la consolidación de las realizaciones del pasado y el mejoramiento de los sistemas administrativos. Uno de los resultados más importantes de estos esfuerzos fue el movimiento que se inició para coordinar los diversos sistemas de asistencia médica que operaba según diferentes métodos administrativos en un determinado país, labor que consistió en a) la unificación de múltiples instituciones de seguridad social destinadas a dife-

rentes sectores de la población, y b) la promoción de relaciones entre las instituciones de la seguridad social en su conjunto y otras ramas del gobierno, especialmente de los ministerios de salud.

La importancia que reviste la coordinación de los servicios médicos ya se reconoció en la undécima Conferencia Interamericana de la Organización de Estados Americanos (OEA) en 1960, en la que se declaró que: "La duplicación y superposición que resultan del funcionamiento simultáneo y competidor de sistemas de asistencia médica, deben ser eliminadas"³⁴. De conformidad con esta decisión, la OEA emprendió un estudio para investigar las relaciones que existían entre los sistemas de asistencia médica de la seguridad social y otras instituciones nacionales³⁵.

Como resultado de este estudio exploratorio, iniciado en 1965, la OPS y la OEA auspiciaron conjuntamente una serie de conferencias internacionales en las que estuvieron representadas instituciones de seguridad social y de salud pública³⁶. Además, en el curso de estas conferencias de la OPS, se adoptaron diversas resoluciones por las que se recomendaba la adopción de medidas que promovieran la coordinación entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social. Evidentemente, la OIT ha dedicado también atención a esta cuestión. Por ejemplo el Programa de Ottawa de Seguridad Social, aprobado por la VIII Conferencia de los Estados de América Miembros de la OIT (Ottawa, septiembre 1966), expresa en su punto 9 que "es preciso establecer una adecuada coordinación entre los servicios médicos de las instituciones de seguridad social, los de salud pública y otros servicios médicos-sociales".

En octubre de 1967, el Consejo Directivo de la OPS, congregado en Puerto España (Trinidad y Tobago), procedió al examen de los progresos que se estaban realizando en materia de coordinación entre dichas instituciones de salud pública y seguridad social y otras instituciones que desarrollan actividades relacionadas con la salud³⁷. En la reunión regional que celebró la OPS, en julio-agosto de 1968 en Washington, se volvió nuevamente a estudiar este problema³⁸. Posteriormente la Asociación Internacional de la Seguridad Social, con la colaboración del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y del Instituto Mexicano del Seguro Social, organizó en Oaxtepec, México, en 1969, una Mesa Redonda Mundial que discutió el tema titulado "La contribución de los regímenes de seguridad social a los programas de salud pública". Como conclusión de los debates se formuló la llamada "Declaración de Oaxtepec", en la que se solicitaba la máxima colaboración, a nivel nacional e internacional, entre los organismos gestores de salud pública y de seguridad social³⁹. En agosto de 1969, la OPS auspició la celebración de otra importante conferencia de estudios sobre la coordinación no solamente en-

tre ambos tipos de instituciones sino, asimismo, con las universidades (en razón de sus funciones básicas en materia de formación de personal médico), conferencia a la que concurrieron representantes de estos tres tipos de instituciones⁴⁰. Por último, en abril de 1971, se celebró otra reunión de representantes de instituciones de esta naturaleza procedentes de los países centroamericanos y Panamá, en la que, una vez más, se instó reiteradamente a lograr la mayor cooperación posible⁴¹.

Además, este llamamiento en pro de una mayor coordinación no se limitó a las Américas; invocó esta necesidad a nivel universal a través de la reunión del Comité Mixto de Expertos de la Organización Internacional del Trabajo y de la Organización Mundial de la Salud sobre "Asistencia médica individual y seguridad social"⁴². Reunido en Ginebra, en noviembre de 1970, dicho Comité congregó a representantes de las instituciones de seguridad social y de salud pública de diversos continentes, formulando *inter alia* la siguiente recomendación.

Cuando la asistencia médica individual se obtiene por separado de un sistema de seguridad social y un sistema de salud pública, se debería tratar de obtener la máxima coordinación posible entre ambos. Cuando existen en un país programas múltiples de seguridad social para la prestación de servicios de asistencia médica individual, deben encontrarse métodos que permitan su unificación o, cuando menos, la máxima coordinación posible entre ellos.

Contando con este apoyo moral a nivel internacional para lograr mayor coordinación entre las principales instituciones interesadas en la asistencia médica de un país (y, evidentemente, el relato que procede no tiene un carácter exhaustivo) numerosos países latinoamericanos procedieron en los años sesenta a la adopción de medidas de coordinación. En años anteriores se había registrado, de hecho, la adopción de medidas limitadas para coordinar ciertos aspectos de la planificación de la asistencia médica y de los servicios de salud mediante una acción conjunta de las instituciones de seguridad social y de los ministerios de salud, como fuera el caso en Brasil, Ecuador, Nicaragua, Paraguay, Costa Rica, México y Venezuela⁴³. No obstante, en los años sesenta esos movimientos en pro de la coordinación de los servicios de asistencia médica fueron más intensos y de mayor alcance. Aunque no es posible examinarlos aquí en detalle se procederá a exponer en forma resumida algunas de las principales realizaciones y esfuerzos desplegados en materia de coordinación.

En Brasil, tras prolongados estudios y varios años de limitados acuerdos conjuntos entre diversas instituciones autónomas de la seguridad social, en 1966, los seis principales institutos se fusionaron para constituir el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS)⁴³. Al adoptarse esta importante medida, todas las instalacio-

nes y demás recursos de los seis institutos se mancomunaron, de suerte que los beneficiarios de todas estas instituciones (trabajadores industriales, empleados comerciales, trabajadores del transporte, gente de mar, etc.) adquirieron el derecho a los mismos servicios de asistencia médica. Como consecuencia del aumento creciente de la demanda de estos servicios resultaron insuficientes los hospitales propiedad de los diversos institutos, viéndose obligado el INPS a concluir contratos con otros numerosos hospitales (de beneficencia, oficiales y privados) para atender a sus pacientes. Mediante este proceso, se logró mayor coordinación del sistema de seguridad social y de los demás servicios de asistencia médica del Brasil. Así, por ejemplo, ciertos hospitales experimentaron mayor influencia del INPS, a través del apoyo financiero, que de las instituciones auspiciadoras anteriores: las organizaciones de beneficencia y el Ministerio de la Salud. De esta forma, dichos servicios hospitalarios se convirtieron en verdaderos "hospitales de la colectividad" para prestar servicios médicos a los trabajadores asegurados, así como a las personas indigentes y a otros sectores de la población. Asimismo, el INPS concluyó contratos con los departamentos médicos de las grandes industrias, y también con los médicos privados para prestar servicios a los trabajadores asegurados en aquellas localidades en que no se disponía de instalaciones del INPS, es decir, hospitales o unidades de asistencia médica ambulatoria. Mientras tanto, tanto el alcance de la protección como las prestaciones relativas a la asistencia médica, llegaron a un desarrollo mucho mayor que el hasta entonces logrado por los seis institutos originales en total. Evidentemente, esta evolución ha aumentado las presiones ejercidas en el seno del sistema de seguridad social del Brasil y, quizás, ha agudizado las tensiones respecto del cuerpo médico, pero no cabe duda alguna de que se ha desarrollado notablemente la capacidad protectora de todo el sistema de asistencia médica.

En Chile se adoptaron asimismo, al final de los años 60, importantes medidas para coordinar los servicios médicos de la seguridad social. Como quedó dicho anteriormente, los empleados de dicho país acogidos al programa del SERMENA tenían derecho a prestaciones limitadas a ciertos servicios de medicina preventiva y, hasta cierto punto, al tratamiento de determinadas enfermedades específicas (cáncer, tuberculosis, etc.). Ulteriormente, se promulgó en 1968 la ley sobre medicina curativa (para complementar la ley sobre medicina preventiva de 1938)⁴⁵. Para adaptarse a las costumbres tradicionales de las personas pertenecientes a la clase media, así como a las reivindicaciones de los médicos privados, se establecieron métodos de asistencia médica diferentes de las modalidades aplicadas por el SNS para los trabajadores manuales y las personas indigentes. De esta forma se brindó a los empleados la posibilidad de recurrir directamente a los servicios médicos del Servicio Médico Nacional de Empleados, del SNS o de dirigirse a un médico privado. Estas diferentes modalidades de la asistencia médica han creado ciertos conflictos.

En Argentina la promoción de la coordinación de los servicios médicos adop-

tó otra forma. En 1970, después de varios años de estudio y análisis de las actividades de las "obras sociales" sindicales, estatales, paraestatales y mixtas, que comprenden, entre otros beneficios, servicios de asistencia médica⁴⁶. Se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Por el momento no es fácil determinar la influencia de este Instituto, pero aparentemente se están dando los primeros pasos para establecer normas mínimas y uniformar la asistencia médica suministrada a varios millones de trabajadores y de familiares a cargo, que actualmente gozan en Argentina de la protección de cientos de "obras sociales".

En varios otros países latinoamericanos la coordinación se ha establecido por medio de comités paritarios nacionales, en los que están representados los organismos de seguridad social y los ministerios de salud pública y que eventualmente podrán llegar a estudiar la integración definitiva en el campo de la asistencia médica. En Venezuela, por ejemplo durante varios años se celebraron discusiones sobre la unificación de los recursos de hospital de estos dos organismos principales. (A diferencia de otros regímenes de seguridad social de América latina, el régimen venezolano no contaba con las grandes reservas de una caja de pensiones para financiar la construcción de nuevos hospitales y, por lo tanto, tenía que recurrir al Gobierno central para estas inversiones). A comienzos del decenio de los años setenta el Gobierno había efectuado algunos estudios para establecer un Servicio Nacional de Salud, que probablemente orientará a Venezuela hacia una solución análoga a la adoptada por Chile al iniciar su SNS⁴⁷.

En Costa Rica, el tema de la coordinación de los programas de la seguridad social y del Ministerio de Salud Pública fue también ampliamente debatido durante el decenio de los sesenta. En 1967, por ejemplo, estos dos organismos firmaron un contrato estipulando que el Ministerio de Salud Pública prestaría determinados servicios preventivos y curativos a las personas aseguradas en unos cantones indicados, a cambio de unos pagos mensuales efectuados con cargo a la Caja Costarricense de Seguro Social. Gracias a este tipo de contratos y a otras medidas, el programa de seguridad social costarricense hizo considerables progresos hacia la consecución de su objetivo, a saber, la protección de toda la población. En la Constitución se declaraba que esa meta debía alcanzarse en 1970 y, si bien ese nivel de protección no se alcanzó, se calcula que en ese año 38 por ciento de la población trabajadora (porcentaje muy superior al de otros países centroamericanos) gozaba del amparo de la seguridad social; a principios del decenio de los setenta suministraban asistencia médica muchos nuevos hospitales y centros de salud construidos tanto por el organismo de seguridad social como por el Ministerio.

La falta de tiempo no permite examinar otros procesos equivalentes de coordinación de la asistencia médica llevados a cabo por diferentes autoridades nacio-

nales en otros países latinoamericanos. Baste señalar que se estaban tomando medidas concretas con ese fin a finales del decenio de los 60 o comienzos de los años 70, además de en los países antes mencionados, en Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay y Perú⁴⁸. En Nicaragua se ha conseguido un grado considerable de coordinación de la administración de los hospitales merced a la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social que ejerce un control de los hospitales que pertenecen tanto al Ministerio de Salud Pública como al Instituto Nacional de Seguridad Social. En México se ha logrado mejorar la coordinación tanto de los regímenes de seguridad social del IMSS y del ISSSTE entre sí, como de estos regímenes con los recursos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por conducto de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social. Ya hemos examinado la unificación general de todos los servicios relacionados con la salud efectuada en Cuba durante los años 60.

Panorama actual de la asistencia médica en el marco de la seguridad social

Como resultado de estas diferentes etapas de desarrollo de los regímenes de asistencia médica en el marco de la seguridad social de los países de América latina, ¿cuál es la situación general actual? El orden de introducción de la legislación que entraña la prestación de servicios médicos ya se ha examinado y resumido en el cuadro 1. En el cuadro 2 se indica la situación de los servicios de protección de la salud en los regímenes de seguridad social de los países latinoamericanos, en 1971. Es evidente que en esa época todas las repúblicas latinoamericanas habían conseguido introducir la asistencia médica general de los trabajadores amparados por el régimen de seguridad social, con excepción de los países (Argentina y Uruguay) en que una gran parte de la protección se aseguraba por medio de sociedades de seguros mutuos no reglamentadas por la ley o, respecto del Uruguay, por regímenes especiales de seguro de enfermedad que protegen a importantes categorías de trabajadores. Análogamente los 20 países latinoamericanos proporcionan servicios médicos en los casos de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, por conducto del mismo organismo que se ocupa de la asistencia en caso de enfermedad general o, a veces, mediante otros arreglos⁴⁹.

En lo que respecta a la asistencia médica de los familiares a cargo, a partir de 1971 existen mayores diferencias entre los países. Como se señala en el cuadro 2, sólo en siete de las veinte repúblicas tienen ciertos familiares a cargo derecho a los mismos servicios que el sostén principal de la familia. En dos países los familiares tienen derecho a una asistencia médica general, con diversas limitaciones. En otros siete países las prestaciones a ciertos familiares a cargo se limitan a

asistencia en caso de maternidad de la esposa del trabajador y, en seis, a servicios de medicina general en favor de los hijos pequeños aunque en cuatro países el niño está protegido pasada la edad infantil y, en uno, hasta que alcanza la edad de 21 años. En 14 de las 20 repúblicas las personas jubiladas están amparadas por el régimen. No es posible resumir aquí las diversas normas a tenor de las cuales ciertas categorías de trabajadores (por ejemplo, domésticos, ocasionales o familiares) quedan excluidos de protección; la situación especial de los trabajadores agrícolas se examinará más adelante.

Cuadro 2

*Prestaciones médicas en los regímenes de seguridad social
y afines de los países latinoamericanos, 1971*

País	Asistencia médica ge- neral del tra- bajador ase- gurado	Asistencia médica de los familiares a cargo			Asistencia médica en caso de en- fermedad profesional o acci- dente del trabajo
		Idéntica a la del trabajador	Asisten- cia de materni- dad para la esposa	Asisten- cia de los hijos	
Argentina	Xa)		X	X	X
Bolivia	X	X			X
Brasil	Xb)	X			X
Colombia	X		X	X	X
Costa Rica	X	X			X
Cuba	X	X			X
Chile	Xc, b)	X			X
Rep. Dominicana	X		X	X	Xd)
Ecuador	X				X
El Salvador	X		X		Xd)
Guatemala	X		X	X	X
Haití	X				X
Honduras	X		X	X	X
México	X	X			X
Nicaragua	Xb)		X	X	X
Panamá	X	Xe)			X
Paraguay	X	Xf)			X
Uruguay	Xg)				X
Venezuela	Xb)	X			X

- a) Principalmente a cargo de las "obras sociales" reconocidas por la ley, de "mutualidades" no gubernamentales y en el caso de los trabajadores agropecuarios, de responsabilidad de los empleadores conforme al Estatuto del Peón.

- b) También se sufraga el transporte.
 - c) Comprende los exámenes médicos especiales periódicos.
 - d) Los mismos servicios que los prestados en caso de enfermedad o accidente no profesional.
 - e) Los servicios para los familiares a cargo están sujetos a diversas limitaciones.
 - f) Salvo que la hospitalización se limita a los hijos menores de 2 años.
 - g) Diversos regímenes especiales de seguro de enfermedad, mutualidades, etc.
-

Fuente: Administración de seguridad social de Estados Unidos, *Social Security Programs Throughout the World*, 1971, Washington, *Research Report*, núm. 40, 1972.

La verdadera importancia del papel que desempeñan los regímenes de seguridad social en el otorgamiento de asistencia médica a la población, puede mejor juzgarse si se estudia el porcentaje de la población económicamente activa de cada país que está protegido. En el cuadro 3 se presenta estos datos. Como puede verse, la proporción de la población activa amparada, en 16 países es inferior a 30 por ciento, y en 11 de éstos no pasa de 20 por ciento. Es evidente, por lo tanto, que en más de las tres cuartas partes de los países latinoamericanos, la gran mayoría de la población trabajadora no recibe asistencia médica general en el marco de los regímenes de seguridad social. Si se examinan los porcentajes de la población total, y no de la población económicamente activa, protegida por la seguridad social, puede verse que son inferiores a los que se indican en el Cuadro 3 para algunos países (por ejemplo, Colombia o El Salvador) y superiores para otros (por ejemplo, Bolivia o Costa Rica), según que se proteja o no a los familiares a cargo⁵⁰.

Por otra parte, si se analizan las tendencias de los últimos cincuenta años, resulta igualmente evidente que los sistemas de seguridad social de América latina han extendido considerablemente la asistencia médica, tanto en lo que respecta al porcentaje de población amparada como a los servicios prestados. Desde 1967, año al que corresponden los datos del Cuadro 3, varios países han extendido el ámbito de protección, medido como porcentaje de la población total. Por ejemplo, según datos no publicados de la Organización de los Estados Americanos, en 1970 la población económicamente activa con derecho a asistencia médica en el marco de la seguridad social, representaba en ocho países los porcentajes siguientes¹.

<u><i>País</i></u>	<u><i>Porcentaje</i></u>
Brasil	26.6
Colombia	15.6
Costa Rica	37.7
El Salvador	10.1
Guatemala	28.2
Honduras	4.1
Nicaragua	14.7
Panamá	31.0

Si se exceptúa una ligera reducción en Honduras, estas cifras dan a entender que a partir de 1967 la protección de los programas de seguridad social se ha extendido más rápidamente que la tasa de crecimiento de la población económicamente activa de esos países. La mayor parte de esta extensión se ha debido a una expansión geográfica del régimen a otras regiones del país, pero en algunos casos ha estado motivada por la incorporación de nuevas categorías de trabajadores a la protección del régimen.

Cuadro 3

*Regímenes de seguridad social que proporcionan
asistencia médica en América latina
Porcentaje de población económicamente activa protegida, 1967*

<i>País</i>	<i>Población económicamen- te activa (en millones)</i>	<i>Asegurados directos protegidos por los regímenes de seguridad social (en millares)</i>	<i>Porcentaje de asegurados directos protegidos</i>
Bolivia	2.294	124	5,4
Brasil	27.965	5.696	20,4
Colombia	5.649	569	10,1
Costa Rica	476	152	32,0
Cuba	1.992	1.992	100,0
Chile	2.960	2.098	70,8
Rep. Dominicana	1.046	161	15,4
Ecuador	1.760	258	14,6
El Salvador	1.011	72	7,1
Guatemala	1.476	367	24,9
Haití	2.530	29	1,1
Honduras	736	33	4,5
México	14.797	2.803	18,9
Nicaragua	551	77	14,0
Panamá	419	131	29,5
Paraguay	696	69	9,9
Perú	3.901	1.035	26,5
Venezuela	2.927	641	21,9

Fuentes: O.E.A. El Costo de la atención médica en los sistemas de Seguridad Social de América Latina: Factores y características.

Washington, UP/Ser. H. VII. 83, 6 mayo 1970., salvo en los siguientes casos:

Costa Rica: Información directa obtenida en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Cuba: Universidad de California, Centro Latinoamericano, Cuba 1968:
Supplement to the Statistical Abstract of Latin America,
Los Angeles 1970.

Ecuador: Información directa obtenida en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Panamá: Caja de Seguro Social, Departamento de Estadística.

Observaciones: No se ha dispuesto de información suficiente sobre el número de personas protegidas por las mutualidades, obras sociales y otros sistemas de asistencia médica de Argentina ni por los diferentes regímenes de seguro de enfermedad del Uruguay.

Respecto de Colombia, México y otros países, las cifras no indican el total de personas protegidas (asegurados directos) por todos los regímenes existentes sino sólo por los principales.

Además de la extensión del campo de aplicación, ha habido un aumento de la cantidad y una mejora de la calidad de los servicios médicos prestados a las personas amparadas. Ello se ha logrado en gran parte gracias a la expansión de los servicios médicos directamente prestados, por ejemplo, mediante la construcción de nuevos hospitales y centros de asistencia ambulatoria y la contratación de un mayor número de doctores, enfermeras y otro personal.

En 1971, en 19 de las 20 repúblicas latinoamericanas al régimen de seguridad social poseía y dirigía sus propios centros de salud (siendo la excepción Argentina, donde lo corriente es que los hospitales pertenezcan a las autoridades centrales, provinciales o municipales), y en ocho de esos países el régimen contrata también los servicios de otros hospitales. Aunque este sistema directo es obviamente el predominante, al mismo tiempo algunos empleados y trabajadores autónomos protegidos por la seguridad social obtienen prestaciones médicas por el sistema indirecto (con diversos requisitos de participación en los gastos) en algunos países, como en Brasil, Panamá o Venezuela⁽⁵¹⁾. Las exigencias de los médicos privados tienden a favorecer este último sistema, pero consideraciones de eficacia y de economía abogan, como contrapartida, por el sistema directo. En realidad, existe un equilibrio inestable entre estas dos soluciones, que en ocasiones da lugar a una huelga de médicos. En América Latina, como en el resto del mundo, la tendencia a largo plazo se orienta, con todo, hacia el sistema directo de prestaciones de asistencia médica.

Entre la amplia gama de servicios que entraña el cuidado de la salud, casi todos los sistemas de seguridad social latinoamericanos incluyen hoy la hospitalización, la asistencia de médicos de medicina general y de especialistas, y los medicamentos prescritos. Igualmente están incluidos en todos los países los análisis de laboratorio y los rayos X. La asistencia odontológica se suele limitar a extracciones

y empastes, raras veces incluye las prótesis dentales (y de incluirlas suele ser con participación en los gastos) y en algunos países no se presta en absoluto. En un número reducido, pero cada vez mayor, de países hay que añadir los servicios de rehabilitación, los de fisioterapia, terapia para el tratamiento de enfermedades profesionales y de los trastornos del lenguaje, etc.

En cuanto a la supervisión administrativa de los regímenes de seguridad social, en 15 de las 20 repúblicas latinoamericanas ésta incumbe al ministerio de trabajo o de bienestar social, y abarca los servicios médicos. En Nicaragua, Paraguay y Perú el ministerio encargado de la salud pública desempeña una función de supervisión general de los servicios médicos, los cuales son administrados directamente, sin embargo, por las instituciones de seguridad social. En Cuba y Chile los servicios médicos de los regímenes de seguridad social están totalmente controlados por el ministro encargado de la salud pública. Prácticamente todos los programas nacionales prevén alguna participación de los trabajadores en la formulación de los principios generales o en la gestión administrativa de los regímenes de asistencia médica.

A medida que la importancia de la asistencia médica en el marco de la seguridad social ha ido aumentando en América Latina, se han ido agudizando ciertos problemas, aparte las cuestiones generales del campo de aplicación y otros aspectos ya examinados. Entre estos problemas destacan los relativos a: a) la elevación de costos; b) la mayor preocupación por la prevención; c) la protección de los trabajadores rurales; d) el control de la calidad de los servicios; e) la formación del personal médico; y f) la planificación nacional de la salud. En el apartado siguiente trataremos brevemente de las cuestiones mencionadas.

Algunas cuestiones importantes

El costo de la asistencia médica moderna se ha ido elevando en todos los países más rápidamente que los ingresos por habitante debido a numerosas razones. Si se deja a un lado la inflación general, que afecta a todos los bienes y servicios, las técnicas de diagnóstico y terapia cada vez más desarrolladas que se aplican en la asistencia médica requieren un equipo más complejo y un personal más capacitado. Por razones técnicas, una proporción cada día mayor de todos los servicios médicos se presta en los hospitales, donde los costos son inevitablemente superiores a los proporcionados en centros de asistencia ambulatoria o en casa del paciente. Las remuneraciones de los trabajadores de la salud, en particular de las enfermeras, están aumentando ahora con relativa rapidez, a fin de compensar los bajos niveles anteriores que se basaban en la consideración de "servicios de caridad" de esas profesiones y en la discriminación contra las mujeres. Por otra parte, se ha producido una constante elevación de la demanda de asistencia médica por parte de la

población, a medida que se han elevado los niveles de educación y el número de años de vida, se ha perfeccionado el transporte y se ha extendido el conocimiento de los beneficios de la ciencia médica⁽⁵²⁾.

Esta elevación de costos se ha hecho sentir agudamente en los programas de asistencia médica de los regímenes de seguridad social de América Latina. La elevación de los costos médicos se ha compensado, en cierta medida, con la elevación de salarios y sueldos a partir de los cuales se constituyen los fondos de seguridad social. No obstante, en América Latina hay empleadores que no suelen cumplir cabalmente sus obligaciones; al elevarse las tasas de las cotizaciones ha aumentado también el número de los que no cumplen los pagos. En estos países se ha planteado también un problema especialmente con respecto al costo de los medicamentos, dado que la mayor parte de éstos, o los productos químicos básicos con que se fabrican, tienen que importarse del extranjero a precios relativamente caros. Ha habido asimismo considerables abusos, en lo que se refiere a la obtención de productos farmacéuticos por personas no amparadas por el programa de seguridad social.

A fin de hacer frente a esta elevación de costos, los programas de seguridad social latinoamericanos han tenido que responder con prudencia a las exigencias de mayores remuneraciones de los doctores, lo que en algunas partes ha causado tensión con la profesión médica. Para poner freno a la elevación del costo de las medicinas se está procediendo en forma mucho más sensata a elegir productos baratos y se han instituido diversos procedimientos para acabar con los abusos.

En Brasil, al igual que en Cuba, Chile y otros países, el Gobierno central ha intervenido para que se fabriquen en el país medicamentos a bajo precio. En la administración de hospitales y centros de salud se procura aumentar constantemente la eficacia, perfeccionando la formación del personal, utilizando al máximo personal auxiliar para subsistir a profesionales costosos, siempre que es posible, y dando instrucción detallada sobre la utilización de pruebas para determinar un diagnóstico. En países en que, debido a la presión de la clase media, se tolera el sistema indirecto de asistencia médica (libre elección del médico y pago de honorarios) a ciertos beneficios, la elevación de costos se ha frenado aplicando la práctica europea de estipular reembolsos máximos de honorarios con cargo a la caja de seguridad social, siendo sufragada la diferencia por el paciente.

El segundo problema que suscita cada día más interés —desarrollar al máximo la prevención— está relacionado con el del costo, pero también, por supuesto, con la cuestión de la promoción de la calidad y con las metas esenciales de los programas que consisten en salvar vidas y mejorar la salud. La ley sobre medicina preventiva de 1938, de Chile, ya trataba de este problema, y la mayor

parte de los demás regímenes de seguridad social latinoamericanos han tenido que ocuparse de él, con o sin promulgación de leyes específicas. En 1967, por ejemplo, los regímenes de seguridad social de Guatemala y Venezuela reconocieron oficialmente la importancia de la prevención y sus Ministerios de Salud Pública concertaron acuerdo para facilitar el suministro de servicios de prevención a los beneficiarios. A lo largo de los años se han ido concertando muchos otros acuerdos mixtos de este tipo⁽⁵³⁾. Además, en casi todos los regímenes latinoamericanos en que prevalece el sistema directo de prestación de servicios de asistencia médica, los servicios preventivos, en particular a las madres y a los niños pequeños, han formado parte del programa de rutina.

Como se señala en el Cuadro 2, prácticamente todos los países en que está limitada la protección de los familiares a cargo en el marco de la seguridad social proporcionan, no obstante, asistencia de maternidad para la esposa del asegurado directo y los hijos pequeños. Estos servicios son en gran parte preventivos. Cualquiera que sea el régimen en vigor, casi todos los hospitales y centros de salud proporcionan servicios preventivos a los niños pequeños: reconocimientos periódicos, vacunaciones, asesoramiento de la madre sobre la crianza de los hijos, suministro de leche suplementaria o de vitaminas, etc. En muchos centros se ofrecen también servicios especiales para el control de la tuberculosis, con inclusión de campañas para poner al descubierto casos de enfermedad mediante exámenes con rayos X. Quizás la contribución más importante de los programas de seguridad social a la medicina preventiva consista en la posibilidad que ofrecen de una pronta asistencia médica al paciente ambulatorio, antes de que su enfermedad haya entrado en una fase más grave. Aunque su atención inicial se centró en los servicios curativos, no cabe duda de que los programas de seguridad social latinoamericanos se ocupan igualmente de la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud, orientándose cada vez más en esta dirección en los últimos años.

En un aspecto de la prevención —la prevención de los embarazos involuntarios o planificación familiar— los programas de seguridad social latinoamericanos han actuado con prudencia. No obstante, se están incrementando los servicios de asesoramiento y de suministro de medios para la planificación familiar por conducto de los servicios de maternidad de los programas de seguridad social. La mayor parte de estos servicios se destina a las mujeres que ya han tenido cuatro o cinco hijos o que han sufrido un aborto provocado (fuera del programa de asistencia médica), y que desean se les faciliten medios anticonceptivos para el futuro. Estas actividades presentan un interés especial en las repúblicas centroamericanas, donde se experimentan agudas presiones demográficas. En estos países se ha celebrado una serie de reuniones sobre planificación familiar en el marco de los programas de seguridad social⁽⁵⁴⁾. En Chile, se ha prestado atención a la

divulgación de la planificación familiar como método para preservar el bienestar socioeconómico de la familia.

Un tercer problema especial que se plantea en los países latinoamericanos es el de la dificultad de extender la protección de la seguridad social a la *población agrícola*, tanto en lo que respecta a la asistencia médica como a otras prestaciones. Las medidas realmente adoptadas para resolver esta cuestión no corresponden a las intenciones, aunque cabe señalar que en algunos países se han realizado ciertos progresos ⁽⁵⁵⁾. En México se tomaron medidas hace ya cierto tiempo (1958) para extender la protección a determinados grupos de trabajadores agrícolas. Se han buscado fórmulas originales e interesantes para resolver ciertos problemas. Por ejemplo, para la protección de trabajadores no asalariados se ha establecido la cooperación, en materia de cotizaciones, de las sociedades de crédito agrícola y de crédito ejidal. Para los trabajadores de la caña de azúcar, tanto asalariados como no asalariados, se encontró un sistema novedoso de financiamiento. Se acaba de extender la protección de la seguridad social, incluyendo por cierto la asistencia médica, a los trabajadores del henequén (en Yucatán) sobre bases *ad-hoc*. En Chile, desde la iniciación del régimen de seguridad social en 1925 se empezó a prestar asistencia médica a los trabajadores agrícolas, junto a todos los demás asalariados manuales. Poco a poco esa protección se fue extendiendo hasta los sectores rurales más alejados de los centros urbanos.

Con todo, en 1962, según los cálculos de la Unión Panamericana, solamente 1 333 000 trabajadores rurales, aproximadamente, estaban amparados contra las contingencias previstas en la seguridad social en todos los países latinoamericanos y sólo la mitad de esta cifra tenía derecho a asistencia médica general ⁽⁵⁶⁾.

Desde 1962 la proporción de la población rural con derecho a asistencia médica en el marco de los programas de seguridad social ha aumentado, afortunadamente. Independientemente de la extensión de los servicios médicos prestados en las zonas rurales por los ministerios de salud pública, que ha sido substancial, los programas de seguridad social han extendido igualmente estos servicios en Costa Rica, México, Perú y algunos otros países. En Brasil se dió un paso adelante, particularmente importante, en 1963 con el establecimiento de un "fondo especial para el bienestar y la seguridad social rurales" (FUNRURAL) ⁽⁵⁷⁾. Los fondos procedían no de los sueldos y salarios sino de un impuesto de 1 por ciento sobre el valor de los productos agrícolas vendidos. En un principio, FUNRURAL fue independiente de los diversos institutos de seguridad social, pero a partir de la unificación de éstos en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) en 1966 pasó a depender administrativamente de este último. FUNRURAL celebró entonces acuerdos con centros hospitalarios de beneficencia y con hospitales

públicos de ciudades pequeñas para que admitieran a los trabajadores rurales y a sus familiares a cargo como "personas aseguradas". En estos acuerdos se preveía la subvención de hospitales rurales, a fin de poder dotarlos de mejor equipo y más personal y de atraer a doctores hacia las regiones rurales⁽⁵⁸⁾.

Otro progreso en el Brasil está representado por el decreto-ley de 1969 que instituyó el Plan Básico de Previsión Social, que se aplica a los trabajadores en el sector agrario de las empresas agro-industriales, de las empresas que producen y suministran productos agrícolas en bruto y a varias otras. Es interesante notar que quedan también comprendidos en la protección los trabajadores agrícolas temporales.

En Chile se ha puesto gran empeño en mejorar la calidad del SNS en las zonas rurales. En Cuba también se ha hecho un gran esfuerzo por extender y mejorar los servicios de salud en las zonas rurales, hasta cierto punto incluso a expensas de las ciudades. Por ejemplo, el número de camas de hospital en la ciudad de La Habana, que había alcanzado la cifra de 14 camas por mil habitantes antes de la revolución (1958) descendió a 12.1 por mil habitantes en 1969; paralelamente, el número de camas en todas las demás provincias, que son principalmente rurales, aumentó en aproximadamente 50 por ciento, en particular en la provincia altamente rural de Oriente⁽⁵⁹⁾. Otros países latinoamericanos, como Bolivia, han emprendido estudios de los métodos aplicables para extender la protección de la seguridad social a los trabajadores rurales. Perú ha establecido cierto número de pequeñas cooperativas como proyectos experimentales para proporcionar servicios de asistencia médica a agricultores indígenas de los Andes.

Una cuarta cuestión de actualidad se refiere a los esfuerzos realizados para garantizar una buena *calidad de la asistencia médica* en los regímenes de seguridad social. Este problema está estrechamente relacionado con todas las medidas relativas a la construcción, dotación de personal y de equipo de los centros médicos y, sobre todo, con la tarea de supervisar los servicios médicos cotidianos. Debe reconocerse que gran parte de la supervisión de los programas de *asistencia médica* tiene principalmente por misión controlar los costos y evitar que se *malgasten* los recursos financieros, pero la supervisión tiene también por objeto *garantizar una calidad adecuada de la asistencia médica*. Esa supervisión es probablemente más eficaz con el funcionamiento de rutina del sistema directo de asistencia médica que predomina en América Latina.

En México se ha prestado particular atención al examen de la actuación profesional de los médicos adscritos al programa IMSS, sirviéndose para ello de un servicio de auditoría médica⁽⁶⁰⁾. Periódicamente se examinan algunas de las fichas de pacientes de los doctores para estudiar la idoneidad de los procedimientos

aplicados para determinar el diagnóstico, el tratamiento señalado, los exámenes y tratamiento complementarios, etc., en relación con ciertas normas. A los profesionales cuyo trabajo se ha juzgado deficiente se les avisa que tienen que mejorar. En los programas de seguridad social de Colombia, Ecuador, Venezuela y otros países se lleva a cabo una vigilancia profesional análoga, aunque menos formal. En México y en algunos países la calidad se protege también determinando el número máximo de pacientes que puede recibir por hora cada médico en los centros de asistencia ambulatoria.

Un quinto problema al que se está prestando creciente atención en los últimos años es el de la relación de los programas de seguridad social con la *formación de personal médico*, tanto universitaria como postuniversitaria. Durante muchos años los hospitales de la seguridad social y otros centros sanitarios no tenían relación alguna con las facultades de medicina. Se estimaba, en efecto, que la enseñanza de los estudiantes de medicina debía llevarse a cabo en hospitales para pobres, pero no en los centros que atienden a los trabajadores asegurados o a sus familiares a cargo. Sin embargo, la formación postuniversitaria de los médicos internos en diversas especialidades se ha aceptado hace ya tiempo en los hospitales de la seguridad social, por tratarse de doctores jóvenes ya calificados. Por otra parte, a menudo se financiaban con fondos de la seguridad social los estudios en el extranjero de médicos y cirujanos especialistas ya empleados.

No obstante, en los últimos años, en particular con el aumento del número de matriculados en las escuelas de medicina de la mayor parte de los países latinoamericanos, las escuelas se han visto en la necesidad de extender sus asociaciones con hospitales a efectos de formación. Lógicamente las universidades han recurrido a los hospitales de la seguridad social y muchos de esos hospitales se utilizan ahora para dar formación a los estudiantes de medicina. Además, conforme se ha ido extendiendo la especialización en medicina en América Latina y con ello la demanda tanto más períodos de interno como de una formación continua posterior, los hospitales de la seguridad social han participado cada vez más en esos programas de formación.

Como ocurre en todos los países, en América Latina estas relaciones entre las escuelas de medicina y los hospitales de la seguridad social no están exentas de dificultades. Los objetivos de la enseñanza y de la asistencia económica del paciente no siempre son compatibles. El profesor de medicina, por razones pedagógicas, puede mandar hacer más pruebas para determinar el diagnóstico y mantener al paciente hospitalizado más tiempo del necesario desde el punto de vista de una buena asistencia médica. En cambio, el hecho de impartir la enseñanza médica en un hospital de la seguridad social, como de cualquier otro tipo, tiene un efecto estimulante sobre la calidad del servicio. La cooperación de los hospi-

tales de la seguridad social en la formación médica y paramédica contribuye, por lo demás, a la capacitación de un personal urgentemente necesario para atender a los programas de la seguridad social.

En varios países se han establecido comités mixtos constituidos por representantes de las instituciones de seguridad social, de las escuelas de medicina, así como de los ministerios de salud para resolver las dificultades que surgen entre los dos primeros organismos mencionados. En México se ha concluido uno de los acuerdos más fructíferos de ese tipo estableciéndose unas relaciones de cooperación tan fuertes que 50 por ciento de los estudiantes de medicina del país reciben instrucción en centros del IMSS y 80 por ciento de la formación postuniversitaria también se realiza en esas instituciones⁽⁶¹⁾. Análogamente, se han concertado acuerdos de cooperación, aunque menos ambiciosos, para la formación de médicos, enfermeras, técnicos y otro personal en Brasil, Costa Rica, Perú y algunos otros países latinoamericanos. En muchos países a menudo se facilitan las buenas relaciones por el hecho de que los principales médicos de los programas de seguridad social también enseñan a tiempo parcial en las facultades de medicina. Como compensación por las facilidades y servicios de formación que proporcionan, los organismos de seguridad social esperan de las escuelas de medicina que presten más atención a la instrucción de los estudiantes en los aspectos sociales y comunitarios de la medicina.

Se han celebrado varias conferencias internacionales para promover las relaciones mutuamente benéficas de los organismos de seguridad social, ministerios de salud y universidades, algunas de las cuales ya se han mencionado más arriba. En abril de 1971 se celebró en México un seminario muy útil consagrado específicamente al estudio de la Formación del Personal de Salud para las instituciones de seguridad social, patrocinado conjuntamente por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CISS), la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM) y la Organización de los Estados Americanos (OEA) ⁽⁶²⁾. Todas estas actividades de formación, destinadas al estudiante médico o paramédico, al médico interno y más tarde al profesional de la medicina, contribuyen obviamente a mejorar la calidad de la asistencia médica tanto de los programas de seguridad social como de los demás programas en los países latinoamericanos.

Por último el tema de la planificación nacional de la salud reviste actualmente una importancia primordial en los países latinoamericanos y tiene inevitablemente ciertas repercusiones en los programas de seguridad social. (Existe, por supuesto, la cuestión más amplia de la planificación general socioeconómica en una nación, con la cual está relacionada la seguridad social en su conjunto pero este estudio se ocupa sólo del sector de la salud). En la mayor parte de los países el

Ministerio de Salud Pública es el principal responsable de la planificación general del personal, instalaciones y servicios médicos, sea por conducto de una sección del ministerio o de una unidad de salud dependiente de un "organismo nacional de planificación", que se adscribe a veces a la oficina del presidente. Debe señalarse que, desafortunadamente, debido a su gran autonomía, los organismos de seguridad social quedan a veces al margen de estas actividades de planificación.

Pese a todo ello, como ya se ha indicado anteriormente, cada vez se presta más atención a la coordinación de los organismos de seguridad social con los ministerios de salud en sus actividades de planificación. Además, las inversiones de los organismos de seguridad social en servicios de salud, tanto en bienes de capital como en gastos de funcionamiento, podrían quizás considerarse como una forma de planificación, aunque sólo sea aplicable a una parte de la población. Los fondos destinados por los órganos de seguridad social a la asistencia médica, se gastan, sin duda, de forma más racional y sistemática de lo que se gastaría con un sistema de medicina estrictamente privada, donde no existiera programa alguno de seguridad social.

La planificación global de los servicios de salud organizada por regiones para atender a toda la población nacional, se lleva a cabo en Cuba y Chile. Una cuestión capital es la de saber si se logrará una planificación global comparable de la asistencia médica en Costa Rica, Venezuela y otros países latinoamericanos, en los que una pluralidad de organismos administran servicios de salud: institutos de seguridad social, Ministerios de Salud Pública, universidades y otros. Según un observador competente de la Organización Panamericana de la Salud, hasta el presente, en casi todos los países de América Latina, la planificación coordinada de los servicios de salud pública se ha concentrado principalmente en el plano nacional en las inversiones de capital y en algunos programas concretos, como el del control de las enfermedades contagiosas⁽⁶⁴⁾. Todavía está lejos de conseguirse una planificación y coordinación auténtica de los servicios de salud en los planos regional y local.

Evaluación y comentarios

Como conclusión de este estudio sobre la evolución de los servicios médicos en el marco de la seguridad social en América Latina, cabe formular las siguientes observaciones generales sobre las realizaciones y las deficiencias:

1) En primer lugar, es evidente que, gracias al desarrollo de la seguridad social, muchos millones de trabajadores y de familiares a cargo reciben en América Latina una asistencia médica superior y de mejor calidad que la que recibían antes.

2) Debido a las inversiones relativamente importantes en programas de seguridad social, tanto en bienes de capital como en gastos de explotación y funcionamiento, los recursos totales destinados a la asistencia médica han aumentado considerablemente en casi todos los países latinoamericanos. Es más, parece que en aquellos países donde los programas de seguridad social son más importantes el incremento de los recursos destinados a estos servicios ha sido mayor.

3) En la prestación de los servicios de asistencia médica prevalece el "sistema directo", suministrándose la mayor parte de estos servicios en hospitales y centros de salud, dotados de personal de salud a sueldo y bajo el control administrativo de los organismos de seguridad social. Con este sistema se consigue probablemente una mayor economía y una mejor calidad que con el sistema indirecto, aun cuando este aspecto fundamental requiere una investigación empírica más profunda.

4) Los niveles generales de asistencia médica en América Latina se han elevado debido a las normas relativamente altas que se aplican en lo que respecta a los recursos y servicios de salud de los programas de seguridad social. "El "complejo de inferioridad profesional", como ha sido descrita a veces la situación en los países en vías de desarrollo se ha superado en gran parte al demostrarse que pueden alcanzarse niveles altos a condición de contar con los suficientes recursos financieros y con una dirección eficiente y abnegada.

5) Los programas de seguridad social han creado nuevas oportunidades de empleo para graduados de escuelas de medicina y otros centros de capacitación en materia de salud, y han reforzado así diversos programas destinados a la formación de personal médico y paramédico.

6) Los programas de seguridad social que proporcionan asistencia médica tienden, en general, al aumento tanto del número de personas protegidas como de las prestaciones. No obstante, la extensión de la protección a la población agrícola ha sido relativamente lenta, salvo en algunos pocos países. En materia de prestaciones médicas se ha ido dando cada día más importancia a la promoción de la prevención, a la calidad y a la economía.

7) La mayor parte de los países latinoamericanos prestan atención prioritaria a la coordinación de los diferentes programas de asistencia médica, tanto en el marco de instituciones de seguridad social como entre estas y los organismos de salud pública. La integración más completa, es decir, la unificación casi total, se ha logrado en Cuba y Chile, pero en casi todos los demás países latinoamericanos se están explorando diversas formas de coordinación o de integración de

ciertas fases de los servicios de salud. La planificación nacional de la salud favorece estos esfuerzos de integración.

8) Debido a los diligentes esfuerzos de los diferentes países y al enorme potencial político de la protección de la seguridad social, las disposiciones relativas a la organización de la asistencia médica se están acercando cada vez más a las normas definidas por la Organización Internacional del Trabajo, sobre todo en la recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69). La OIT ha desempeñado un papel importante en esta evolución positiva, principalmente por la acción orientadora y estimulante de sus normas internacionales así como mediante comisiones de cooperaciones técnicas.

Aun cuando el cuadro de realizaciones generalmente favorable, hay que señalar también ciertos problemas y deficiencias de los sistemas de asistencia médica latinoamericanos en el marco de la seguridad social.

9) Junto a los aspectos positivos anteriormente descritos, deben reconocerse otros aspectos negativos y puntos débiles en lo que respecta a la población protegida (particularmente en las zonas rurales) y a las prestaciones, elevación de los costos (en parte debidos al abuso tanto de ciertos pacientes como de algunos médicos), deficiencias en el mantenimiento de la calidad, etc. Con respecto al número de personas protegidas, por ejemplo, en noviembre de 1967 el Grupo de Estudio sobre Seguridad Social y Planificación Nacional, convocado en México por la Organización de los Estados Americanos y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, señaló que en los países de América Latina menos de un sexto de la población económicamente activa está protegida⁽⁶⁵⁾.

10) El mantenimiento de la distinción según la clase social en lo que respecta al derecho a prestaciones y a los métodos de asistencia médica para diferentes grupos de población en varios países debe señalarse como un aspecto negativo que contradice la aspiración a alcanzar la plena justicia social que se persigue con la seguridad social. La existencia simultánea en un país de un sistema directo y otro indirecto para la prestación de servicios médicos, por lo general destinados a los trabajadores manuales y a los empleados, respectivamente, tiende a reforzar estas distinciones clasistas y a sembrar la simiente de futuras dificultades para la consecución general de una calidad óptima y económica de los servicios de salud.

11) La evaluación de las realizaciones de los programas de seguridad social, en términos de mejoramiento del estado de salud (reducción de las tasas de mortalidad y de morbilidad) de las poblaciones protegidas, no se ha podido, desafortunadamente, efectuar en forma adecuada. Los datos para esa evaluación no se han

recopilado e incluso los datos sobre tasas de utilización de los servicios de médicos, hospitalización, medicinas, etcétera, son relativamente escasos. Sería preciso introducir sistemas uniformes de registro, con definiciones claras de los servicios suministrados y estimaciones razonables de los denominadores de la población local, para poder establecer tasas de utilización fidedignas internacionalmente comparables. Para poder reunir datos sobre los resultados positivos para la salud, de los programas de seguridad social, será necesario contar con informes y registros de datos de acontecimientos vitales más completos.

12) Los progresos efectivos logrados en materia de coordinación de los institutos de seguridad social y de los organismos de salud pública hay que reconocer, que se deben principalmente a la iniciativa de estos últimos organismos. En la mayor parte de los países latinoamericanos los ministerios de salud pública cuentan con menos recursos financieros que las cajas de seguridad social. Cabe esperar que en el futuro estos dos tipos principales de organización pondrán el mismo empeño en tomar medidas para coordinar los servicios de salud sobre todo en el plano regional.

Aparte de estas doce observaciones un tanto simplificadas sobre los logros y deficiencias de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social latinoamericanos, es preciso hacer algunos comentarios sobre la trascendental cuestión de la equidad social.

Debido a sus recursos económicos relativamente superiores, los programas de seguridad social de América Latina han podido proporcionar a sus beneficiarios más servicios médicos y también de mejor calidad, por lo general, que los servicios que pueden obtener las personas no amparadas por el seguro. Bravo y Ruderman han señalado, por ejemplo, y ello refleja lo que acabamos de decir, que en 1964 en diez países latinoamericanos en los que existen hospitales de la seguridad social y del ministerio de salud, el gasto diario por pacientes de la asistencia solía ser en los primeros dos o más veces superior al de los últimos; por otra parte, el número de camas de hospital por mil habitantes era también substancialmente superior en el régimen de seguridad social que en el de los ministerios de salud⁽⁶⁶⁾.

Es fácil probar que desequilibrios análogos existen en la India, Irán y otros países en vías de desarrollo en que se ha organizado un programa de seguridad social para la pequeña fracción de los trabajadores industriales⁽⁷⁰⁾.

En todo caso los programas de seguridad social han ampliado los recursos generales destinados a la asistencia médica en todos los países latinoamericanos. A corto plazo la asignación de estos recursos favorece a ciertos grupos de población, pero qué habría sucedido de no haberse iniciado el programa de seguridad

social El Comité Mixto de Expertos OIT/OMS en Asistencia Médica Individual y Seguridad Social hace los siguientes comentarios⁽⁷¹⁾:

Al no existir programas de seguridad social, los trabajadores de la industria y otras categorías de asegurados, deberían obtener la asistencia médica que necesitan dirigiéndose bien sea a establecimientos públicos, generalmente sobrecargados de trabajo y con personal insuficiente, o a médicos y hospitales de índole puramente privada. Por consiguiente, la introducción de un programa de seguridad social no debe tener como consecuencia, y por lo menos nada permite afirmar que la tenga, una *reducción* de las sumas que reciben las autoridades de salud pública. Por el contrario, tiende más bien a dirigir hacia un programa social de asistencia médica sumas que de otro modo serían empleadas para fines puramente privados (o tal vez para fines públicos de interés general). En otras palabras, los gastos de la seguridad social destinados a la asistencia médica personal no sólo no sustituyen los gastos de la salud pública, sino que se agregan a éstos. Su verdadero efecto es la ampliación de los recursos nacionales para la asistencia médica.

Aún si se llegara a considerar que las cajas de seguridad social compiten con los ministerios de salud, esta competencia resultaría incluso beneficiosa, aunque sólo sea para dar más fuerza al argumento de los ministerios de salud pública que solicitan un aumento de los créditos con cargo al presupuesto general para dedicarlos a fines de salud, con objeto de lograr una mayor equidad, especialmente entre las poblaciones rurales y urbanas. En este proceso se debe contar, por supuesto, con muchos factores políticos y económicos.

Sean cuales sean los efectos a corto plazo, no cabe duda de que a largo plazo los programas de seguridad social promueven en un país mayores prestaciones sociales a favor de toda la población. Ya se ha señalado la expansión tanto del número de personas amparadas como de las prestaciones de asistencia médica en América Latina durante los últimos 50 años. En algunos países la seguridad social protege ahora a casi 100 por ciento de la población o, en lo que respecta a ciertos servicios médicos, ha alcanzado ya este nivel. ¿Puede haber alguna duda de que esta tendencia continuará?

Las actividades de coordinación de los servicios de salud y también de planificación nacional de la salud que se están llevando actualmente a cabo en muchos países latinoamericanos son más fundamentales que los simples intentos de mejorar la organización. Estos esfuerzos de coordinación constituyen fundamentalmente una respuesta a la intensificación de las presiones en todo el mundo para reconocer que la asistencia médica constituye un derecho humano funda-

mental de todos y para que los Estados tomen medidas prácticas a fin de alcanzar este objetivo. Esta es probablemente la orientación que seguirán en el futuro, los programas de seguridad social en América Latina.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) OIT: Código Internacional del Trabajo, 1955, Vol. II: anexos (Ginebra, 1957), págs. 846-865.
- (2) Primer Informe de la Organización Internacional del Trabajo a las Naciones Unidas, Vol. 1: Informe (OIT, Ginebra, 1947).
- (3) Informe III, Parte 1, Seguridad social (OIT, Ginebra, 1966).
- (4) Paul Fisher, Desarrollos y tendencias de la seguridad social 1967-1969, Ginebra, Asociación Internacional de la Seguridad Social, XVII Asamblea General (Colonia, septiembre de 1970), 1971.
- (5) Carl H. Farman, Social Security in Central America Social Security Bulletin, noviembre de 1957, págs. 11-18.
- (6) Guy Perrin, Reflexiones sobre cincuenta años de seguridad social, Revista Internacional del Trabajo No. 3, 1969.
- (7) U. S. Social Security Administration, Social Security Program Throughout the World 1971, Washington: U.S. Government Printing Office, 1972.
- (8) Milton I. Roemer, Organización de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, Estudios y Documentos, Nueva Serie, núm. 73, 1969.
- (9) Milton I. Roemer, Workmen's Compensation and National Health Insurance Programs Abroad, American Journal of Public Health, 55:209-214, febrero de 1965.
- (10) M. V. Bastos, Brasil's Multiple Social Insurance Programs and their Influence on Medical Care, International Journal of Health Services, 1:378-389, noviembre de 1971.
- (11) Benjamín Viel, La Medicina socializada y su aplicación en Bran Bretaña, Unión Soviética y Chile, Santiago: Universidad de Chile, 1964, págs. 163-165.
- (12) Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Los seguros sociales en Argentina, Madrid, 1965, págs. 5-7.
- (13) Secretaría de Estado de Salud Pública, Problemas de financiamiento del sector salud, Revista de Seguridad Social (Buenos Aires), junio 1969, págs. 461-478.

- (14) Milton I. Roemer, *Medical Care in Latin America*, Washington: Pan American Union, Studies and Monographs III, Second Printing, 1964, págs. 193-196.
- (15) M. V. Bastos, *op. cit.*
- (16) Juan Carlos Fernández Madrid, Organización Médica para los trabajadores, *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, mayo-junio 1970, págs. 614-619.
- (17) Carlos Andrade Marín, *Monograph on the Organization of Medical Care Within the Framework of Social Security in Ecuador*, Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 1968.
- (18) M. I. Roemer, *Medical Care in Latin America, op. cit.* (1964), pág. 25.
- (19) Unión Panamericana, Perú, en *Síntesis de la Seguridad Social Americana*, 1961.
- (20) *Ibid.*, México.
- (21) A. L. Bravo, Presente y futuro del Servicio Nacional de Salud, *Revista de Medicina* (Santiago de Chile), enero-junio 1964, págs. 3-38.
- (22) Unión Panamericana, Colombia, en *Síntesis de la Seguridad Social Americana*, 1961.
- (23) Bolivia (Crónicas e Informes), *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, marzo-abril 1971, págs. 467-471.
- (24) Carl H. Farman, *op. cit.*
- (25) Organización Iberoamericana de Seguridad Social, *Los seguros sociales en Honduras*, Madrid, 1963.
- (26) Oficina Internacional del Trabajo, *Memorándum Técnico al Gobierno de Nicaragua sobre la organización médica del Instituto Nicaraguense de Seguridad Social*, Ginebra: OIT, 1971.
- (27) Organización Iberoamericana de Seguridad Social, *La seguridad social en la República Dominicana*, Madrid, 1971.
- (28) A. L. Bravo, *Servicio Nacional de Salud — Doctrina y política*, Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 1961.
- (29) T. L. Hall and S. Díaz P., *Social Security and Health Care in Chile*, *International Journal of Health Services*, 1: 362:377, noviembre 1971.
- (30) Lee Lockwood, *Castro's Cuba and Cuba's Fidel*, New York, MacMillan, 1967.
- (31) Instituto Mexicano del Seguro Social, *La Seguridad Social en México: Programa Nacional de Construcción de Unidades Médicas, Sociales y Administrativas 1958-1964*, México: IMSS, 1964.

- (32) Carl H. Farman, *op. cit.*
- (33) Beryl Frank, Social Security in Latin America Today Ist Relation to Economic Development, Americas, mayo de 1961, págs. 31-34.
- (34) Organization of American States, Eleventh Inter-American Conference, Social Security and Economic Development (Chapter III, Topic 28 of the Agenda) Quito, Ecuador, 20 junio 1960, Doc. 29, pág. 6.
- (35) Milton I. Roemer, La atención médica en América Latina, Washington: Unión Panamericana, Estudios y Monografías XV, 1964.
- (36) Pan American Health Organization, Administration of Medical Care Services: New Elements for the Formulation of Continental Policy, Washington: PAHO, Scientific Publication No. 129, junio 1966.
- (37) Pan American Health Organization, Progress Achieved in the Coordination between the Services and Programs of Ministries of Health, Social Security Institutes, and Other Institutions that Conduct Activities Related to Health (Provisional Agenda Item 24), Port-of-Spain (Trinidad and Tobago), octubre de 1967.
- (38) Pan American Health Organization, Progress Achieved... Activities Related to Health, Provisional Agenda Item 16), Washington, julio-agosto de 1968.
- (39) Asociación Internacional de la Seguridad Social, La contribución de los regímenes de Seguridad Social a los programas de salud pública (Declaración de Oaxtepec), México, enero 1969.
- (40) Pan American Health Organization, Coordination of Medical Care (Final Report and Working Documents of a Study Group, Washington D. C., 4-8 de agosto de 1969), Washington: PAHO, 1970.
- (41) Organización Mundial de la Salud, Reunión sobre Coordinación de los Servicios de Atención Médica, Guatemala, 21-23 de abril de 1971.
- (42) Organización Mundial de la Salud, Asistencia médica individual y seguridad social, Informe de un Comité Mixto de Expertos OIT/OMS, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, núm. 480, 1971.
- (43) Oficina Internacional del Trabajo, La seguridad social en las Américas, México y Ginebra, 1967, págs. 66-70.
- (44) M. V. Bastos, *op. cit.*
- (45) T. L. Hall y S. Díaz P., *op. cit.*, págs. 376-377.
- (46) Ministerio de Bienestar Social, Instituto Nacional de Obras Sociales, Ley núm. 18610 de Obras Sociales (Buenos Aires, Argentina), 1971.

- (47) Decreto sobre Servicio Nacional de Salud de Venezuela, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 72:365, abril de 1972.
- (48) Horacio Parra Escobar, Los programas de coordinación entre la seguridad social y los ministerios de salud pública: aplicación y resultados, Seguridad Social, núm. 56 (Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, tomo 1, Sección Medicosocial), México, marzo-abril de 1969, págs. 307-328.
- (49) Extraído en gran parte de: Administración de la Seguridad Social de Estados Unidos, Social Security Programs Throughout the World, 1971, Washington, Research Report núm. 40, 1972.
- (50) A. L. Bravo, La medicina de la seguridad social y los programas nacionales de salud, Seguridad Social, núm. 56 (Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, marzo-abril de 1969, México, 1969.
- (51) Oficina Internacional del Trabajo, La Seguridad social en las Américas, México, 1967, págs. 54-71.
- (52) *Ibid.*, págs. 63-66.
- (53) Horacio Parra Escobar, *op. cit.*
- (54) El Salvador: planificación familiar, Seguridad Social, núm. 65, México septiembre-octubre de 1970, págs. 185-190.
- (55) Oficina Internacional del Trabajo, La seguridad social en las Américas, *op. cit.*, págs. 134-143.
- (56) Oficina Sanitaria Panamericana. Atención médica en las áreas rurales. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, enero de 1968.
- (57) Administración de la Seguridad Social de Estados Unidos, Social Security for Rural Workers in Brazil, en Social Security Bulletin, junio de 1970, págs. 18-20.
- (58) M. V. Bastos *op. cit.*, pág. 386.
- (59) F. Rojas Ochoa, La red hospitalaria del Ministerio de Salud Pública en el período 1958-1969, Revista Cubana de Medicina, 10: 3-42, enero-febrero de 1971.
- (60) Instituto Mexicano del Seguro Social, La auditoría médica (segunda edición), México, IMSS, 1964.
- (61) Gastón Novelo, Joint In-Service Training of Personal, en Coordination of Medical Care (Grupo de estudios sobre coordinación de los servicios de asistencia médica de los ministerios de salud pública, institutos de seguridad social y universidades), Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1970, págs. 63-67.

- (62) CISS— FEPAFEM — OEA, Seminario sobre formación de personal de salud para las instituciones de seguridad social: informe final y conclusiones, México, D. F., 1971.
- (63) Organización Panamericana de la Salud, Planes nacionales de salud y mejoramiento de organización y administración de los servicios de salud, Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Buenos Aires, Argentina, 14-18 de octubre de 1968: Informe final — págs. 77-83 (capítulo 8), REMSA/19, rev. 2.
- (64) A. L. Bravo, La medicina de la seguridad social y los programas nacionales de salud, en Seguridad Social, núm. 56 (Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, México, D. F., marzo-abril de 1969.
- (65) Organización de los Estados Americanos, Study Group on Social Security and National Planning Summary and Conclusiones, México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, noviembre de 1967.
- (66) A. L. Bravo y A. P. Ruderman, Costs and Utilization of Ministry and Social Security Medical Care Facilities in latin America, Washington: Organización Panamericana de la salud, informe no publicado, 1966.
- (67) Milton I. Roemer, Social Security for Medical Care: Is it Justified in Developing Countries?, en International Journal of Health Services, 1: 354-361, noviembre de 1971.
- (68) Comité Mixto de Expertos QIT/OMS en Asistencia médica individual y seguridad social, *op. cit.*, págs. 57-58.

APORTACIONES DE LAS DELEGACIONES

1.—PANAMA.

“EVOLUCION Y APLICACION DE LAS NORMAS INTERNACIONALES DE LA O.I.T. EN LA REGION AMERICANA PARA LA PROMOCION Y EL CUIDADO DE LA SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL.— LA EXPERIENCIA EN RELACION CON LA REPUBLICA DE PANAMA”.—

(Primera Parte).

Dr. Guillermo Amaya Barrios.

2.—MEXICO.

“LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS A LOS CAMPESINOS DE LA ZONA HENEQUENERA DE YUCATAN”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Luis Castelazo Ayala.

3.—PANAMA.

ESTUDIO SOBRE LA PROVINCIA DEL DARIEN Y ESTRATEGIA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD”.

“CARACTERISTICAS GENERALES DE LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO Y PROGRAMA OPERACIONAL DE LA POLICLINICA HOSPITAL DEL CHANGUINOLA (Zona Bananera)”.

Lic. Virginia Escala G.

4.—MEXICO.

“EL DEPARTAMENTO DE COORDINACION NACIONAL E INTERNACIONAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO”.

Dr. Manuel Gómez Noguera.

5.—PANAMA.

“EVOLUCION Y APLICACION DE LAS NORMAS INTERNACIONALES DE LA O.I.T. EN LA REGION AMERICANA PARA LA PROMOCION Y EL CUIDADO DE LA SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL.— LA EXPERIENCIA EN RELACION CON LA REPUBLICA DE PANAMA. (Segunda Parte: Convenios Bilaterales)”.

Lic. Rogelio E. Anguizola.



INFORME FINAL

El III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, después de haber conocido la ponencia relativa a "LA EVOLUCION DE LAS NORMAS INTERNACIONALES DE LA OIT Y LA DE LOS SISTEMAS PARA LA PROTECCION DE LA SALUD POR LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AMERICAS", presentada por la Oficina Internacional del Trabajo, tomando en cuenta las aportaciones en dicho Tema, y las consideraciones formuladas por la Mesa Directiva y el Grupo de Trabajo, llegó a las siguientes conclusiones:

- 1o. Que la Ponencia de la O.I.T. es uno de los documentos más valiosos que se han producido en la historia de la Seguridad Social, el cual servirá de guía, de inspiración y de consulta a los dirigentes de los Seguros Sociales del Continente.
- 2o. Que la Ponencia constituye una relación histórica de la evolución de las Normas Jurídicas Internacionales del Trabajo, y de su influencia en la Doctrina y en la Legislación de la Seguridad Social del Hemisferio.
- 3o. Igualmente, que el Documento expone, en forma fidedigna, la transformación de los conceptos en materia de Asistencia Médica de la Seguridad Social, demostrando las ventajas del Sistema Directo de Atención.
- 4o. Se considera que el grado de extensión de la cobertura de los sistemas de Seguridad Social, es aún insatisfactorio en la gran mayoría de los países del Area Americana, particularmente en el sector agrícola y que existen procedimientos para impulsar dicha cobertura de acuerdo con cada realidad nacional, con la finalidad de superar este estado de atraso.
- 5o. Es impostergable buscar soluciones adecuadas a problemas que se refieren, como lo expresa la ponencia: al aumento de costos; a la mayor preocupación por la prevención, a la protección de los trabajadores rurales; al control de la calidad de los servicios; a la formación de recursos humanos y a la planificación nacional de la salud.
- 6o. Se reconoce la validez e importancia de las ideas contenidas en las doce consideraciones que integran el acápite "Evaluación y Comentarios Finales" del Documento, por lo que se permite acogerlos en to-

das sus partes, y darlos por reproducidos en este Informe, haciendo énfasis muy especialmente, en los puntos séptimo y décimo primero.

- 7o. Se considera que es saludable la tendencia que se notó en las aportaciones de los Delegados, en el sentido de que los países no solamente han ratificado un mayor número de Convenios y acogido las Recomendaciones de la O.I.T.; sino que han evaluado las influencias producidas por dichos instrumentos. En efecto, en las aportaciones de los Delegados se dejó prueba de los esfuerzos que se han realizado en algunos países por extender el campo de aplicación de la Seguridad Social a sectores agrícolas marginados, así como a nuevos grupos de trabajadores.
- 8o. Por último, se destaca que se han suscrito acuerdos bilaterales entre Instituciones de Seguridad Social en el área centroamericana, para dar prestaciones médicas a los asegurados en tránsito entre los países, lo que demuestra los efectos positivos de los Convenios 102 y 118 de la O.I.T., en esta materia.

La elaboración del presente Informe estuvo a cargo del

Grupo de Trabajo No. 2

Mesa Directiva:

Presidente: Sr. Rolando González Bustos (OIT).
Vicepresidente: Dr. Carlos Boettner (Paraguay).
Secretario Técnico: Dr. Guillermo Amaya Barrios (Panamá).

Integrantes:

Dr. Fioravanti Alonso Di Piero (Brasil).
Dr. Rogelio E. Anguizola (Panamá).
Dr. Luis Castelazo Ayala (México).
Dr. Wilson Chacón Forero (Colombia).
Dr. Ernesto Díaz del Castillo (México).
Dr. Víctor Espinosa de los Reyes (México).
Sr. Beryl Frank (OEA).
Dr. Manuel Gómez Noguera (México).
Dr. Juan Rodríguez Argüelles (México).
Lic. Secundino Sánchez (Panamá).