

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIII

EPOCA III

Num. 89

CUARTO CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

TOMO I

SEPTIEMBRE—OCTUBRE

1974

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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



ASUNCION - PARAGUAY

**IV CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
CISS - AISS**

Auspiciado y Organizado por:

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

22 al 30 de Septiembre de 1974

	Página
SUBURBANO Y RURAL.	
Documento preparado por la Organización Panamericana de la Salud	119
ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO, SUBURBANO Y RURAL.	
Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médico Social.	147
ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO, SUBURBANO Y RURAL.	
Documento preparado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social	215
SEGUNDA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SOBRE EL TEMA	291
INFORME FINAL DE LA SEGUNDA SECCION	295
TERCERA SESION PLENARIA	299
PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA Y SEGURIDAD SOCIAL. (ANTECEDENTES, ACTIVIDADES Y PROYECCIONES).	
Documento preparado por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina	301
LA INTEGRACION DE LA ENSEÑANZA Y LA INVESTIGACION EN EL PROCESO DE PLANIFICACION Y EVALUACION DE LA ATENCION MEDICA.	
Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médico Social	317
EL ADIESTRAMIENTO EN EL CAMPO DE LA ATENCION MEDICA EN EL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.	
Documento preparado por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social	— 359

	Página
TERCERA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SOBRE EL TEMA	387
INFORME FINAL DE LA TERCERA SECCION	389
CUARTA SESION PLENARIA	391
LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO FACTOR DE PROTECCION MATERNO INFANTIL EN LOS REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL.	
Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médico Social	393
PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.	
Documento preparado por la Organización Internacional del Trabajo	415
PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.	
Documento preparado por The Population Council Western Hemisphere	443
CUARTA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SOBRE EL TEMA	455
INFORME FINAL DE LA CUARTA SECCION	457

SEGUNDA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Alberto J. Simón.
Jefe del Departamento Médico del
Instituto de Previsión Social.
Paraguay

Presidentes Alternos:

Dr. Carlos Martí Bufill,
Secretario General de la
Organización Iberoamericana
de Seguridad Social.

Dr. Mario Reni Roldán.
Director General del Instituto
Salvadoreño de Seguridad Social.

Dr. Manuel Gómez Noguera.
Jefe de los Servicios Técnico
Normativos del Instituto de Se-
guridad y Servicios Sociales de
los Trabajadores del Estado.
México.

Secretario Técnico:

Dr. César Delmás.
Instituto de Previsión Social
Paraguay.

TEMA:

“ESQUEMAS DE ORGANIZACION PA-
RA OTORGAR PRESTACIONES MEDI-
CAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO,
SUBURBANO Y RURAL”.

ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO, SUBURBANO, Y RURAL”*

Dr. Gastón Novelo **
Dr. José Manuel Sáinz Janini***
Dr. César Lechuga****
Dr. Rafael Sánchez Zamora*****

I. Introducción

En los últimos treinta años la extensión de la Seguridad Social en Latinoamérica ha logrado un avance extraordinario, como resultado de la aspiración de las naciones en vías de desarrollo, en favor de la justicia social, del impulso para su progreso económico y del bienestar de la población. Las instituciones latinoamericanas han tenido que adaptar los esquemas de organización tradicionales a sus características propias, dado que la extensión y el progreso de la seguridad social han tenido que enfrentarse a muchos factores adversos, entre los que destacan por su trascendencia: el incremento demográfico, los grandes desniveles en la distribución del ingreso, el subempleo y el desempleo, la insuficiente industrialización, el precario desarrollo rural, la desnutrición, los bajos niveles educativos, la carencia de tecnología propia, los reducidos servicios para la salud de las personas, las inadecuadas condiciones de la infraestructura sanitaria y la presencia de marcos culturales que propician la permanencia de patrones de conducta y actitudes fuertemente arraigados en componentes tradicionales del pasado que impiden la integración sociocultural de sus habitantes.

En sus inicios la seguridad social latinoamericana adoptó los principios doctrinarios y de organización de los seguros sociales centroeuropeos,

- * Documento preparado por el CPISS-CRAMS.
- ** Secretario General del CPISS.
- *** Jefe de los Servicios Médicos del Valle de México, IMSS.
- **** Jefe de los Servicios Médicos de Campo y Solidaridad Social, IMSS.
- ***** Consultor en Asuntos Médico Sociales, AISS - CPISS.

surgidos como modelos ante necesidades de protección a grupos humanos con características propias muy diferentes en sus estructuras sociales y en su desarrollo económico a la de los grupos latinoamericanos. Lo anterior obedeció a que la validez de los principios de los seguros sociales es universal, por indicar una respuesta a las necesidades humanas de protección en todos los estratos sociales, en todos los grupos humanos, independientemente de factores raciales, ideológicos, políticos o económicos; sin embargo, son las características del desarrollo social y económico de cada país las que permiten y regulan la extensión y el grado de protección de los seguros sociales a la población. Es por eso que, actualmente, se manifiesta la necesidad de revisión de los sistemas tradicionales y la adopción urgente de medidas que busquen adecuar los que se propongan a las necesidades reales de los países y promover modificaciones necesarias en la mentalidad de las personas, que favorezcan actitudes de cambio frente a los factores que han propiciado y mantenido situaciones de evidente injusticia social.

Los seguros sociales cumplen un papel preciso en la América Latina, y su participación en el cuidado de la salud alcanza niveles de eficiencia comparables a los existentes en países con potencialidad y estructura socioeconómicas muy superiores y más desarrolladas. Es alentador que la población amparada haya aumentado en muchos países a una proporción significativa de la población total, pero es lamentable que importantes grupos mayoritarios continúen dependiendo para la protección de sus riesgos sociales y para la atención de sus problemas de salud, de su propia capacidad económica o de aquellos esquemas tradicionales de solidaridad humana que con diversas modalidades de aplicación, mediante la beneficencia pública o privada, ofrecen algunos recursos, generalmente insuficientes para la atención de los problemas médico sociales.

La seguridad social latinoamericana debe impulsar vigorosamente el desarrollo de sus propias doctrinas, señalar sus objetivos en razón de sus problemas más ingentes y propiciar las reformas legislativas requeridas, que sirvan de apoyo para establecer fórmulas audaces y visionarias que convaliden y vitalicen los preceptos universales de protección social integral frente a los riesgos y sustenten un fomento realista de los niveles de salud y bienestar del hombre latinoamericano.

Solamente así será posible que las prestaciones de salud de la seguridad social se amplíen a grupos de población urgidos de esa protección, hasta ahora marginados porque su economía no les permite soportar la carga financiera que representan los sistemas tradicionales, para que en forma realista, de acuerdo con sus recursos y con las exigencias de sus necesidades, mediante la planificación y una eficiente administración, opere la solidaridad consciente de los otros sectores de la población dentro del marco de una justicia dinámica. El Comité Permanente Interamericano de Seguridad

Social, cuyo objetivo primordial es la promoción, fortalecimiento y desarrollo de la seguridad social en las Américas, y la Comisión Regional Americana Médico Social, órgano técnico de acción conjunta del Comité Permanente y de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, siempre han tenido la preocupación por coadyuvar en la extensión de las prestaciones médicas de la seguridad social a otros sectores de la población, considerando básica y primordial la inclusión del núcleo familiar. Por estas razones aceptaron con beneplácito la encomienda de preparar un documento sobre "Esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar, urbano, suburbano y rural", como aportación a este IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social y realizado con el auspicio y organización del Instituto de Previsión Social de Paraguay.

Para elaborar este trabajo, se tuvo como antecedente que en el III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social (Panamá, 1972), en el desarrollo del tema central "La Prestación Médica Integral de la Seguridad Social", se presentó como ponencia "La Asistencia Médica. Organización y Funcionamiento en Consulta Externa y Hospitalización", y en las aportaciones destacaron por su importancia las que trataron la significación del Sistema Médico Familiar como base de la organización y funcionamiento de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el informe final correspondiente " se consideró muy importante, para las actividades futuras de la Comisión Regional Americana Médico Social, investigar los programas de formación y los procedimientos de organización técnica y administrativa, que se toman en cuenta para que el médico general se constituya en elemento conductor fundamental para otorgar la prestación médica integral al núcleo familiar".

Para cumplir tal resolución, la Secretaría General del Comité Permanente y la Comisión Regional Americana Médico Social, realizaron una encuesta para obtener información actualizada sobre el papel que se le asigna al médico familiar en la planeación y organización de los servicios médicos de la seguridad social en la región americana, así como sobre los esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar en las áreas urbana, suburbana y rural. Con este propósito se enviaron cuestionarios relativos a los aspectos señalados, cuyas respuestas fundamentan los criterios sustentados y permiten presentar datos muy importantes sobre las prestaciones médicas de las instituciones de seguridad social en Latinoamérica. Asimismo, se han considerado los trabajos y el Informe Final de los Seminarios Médico Sociales convocados por la Comisión Regional Americana Médico Social, con motivo del Congreso Conmemorativo del XXX Aniversario de la Iniciación de los Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La ponencia hace referencia, en los países de la región americana, a las

características socioeconómicas, culturales y sanitarias de la población y a la influencia sobre los núcleos familiares, de su ubicación geográfica en el medio urbano, suburbano y rural; a la importancia de la seguridad social en la protección de la salud y a la situación actual de las prestaciones médicas; a los esquemas de organización para otorgar asistencia médica en las áreas urbanas y suburbanas, y a los nuevos esquemas para la extensión de las prestaciones de salud al núcleo familiar en las zonas rurales. En el último capítulo, se presentan los resultados de las encuestas CPISS-CRAMS en relación con el tema, en breves resúmenes nacionales de doce países latinoamericanos: Bolivia, Colombia, Brasil, Costa Rica, Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Perú y Venezuela.

TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION EN 1960-1969			
AFRICA	2.4 ‰	EUROPA	0.9 ‰
AMERICA DEL NORTE	1.4	OCEANIA	2.1
AMERICA LATINA	2.9	U R S S	1.3
ASIA	2.0	TODO EL MUNDO	1.9

NOTA: México está incluido en "América Latina" y la Unión Soviética separada de Europa y Asia.

FUENTE: Naciones Unidas. "Demographic Yearbook 1969".

AMERICA LATINA			
ALGUNOS INDICADORES DEMOGRAFICOS			
PAIS	T A S A S		
	NATALIDAD	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	CRECIMIENTO DE LA POBLACION
Argentina	21.6	67	1.6
Bolivia	22.6	51	1.4
Brasil	33.5	57	3.0
Canadá	23.5	—	—
Colombia	38.1	60	3.2
Costa Rica	46.8	65	3.5
Chile	30.6	61	2.5
Ecuador	46.9	54	3.4
El Salvador	47.0	52	3.6
U S A	21.0	—	—
Guatemala	44.4	49	3.1
Haití	—	47	2.0

PAIS	NATALIDAD	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	CRECIMIENTO DE LA POBLACION
Honduras	48.1	49	3.4
Jamaica	40.1	---	---
México	46.7	63	3.4
Nicaragua	41.9	69	3.4
Panamá	40.2	65	3.3
Paraguay	25.8	59	3.1
Perú	32.0	55	3.1
República Dominicana	33.6	52	3.6
Trinidad Tobago	35.7	---	---
Uruguay	23.8	71	1.3
Venezuela	42.3	66	3.5
Cuba	32.9	---	---

FUENTE: Progreso Socio Económico en América Latina.
Fondo Fiduciario de Progreso Social.
Banco Interamericano de Desarrollo.
Informe Anual 1968.

II. Características socioeconómicas y sanitarias de los países Latinoamericanos.

En el aspecto demográfico, la situación prevaleciente en la última década, se caracteriza por un crecimiento acelerado de población que ha aumentado a razón de un 2.9% anual, con lo que a los 283 millones de habitantes que había en 1970, se estima se agregarán otros 95 millones para el año de 1980. Este ritmo de crecimiento es superior al de cualquier otra región del mundo.

La estructura por edades revela el que el 42% de esta población es de menores de 15 años y que el grupo de edad de mayores de 65 años sólo alcanza el 4%. Las mujeres en edad fértil, de 15 a 44 años de edad, representan el 21%. Esta estructura de edades ha dado lugar a que la población económicamente activa alcance el 60% solamente en tres países, siendo inferior en el resto de ellos.

La creciente migración interna de las áreas rurales hacia las zonas urbanas origina una expansión desordenada de las ciudades, en cuyos alrededores proliferan grupos humanos marginados. A esto se agrega la gran dispersión de la población rural, que alcanza prácticamente el 50%; estimán-

dose en más de 125 millones las personas que aún viven en comunidades menores de 2 000 habitantes.

El ingreso nacional per cápita es bajo en la mayoría de los países de América Latina, ya que fluctúa entre 100 y 700 dólares; siendo, en todos ellos, muy desigual la distribución del ingreso. A esto se agrega la necesidad de crear cerca de tres millones de empleos anuales en una región escasamente industrializada y el bajo rendimiento agrícola en un área en la que la mitad de la población es campesina.

El desarrollo económico no ha correspondido a la expansión demográfica, lo que ha dificultado que grandes núcleos de población dispongan de los medios necesarios para cubrir sus requerimientos de alimento, vivienda, vestido, trabajo, educación y cuidado de la salud.

La producción de alimentos ha sido insuficiente, con gran escasez de nutrientes básicos, especialmente de proteínas animales; lo cual unido al bajo poder adquisitivo y al desconocimiento del valor nutritivo de los diferentes alimentos, por parte de grandes sectores de población, ha traído como consecuencia un bajo nivel en la nutrición de la misma.

La insuficiencia y las malas condiciones de las viviendas es otro problema grave, ya que además del déficit, originado por el crecimiento demográfico se calcula que aproximadamente el 70% de ellas no reúne el mínimo de lo que puede considerarse una habitación digna.

En el aspecto de educación, no obstante la magnitud de los recursos asignados, el aumento en el número de maestros y de edificios escolares construidos y el total de la población atendida por los sistemas educativos, los resultados no han llegado a ser significativos, manteniéndose altos porcentajes de analfabetismo y de baja escolaridad.

Otra consecuencia del desarrollo deficiente de la región latinoamericana son los problemas que conciernen al cuidado de la salud. La morbilidad y mortalidad elevadas obedecen, principalmente, a una alta prevalencia de enfermedades transmisibles infecciosas y parasitarias, y a la mala nutrición; todas ellas susceptibles de reducción y algunas de erradicación. En varios países ocupa el primer lugar como causa de la muerte de la población femenina adulta, la que se relaciona con complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En la edad adulta, aunque ya empiezan a ocupar sitio entre los primeros diez lugares de mortalidad, algunos padecimientos degenerativos, las enfermedades cardiovasculares y del sistema nervioso central, predominan todavía enfermedades como la neumonía, la gastroenteritis, la bronquitis, la tuberculosis y la cirrosis hepática, así como los accidentes.

NUMERO DE MEDICOS, DENTISTAS, ENFERMERAS GRADUADAS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA
Y RAZONES POR 10,000 HABITANTES, POR PAISES, 1969

PAIS	MEDICOS		DENTISTAS'			ENFERMERAS GRADUADAS			AUXILIARES DE ENFERMERIA			
	AÑO	NUMERO	RAZON	AÑO	NUMERO	RAZON	AÑO	NUMERO	RAZON	AÑO	NUMERO	RAZON
América del Norte		332 695	14.8		108 833	4.9		780 296	34.8		1 189 382	53.0
Mesoamérica		46 138	5.3		7 514	0.9		31 998	3.7		72 995	8.4
América del Sur		126 194	7.4		48 901	2.8		40 276	2.3		156 038	9.2
Argentina	1969	53 684	22.4	1969	12 954	5.4	1969	14 471	6.0	1969	25 754	10.7
Barbados	1969	132	5.2	1969	15	0.6	1969	494	19.5	1968	172	6.8
Bolivia	1968	1 702	3.6	1968	627	1.3	1969	612	1.3	1969	1 549	3.2
Brasil	1964	34 251	4.4	1964	22 000	2.8	1966	8 212	1.0	1963	55 664	7.3
Canadá	1969	29 659	14.1	1969	6 928	3.3	1969	100 071	47.5	1969	44 254	21.0
Colombia	1967	8 654	4.5	1968	3 400	2.1	1967	1 840	1.0	1967	20 307	10.6
Costa Rica	1968	879	5.4	1967	125	0.8	1969	974	5.7	1969	2 400	14.2
Cuba	1968	7 000	8.7	1966	1 451	1.9	1968	4 373	5.4	1968	7 650	9.5
Chile	1969	5 170	5.5	1968	3 170	3.4	1968	2 325	2.5	1968	16 891	18.1
Ecuador	1967	1 991	3.6	1967	573	1.0	1969	511	0.9	1969	2 429	4.1
El Salvador	1969	865	2.6	1969	81	0.2	1969	783	2.3	1969	1 645	4.9
Estados Unidos	1969	302 966	14.9	1969	101 874	5.0	1969	680 000	33.5	1969	1 145 000	56.3
Guatemala	1966	1 005	2.2	1966	281	0.6	1969	686	1.4	1969	3 004	6.0
Guayana	1970	167	2.2	1970	25	0.3	1969	744	10.0	1969	227	3.1
Haití	1967	348	0.7	1968	88	0.2	1967	415	0.9	1967	806	1.7
Honduras	1969	641	2.7	1969	42	0.2	1968	318	1.3	1968	1 417	5.9
Jamaica	1967	1 259	6.7	1967	163	0.9	1967	4 869	26.0	1967	959	5.1
México	1968	25 602	5.4	1968	3 463	0.7	1968	9 000	1.9	1968	40 000	8.5
Nicaragua	1969	1 141	6.0	1969	290	1.5	1969	447	2.3	1969	2 132	11.1
Panamá	1969	793	5.6	1969	164	1.2	1969	1 102	7.8	1968	1 700	12.4
Paraguay	1968	1 386	6.2	1968	410	1.8	1968	286	1.3	1968	1 518	6.8
Perú	1969	6 870	5.2	1969	2 167	1.6	1969	4 110	3.1	1969	13 200	10.0
Rep. Dominicana	1968	2 000	5.0	1968	490	1.2	1967	183	0.5	1967	2 172	5.6
Trinidad Tobago	1968	441	4.3	1968	62	0.6	1969	1 440	13.8	1969	657	6.3
Uruguay	1967	2 667	9.6	1967	1 344	4.8	1967	755	2.7	1967	3 905	14.0
Venezuela	1970	9 471	9.1	1970	2 205	2.1	1970	5 991	5.8	1970	14 068	13.5

No obstante los refuerzos realizados y los adelantos alcanzados por la medicina y los servicios técnicos de salud, que demuestran que en este campo se puede avanzar mucho más rápidamente que en otros sectores, la falta de saneamiento ambiental continúa siendo uno de los más graves problemas sanitarios de América Latina.

Los recursos de salud no han aumentado en forma paralela al incremento demográfico, lo cual ha dado origen a una desproporción entre las necesidades existentes y las posibilidades para satisfacerlos. La disponibilidad de personal de salud, varía ampliamente, según los países, entre un máximo de 40 y un mínimo de 3 trabajadores por 10 000 habitantes. Para atender las necesidades de los 282 millones de personas de la región señalada solamente se cuenta con 175 000 médicos, 56 000 odontólogos, 73 000 enfermeras graduadas y 230 000 auxiliares de enfermería. La insuficiencia de este personal se agrava por la distribución irregular, ya que se concentra, principalmente, en las zonas urbanas, con detrimento de las rurales.

III. Características y problemas de las zonas rurales

En América Latina, en general, son limitados los recursos humanos y materiales necesarios para proteger eficazmente, la salud de la población. Y, como en todas partes, son las zonas rurales las que más sufren estas carencias de medios. En casi todos los regímenes de seguridad social, prevén, en caso de enfermedad, la prestación gratuita a los trabajadores asegurados, de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, odontológica y farmacéutica.

Pero, para definir el campo de aplicación de los regímenes de asistencia médica de la seguridad social a las poblaciones rurales, no basta con atenerse exclusivamente a lo que indican las legislaciones nacionales al respecto. En algunos países se ha excluido a los trabajadores agrícolas del beneficio de esta protección, aunque su situación de derecho, es igual que la de los mismos trabajadores de aquellos países en que, pese a las afirmaciones de las legislaciones, no se ha procedido a una protección general efectiva.

Aún cuando es evidente que las características de las normas rurales y de la actividad agrícola, varían considerablemente de acuerdo con los suelos, climas, la población, el régimen de tenencia de la tierra y el nivel de industrialización, entre otros; sin embargo, pueden hacerse algunas generalidades en relación con las dificultades que se han presentado al pretender aplicar una política de seguridad social en la agricultura y en las zonas rurales.

Una agricultura empobrecida por multiplicidad y complejidad de las sociedades agrícolas, aislamiento y disposición de la población y éxodo rural.

Aún cuando en los más diversos matices, en todas partes existen dos

agriculturas: la primera, corresponde a una economía de cambio y está caracterizada por estar frecuentemente mecanizada, por el cultivo de vastas superficies y por el empleo de trabajadores asalariados y por la comercialización de la producción; la segunda, es tradicional, se basa en microexplotaciones y se dedica al cultivo de plantas comestibles destinadas al autoconsumo. Lo que resulta evidente es que la política de seguridad social siempre debe considerar una economía agraria en la que hay marcado contraste entre un sector agrícola moderno y una agricultura arcaica o tradicional.

Debe considerarse que los ingresos de los trabajadores agrícolas asalariados o independientes, son considerados globalmente, menores, en todas partes a los de los trabajadores de los demás sectores. Esta escasez de los ingresos agrícolas se presenta tanto en los países industrializados, como en los países en vías de desarrollo, aún cuando en estos últimos, en que los agricultores asalariados, son pocos, y se encuentran sobre todo en las plantaciones o grandes explotaciones, mientras que la gran masa campesina está constituida por agricultores independientes.

En los países latinoamericanos de cada dos trabajadores, uno pertenece al sector agrícola, mientras que en los países industrializados de catorce trabajadores sólo uno está en el sector agrícola.

Además, el sector agrícola no es homogéneo. Mientras que el fenómeno de urbanización se desarrolla rápidamente, las sociedades rurales se resisten a toda transformación. Explican esta resistencia: núcleos de población retraídos en sí mismos, grandes distancias y dificultad en comunicaciones, y supervivencia de comunidades étnicas apegadas a su organización social secular.

Por la estructura del sector agrario en los países latinoamericanos, los 125 millones de personas que viven de la agricultura tienen condiciones de trabajo y vida muy diferentes. Las grandes plantaciones dedicadas a los monocultivos de exportación (café, frutas, caña de azúcar, etc.) cuenta con trabajadores asalariados integrados en estructuras económicas modernas. Pero el latifundio continúa siendo la institución dominante, y en ellos, la mayor parte de las tierras se distribuye entre campesinos muy pobres y muy ignorantes, establecidos en forma precaria en granjas excesivamente pequeñas y mal comunicadas con los mercados urbanos. De ahí la actualidad que tiene el problema de la reforma agraria integral.

Es incuestionable que uno de los principales problemas a escala mundial, ya que se plantea en todos los países cualquiera que sea su nivel de desarrollo, es la situación que confrontan los núcleos familiares que viven en el medio rural. No obstante, el problema afecta principalmente a los países de menos desarrollo, ya que es precisamente en sus zonas rurales, donde se plantean en general los problemas de mayor pobreza y de extrema

marginalización de los beneficios de las instituciones sociales.

Conviene dejar bien asentado que desarrollo rural, no es lo mismo que desarrollo agrícola, aunque éste sea una parte primordial; tampoco consisten esencialmente en esforzarse por lograr el bienestar mediante el desarrollo comunitario, la elevación de los niveles de salud y la mejoría de los servicios, aunque todos ellos también constituyan elementos importantes del proceso.

El desarrollo rural, es algo más complejo. El desarrollo en las zonas rurales comprende un conjunto de estrategias, políticas y programas para promover la agricultura, la silvicultura, la pesca, las artesanías e industrias rurales y la construcción de la infraestructura económicosocial, para alcanzar los objetivos básicos siguientes: un mejor aprovechamiento de los recursos físicos y humanos disponibles, mayores ingresos y mejores condiciones de vida para la población rural en su conjunto, y su participación efectiva en el proceso de desarrollo.

Además, la infraestructura política, administrativa y social, sin la cual no puede implantarse un sistema de seguridad social, es muy débil. La propia dotación de personal administrativo no es suficientemente sólida para facilitar la gestión práctica de las instituciones sociales creadas por los poderes públicos.

Habrán de tenerse siempre presentes las particularidades del medio rural y convendría establecer en forma constante, una distinción entre las medidas adoptadas teóricamente y la realidad de su aplicación.

En la región latinoamericana existen aproximadamente, 13 900 establecimientos hospitalarios con un total de 870 000 camas y una utilización variable, pero que en general es muy deficiente.

Todo lo anterior, pone de manifiesto que aún cuando los recursos de salud, en cifras absolutas, señalan un gran incremento en los últimos años, ellos son todavía insuficientes.

IV. Importancia de la Seguridad Social en la protección de la salud en Latinoamérica.

No obstante que todavía existen grandes limitaciones en los recursos de salud del área, éstos se han visto beneficiados grandemente con la implantación de regímenes de seguridad social en todos sus países. Su establecimiento, independientemente de las modalidades adoptadas por cada uno, ha sido un factor determinante en esta región, en donde los pueblos de las naciones en

vías de desarrollo intensifican sus presiones con una aspiración de justicia social y de impulso a su desarrollo económico.

Aunque ya se habían logrado algunas realizaciones parciales en el pasado, no fue sino hasta el año de 1942, con la celebración de la Primera Conferencia Interamericana en Santiago de Chile, en la que se constituyó un Comité Permanente, cuando se le dió un verdadero impulso continental a la seguridad social.

A partir de entonces, en la mayoría de los países, aún cuando se ha tenido que vencer una serie de factores adversos, se ha podido apreciar un importante esfuerzo para la extensión y progreso de los regímenes adoptados. Una de sus características ha sido la aplicación gradual y progresiva, por categoría de trabajadores y zonas geográficas; para lo cual ha sido necesaria, en ocasiones, la reforma de bases constitucionales que permitan llegar al concepto moderno de lo que es la seguridad social, tendiente a la universalización, mediante beneficios que garanticen un nivel de vida adecuado, el mantenimiento de la salud y una redistribución de la riqueza, basada en la justicia social.

La seguridad social es, sin duda, una de las ambiciones más legítimas del hombre y una necesidad en la etapa histórica que vivimos. En esta época, cuya característica más sobresaliente es la ambición por los bienes materiales, su doctrina, que también es de libertad, porque libera al hombre de la incertidumbre del mañana, es uno de los cauces que deben hacer regresar a nuestra civilización a un concepto verdaderamente humano. Por sí misma, y aún sin considerar su doctrina humanista, ha sido un factor determinante en el progreso que la Ciencia Médica ha registrado en los últimos años. Los recursos que ha aportado, su espíritu de solidaridad no hubieran podido reunirse sin este principio. En los países latinoamericanos, el progreso actual de la Medicina está íntimamente vinculado al progreso de sus instituciones de Seguridad Social.

Desde su iniciación, se le ha dado, siempre, una especial importancia a la atención médica, por lo cual los beneficios de la seguridad social han sobresalido en los países latinoamericanos, contribuyendo a prevenir padecimientos, reducir las tasas de enfermedad, prolongar la vida y participar en el esfuerzo por el bienestar individual y colectivo. Ya en la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social se recomendó que: “el seguro de enfermedad debe otorgar una asistencia médica eficaz -que proporcione a los asegurados y a sus familiares todos los recursos de la ciencia moderna para el cuidado y fomento de la salud y para distinguir y tratar enfermedades desde sus primeros síntomas”.

Cada uno de los países ha ido legislando sus prestaciones de salud de acuerdo con sus estructuras políticas y sus condiciones sociales y económi-

cas, ya que han extendido su campo de aplicación, cubriendo distintas contingencias y dando protección a diferentes miembros del núcleo familiar.

Siguiendo estas políticas se ha llegado a amparar, en la actualidad a 80 millones de derechohabientes, que aunque distan todavía mucho de ser todos los habitantes de América Latina, su protección ha sido un gran apoyo para los logros de la salud en el Continente.

Las instituciones de Seguridad Social incluyen, en su mayoría, asistencia de enfermedad y maternidad, invalidez y muerte, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Estas prestaciones difieren según los países y según los modelos de asistencia adoptados, ya que su organización ha dependido de las disponibilidades y circunstancias prevalecientes en cada uno de ellos. Existen otras prestaciones que tienen repercusión sobre la salud como son las pensiones de vejez, el seguro de desempleo, las asignaciones familiares, la dotación de guarderías infantiles, las prestaciones sociales y otras como los programas de desarrollo de comunidad que influyen directa o indirectamente en la salud. Es por ello que todas las contingencias que cubren las instituciones de seguridad social se relacionan con la salud.

En América Latina, como sucede en otras partes, la protección se ha dado, básicamente, a los trabajadores asalariados, pero se buscan ya y se han puesto en práctica las fórmulas más adecuadas en cada país, para otorgar las prestaciones a otros tipos de trabajadores, sobre todo los agrícolas, que pueden considerarse en esta región, los más desprotegidos.

En la mayor parte de las instituciones, se ha tendido como principio, a la protección del núcleo familiar, sin desentenderse de su responsabilidad para con cada uno de los miembros; pero buscando la atención integral de la familia, para que a través de los grupos familiares se propicie la salud de la comunidad de la que forman parte.

V. Las Prestaciones Médicas de las Instituciones de Seguridad Social Latinoamericanas.

En los países latinoamericanos, las prestaciones médicas de la seguridad social han venido contribuyendo significativamente, a proyectar los beneficios de la medicina moderna a grandes sectores de la población, al hacer realidad la protección de la salud y constituir un firme apoyo para otros programas aplicados para superar los otros componentes principales del nivel de vida.

PAIS E INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.	POBLACION TOTAL	P O B L A C I O N P R O T E G I D A			
		T O T A L	ASEGURADOS	BENEFICIARIOS	PENSIONADOS
Bolivia	5 330 700	671 502	191 109	480 393	-----
Brasil	100 000 000	40 027 415	10 307 834	28 055 000	-----
Canadá	21 739 000	21 739 000			-----
Colombia	22 708 507	4 216 821	1 126 208	3 109 660	-----
Chile	10 044 900	7 114 700	2 700 000	4 414 700	-----
El Salvador	3 549 260	167 425	124 061	43 364	-----
Guatemala	5 289 700	608 176	448 378	125 008	-----
México	53 584 975				
IMSS		11 396 714	3 519 844	7 550 364	326 506
ISSSTE		1 982 322	695 200	1 287 122	-----
Panamá	1 523 500	436 271	202 150	213 776	20 345
Repúb. Dominicana	4 011 000	202 100	165 000	37 100	-----
				(esposas)	
Venezuela	10 000 000	2 000 000	700 000	1 300 000	-----

FUENTE: Información proporcionada por los países.-
Cuestionario enviado por el CPISS, 1973.

Campo de Aplicación.

En las instituciones de seguridad social latinoamericanas, sigue haciéndose patente la dificultad para obtener datos bioestadísticos y demográficos relacionados con la población protegida. Generalmente no se proporciona información sobre la estructura etaria y sexo de la población.

Se establece que son sujetos de aseguramiento las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo cualquiera que sea el acto que le de origen, así quedan comprendidos los trabajadores y los aprendices; pero es conocido que se cubre de preferencia a los asalariados de la industria y el comercio y sólo en muy pequeña proporción a los trabajadores rurales. La incorporación de los trabajadores independientes en toda su amplia gama sólo se ha obtenido en tres países. Los trabajadores agropecuarios, los independientes y los domésticos, que constituyen una parte considerable de la población económicamente activa, aún cuando empiezan a incorporarse en unos cuantos países, en su inmensa proporción continúan fuera de la protección de la seguridad social. Incuestionablemente, todo esto tiene repercusión en la limitación del número de trabajadores protegidos.

Si por otra parte, se considera que en muchos países no se protege al núcleo familiar o bien, es muy baja la edad hasta la que da derecho para la atención médica a los hijos de los asegurados, esta situación también limita el número de beneficiarios.

No obstante lo anterior, hay actualmente más de 80 millones de derechohabientes.

Protección en caso de enfermedad ó accidente.

Los derechohabientes en caso de enfermedad o accidente reciben asistencia médica completa, ambulatoria o a domicilio, que comprende servicios de prevención médica limitados, asistencia médico quirúrgica, odontológica, farmacéutica y hospitalaria. Obviamente quedan incluidos: curaciones, exámenes de laboratorio, estudios radiológicos y otros auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Generalmente, se proporciona servicio de ambulancia en los casos requeridos. Estos servicios, incluida la provisión de productos farmacéuticos, se proporcionan en forma gratuita, es decir, sin aporte directo del usuario.

La revisión de la información disponible, permite reconocer el interés que se concede a los programas preventivos en casi todas las instituciones, resaltando por la frecuencia de su aplicación, los siguientes:

— Protección a la maternidad.

- Medidas contra la mortalidad infantil.
- Profilaxis de las enfermedades transmisibles.
- Prevención de los riesgos profesionales.
- Programas de educación higiénica y sanitaria a la comunidad.

SEGURIDAD SOCIAL EN LATINOAMERICA		
1972		
P A I S E S	POBLACION CUBIERTA.	
Argentina		
Bolivia	595	409
Brasil	40	027 415
Colombia	4	216 821
Costa Rica		915 173
Cuba	8	341 000
Chile	7	114 700
Dominicana		227 000
Ecuador		330 825
El Salvador		167 425
Guatemala		608 176
Honduras		65 296
México	14	719 110
Nicaragua	1	018 784
Panamá		433 962
Paraguay		188 752
Perú	1	732 193
Venezuela	2	337 000

FUENTE: Información proporcionada por los países.
Cuestionarios CPISS - CRAMS, 1973.

Todos los programas enunciados inciden directa o indirectamente en la protección de la salud del núcleo familiar, sobre todo en los medios urbano y suburbano.

La duración de las prestaciones es limitada, generalmente de seis meses prorrogables, para una misma enfermedad, pero en algunos países el límite es hasta 52 semanas y más. Sin embargo, en muchos países donde se fija un período máximo de atención, en la práctica no se aplica una limitación mientras el asegurado continúa cotizando. Además, si el paciente es declarado inválido y percibe la pensión de invalidez o bien es un beneficiario hijo inválido, en muchos países conserva el derecho a la asistencia médica en forma prácticamente ilimitada.

En varios países al beneficiario hijo que estudia, se le amplía el límite de edad para recibir asistencia médica hasta los 18, los 21 y los 25 años.

Casi en todos los países, en los casos de riesgo del trabajo, la duración de la prestación médica es más amplia y a veces ilimitada hasta curación o dictamen de invalidez. En estos casos adquiere relevancia la rehabilitación y se proporciona aparatos de prótesis y ortopedia.

Protección a la Maternidad.

Las prestaciones en caso de maternidad se otorgan a la mujer trabajadora que es asegurada o a la que es esposa o compañera del asegurado.

El disfrute de estas prestaciones se inicia a partir del día en que la institución certifica el estado de embarazo y comprende la asistencia prenatal, obstétrica y postnatal, con los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios requeridos.

En algunos países se otorga ayuda en especie para la lactancia y se entrega una "canastilla" para el recién nacido, pero esto último sólo en el caso de hijos de asegurada directa o cotizante.

La atención en el campo de la maternidad se ofrece con el fin de salvaguardar la salud de la madre y del hijo, con miras a la protección de las contingencias normales y patológicas que ocurren durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Servicios sociales para la promoción de la salud.

La prestación médica de la seguridad social está potenciada, en algunos países, por las prestaciones sociales que con programas muy variados contribuyen a elevar el nivel cultural, cívico y sanitario de la población, para hacer realidad la promoción de su salud.

La seguridad social, en su preocupación por coadyuvar a la elevación de los niveles de vida a través de las prestaciones sociales, favorece la aso-

PROTECCION DE LA MATERNIDAD EN DIEZ PAISES LATINOAMERICANOS
1973

PAIS	CONDICIONES PARA TENER DERECHOS				Asistencia Completa *
	1	2	3	4	
Bolivia	X	X	—	—	X
Brasil	X	X	X	X (si es soltera)	X
Colombia	X	X	—	—	X
Costa Rica	X	X	—	—	X
Dominicana	X	X	—	—	X
Ecuador	X	—	—	—	X
El Salvador	X	X	—	—	X
Guatemala	X	X	—	—	X
México	X	X	—	—	X
Panamá	X	—	—	—	X
Perú	X	X**	—	—	X
Venezuela	X	X	X	X (si es soltera)	X

1. Por derecho propio (asegurada directa o cotizante).
2. Como esposa o compañera de un asegurado directo o cotizante.
3. Como hija dependiente económicamente de un asegurado directo o cotizante.
4. Como beneficiaria de una pensión de orfandad.

* La asistencia comprende la prenatal, la obstétrica y la postnatal.

** Solamente en el Seguro Social del Empleado.

FUENTE: Información proporcionada por los países.- Cuestionario CPISS—CRAMS, 1973.

ciación de los individuos con fines recreativos y del aprovechamiento de su tiempo libre, y logra programas que promueven su superación que va desde la higiene física y mental, hasta la capacitación para el trabajo y la participación en el desarrollo de la comunidad.

Estos servicios sociales, en sus más amplias proyecciones, comprenden la atención de las urgencias médicas y la aplicación de medidas de prevención médica a la población en general.

De la revisión de las prestaciones médicas de la seguridad social se encuentra como característica, una estrecha vinculación de los seguros básicos que constituyen el sistema, que permite integrar prestaciones económicas y sociales con programas completos para la promoción, cuidado y mantenimiento de la salud del núcleo familiar.

Organización.

Al analizar los esquemas para otorgar las prestaciones médicas, se encuentra que las instituciones han asumido la responsabilidad en el cuidado y promoción de la salud de la población protegida mediante servicios que sigue el sistema directo de organización de la asistencia médica.

En los sistemas directos, las prestaciones médicas son proporcionadas por los profesionales y los establecimientos propios de la respectiva institución de seguridad social, completados cuando y donde es necesario, por servicios contratados con otras instituciones de salud oficiales y privadas. Se considera que únicamente los servicios directos permiten aprovechar de una manera eficaz y económica los más bien limitados recursos humanos y materiales, disponibles en los países en vías de desarrollo. Dentro de la organización señalada, la atención se proporciona por médicos funcionarios, remunerados según horas de servicio contratadas; y, es común, que se haya emprendido la construcción de unidades médicas con las plantas físicas requeridas, dotándolas con el equipo, mobiliario e instrumental necesarios. Además, en algunas instituciones, se han ido aplicando procedimientos médicos, técnicos y administrativos, con la preocupación primaria de supervisar y evaluar la calidad de la prestación médica otorgada y de optimizar la utilización de los recursos.

En esta forma, en países donde el ámbito de la práctica médica privada había sido restringido debido a las condiciones económicas de la población y a sus patrones culturales, la implantación del seguro social, y por tanto, del seguro obligatorio de enfermedad, creó una demanda efectiva de importantes sectores de la población - principalmente trabajadores - industriales y sus familiares a cargo - los cuales con este procedimiento de aplicación, pueden disponer, por la organización institucional y el funciona-

miento solidario, de la medicina moderna que utiliza racionalmente los avances científicos.

Cada país ha ideado los esquemas más apropiados, con el objeto de otorgar sus prestaciones a los núcleos familiares, tanto al nivel urbano como en el suburbano y en el rural.

Esquemas de Organización para otorgar asistencia médica en los medios urbano y suburbano.

La base de la organización es la prestación dada por el médico general con con una tendencia, que ya es realidad en algunos países, de protección a la salud del núcleo familiar.

En el III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social realizado en la ciudad de Panamá en 1972, se desarrolló como tema central "La Prestación Médica Integral de la Seguridad Social" y en el informe final correspondiente: se consideró muy importante, para las actividades futuras de la Comisión Regional Americana Médico Social investigar los programas de formación y los procedimientos de organización técnica y administrativa, que se tomen en cuenta para que el médico general se constituya en elemento conductor fundamental para otorgar la prestación médica integral al núcleo familiar.

Cuatro países: Bolivia, Colombia, Panamá y México, basan su organización de prestaciones médicas en un Sistema Médico Familiar, cuyo principio es la adscripción de un determinado número de familias a un sólo médico, quien se hace responsable de la salud de la población que está bajo su cuidado y coordina la atención integral que imparte la institución a la que pertenece. En estos países se han adoptado estos sistemas porque responden mejor a sus políticas de salud, concentrando su atención en la familia y propiciando la existencia de un médico que, con todo el apoyo institucional, asume las funciones preventivas, curativas y rehabilitatorias, así como de proyección social, base de la organización de la sociedad. En el resto de los países se han adoptado otros esquemas de organización, pero en la mayoría se le da al médico general la responsabilidad de la atención médica primaria, por lo cual se constituye en el profesional adecuado para la promoción y cuidado de la salud integral, apoyado por el equipo multidisciplinario de la institución. Otorga la asistencia médica a su nivel y refiere a los pacientes, cuando es necesario, a los servicios especializados de la institución, manteniendo bajo su responsabilidad la continuidad de la atención. Las instituciones de Seguridad Social, en la planeación de sus esquemas, están considerando ya, como elemento fundamental, al médico general, que para el cumplimiento exacto de sus funciones debe proyectarse a la comunidad.

**SERVICIOS COMPRENDIDOS EN LA PRESTACION MEDICA INTEGRAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN DIEZ PAISES LATINOAMERICANOS
1973**

PAIS	PREV. MED.	ASIST. MED QUIR.	ODONT.	FARMACEUT.	HOSPIT.	REHABILIT.	APARATOS PROT. Y ORTOP.
Bolivia	X	X	X	X	X	X	X RT
Brasil	—	X	X	X	X	X	X
Colombia	X	X	X	X	X	X	X RT
Costa Rica	X	X	X	X	X	X	X RT
Dominicana	X	X	X	X	X	X	X RT
Ecuador	X	X	X	X	X	X	X RT
El Salvador	X	X	X	X	X	X	X RT
Guatemala	X	X	X	X	X	X	X RT
México.	X	X	X	X	X	X	X RT
Panamá	X	X	X	X	X	—	—
Perú	X	X	X	X	X	X	X RT
VENEZUELA	—	X	X	X	X	X	X RT

R. T. = Riesgos del Trabajo.

FUENTE: Información proporcionada por los países
Cuestionarios CPISS - CRAMS, 1973.

Se ha recomendado que, como lo hacen ya los países, en los que está implantado el Sistema Médico Familiar, el médico trabaje con grupos fijos de población protegida, a la que debe conocer tanto en sus aspectos físicos, como en los psicológicos, culturales y socioeconómicos, lo que le permite constituirse en investigador y protector de los riesgos médicos sociales de la comunidad. El Sistema Médico Familiar con el sentido humano que individualiza la relación del médico con sus derechohabientes y que lo hace responsable de un sector de población protegida, es un factor en contra de la burocratización y despersonalización, la relación directa y permanente del médico familiar con sus derechohabientes propicia el que se convierta en el consejero, en el amigo y en el guía de las familias que están bajo su cuidado.

La Comisión Regional Americana Médico Social, en el Tercer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, reiteró a este respecto que: "Para la utilización óptima de los recursos institucionales en la prestación médica integral no es aceptable el criterio de la libre elección del médico por la población protegida: en cambio es recomendable un procedimiento de adscripción adecuado para la atención de la familia por médicos generales permanentes. La aplicación de este tipo de atención por el mismo médico, que comprende como parte destacada la asistencia domiciliaria, origina una modalidad de prestación de medicina integral que no sólo persigue al progreso tecnológico y científico, sino también el desarrollo de una nueva actitud del médico general para tratar los problemas individuales en su interrelación con el grupo familiar y con el grupo social".

Una condición, para que funcione el Sistema Médico Familiar es que dentro de la estructura institucional existan otros niveles de atención médica especializados y bien definidos, que sirvan de apoyo a la labor que el médico familiar lleva a cabo con su población derechohabiente.

Otra condición, íntimamente ligada con la anterior, es la de regionalización de los servicios, en la que se asignan responsabilidades para ejercer las funciones de salud correspondientes a los diferentes niveles. Así, al médico general o familiar se le asigna una área geográfica que corresponde a la población que se ha fijado para su atención. El número aproximado de derechohabientes adscritos a cada Médico Familiar se ha determinado mediante indicadores, después del estudio de cada zona, en el que se toman en cuenta la morbilidad, dispersión de población, vías de comunicación y otras condiciones que son básicas para una adecuada y oportuna atención, y que pueden variar de un lugar a otro.

Este nivel primario comprende la atención ambulatoria en consulta externa, a nivel de medicina general, con prolongación a la atención domiciliaria en muchos de los países.

El siguiente nivel, que es el de atención especializada de tipo inter-

medio y que puede ser otorgada tanto en consulta externa como en hospitalización, con mayores recursos técnicos, se encuentra también regionalizado, abarcando áreas geográficas, en las cuales quedan comprendidas las que atienden varios médicos familiares, los cuales les deriva a sus derechohabientes cuando requieren de ese tipo de atención.

Un tercer nivel está constituido por las unidades hospitalarias de concentración, a donde envían todos los casos que requieren de las más altas especialidades. En estas unidades, se contribuye además, a la investigación científica y a la formación de médicos en las diferentes disciplinas. En ellas la atención es preferentemente a nivel de hospitalización ya que la consulta externa que se otorga, solamente es previa o posterior a los períodos de internamiento, derivando a los pacientes, en cuanto es posible, para continuar su control con el especialista o con el médico familiar que les corresponde. Este tipo de unidades se ubica, generalmente, en ciudades de importancia, y prestan su apoyo para la atención de grandes núcleos de población derechohabiente, abarcando por tanto, amplias zonas geográficas.

El trabajo que se realiza, en conjunto a los tres niveles, optimiza la atención médica, ya que se otorga en forma continuada y con el apoyo mutuo de todos los recursos institucionales. Cada especialista, cada servicio de especialidad, cada miembro de la Institución tiene una función específica dentro de la actividad que le corresponde, y toca al Médico Familiar, con el objeto de lograr una atención integral, coordinar todas estas acciones y darles proyección humana, familiar y comunitaria en el medio que lo rodea.

Los regímenes de Seguridad Social en Latinoamérica han seguido la tendencia de otorgar sus prestaciones a través de servicios directos, o sea en unidades y con personal de las propias instituciones ya que se considera que con ellos se aprovechen de una manera más eficaz y económica los recursos limitados de que disponen los países en vías de desarrollo. Con esta organización, la atención se proporciona con personal remunerado según las horas de servicio contratadas, y en casi todas las instituciones se ha emprendido la construcción de las plantas físicas requeridas, dotándolas con el equipo, mobiliario e instrumental necesarios. Además, en algunas de ellas se han ido aplicando procedimientos técnicos, médicos y administrativos para supervisar y evaluar la calidad de las prestaciones otorgadas y optimizar la utilización de los recursos. Asimismo, para el funcionamiento de esquemas basados en el Sistema Médico Familiar y en los diferentes niveles de operación son indispensables los patrones directos de organización.

Solamente aquellos servicios que no alcanzan a proporcionarse, debido a la falta o escasez de recursos directos, se otorgan mediante sistemas indirectos o contratados. Estos se prestan mediante contratos o convenios, de las instituciones de Seguridad Social con organismos oficiales y privados, o médicos y personal técnico particulares, a los cuales se les retribuye a

plazos y cantidades fijas o de acuerdo con el volumen de servicios prestados y aunque en casi todos los países, la mayor parte de los servicios se prestan en forma directa, en varios de los sistemas son mixtos, porque incluyen también servicios indirectos.

Los esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar, requieren de la coordinación entre las distintas entidades de Seguridad Social que pueden existir en un país, y entre éstas y los organismos de salud pública e instituciones oficiales y privadas que imparten atención médico social. El grado de coordinación varía de un país a otro, pero en todos se hace un esfuerzo importante para lograr que ésta sea lo más estrecha posible.

Se ha creado desde hace tiempo, la conciencia de que debe planificarse la política de salud a nivel nacional, con la coordinación de los recursos humanos y financieros disponibles. Esta planificación conjunta es necesaria para lograr un desarrollo económico social equilibrado. Existe además, una disposición muy favorable para planificar y coordinar los servicios de salud de la región latinoamericana, por encima de las fronteras nacionales.

Todo lo expuesto hasta ahora, corresponde a esquemas que han logrado un amplio desarrollo en los medios urbano y suburbano, en los que ha sido propicio su financiamiento, dado que en este medio es en donde radican preferentemente, los trabajadores asalariados y en donde se concentre la mayor parte de los recursos de salud. En cambio, en las áreas rurales, sólo se ha podido proteger a núcleos proporcionalmente reducidos, con características especiales, que son semejantes a las de los que habitan en los grandes centros de población.

Esquemas de organización para otorgar asistencia médica en el medio rural.

La prestación de la asistencia médica a la población rural plantea problemas muy especiales, que se inician con la distribución desigual, tanto de personal como de instalaciones, entre las zonas urbanas y las rurales, caracterizándose éstas últimas por la grave escasez de servicios médicos, en los países en desarrollo. Los regímenes de seguridad social han contribuido a dar gran impulso a los servicios médicos urbanos, pero no han podido extenderse, en su forma tradicional para beneficiar a las personas dedicadas a la agricultura y a otras actividades rurales; por lo que ha sido necesario el planear la creación de nuevos programas con esquemas modificados para otorgar prestaciones médicas, mediante disposiciones legales que se apartan de las utilizadas, tradicionalmente, por los seguros sociales.

La protección a la población rural dentro de un régimen de seguridad social convencional ofrece dificultades; pues si en los países industrializados, en donde los trabajadores urbanos y sus familias constituyen la mayor parte

de la población, se puede proteger a las minorías rurales mediante regímenes especiales complementarios; en los países en desarrollo donde la población campesina constituye una mayoría y suele contar con muy escasos recursos, la política de la seguridad social ha sido la de proteger, casi exclusivamente, a la población urbana, dejando la atención de las zonas rurales a las instituciones de salud pública.

Las características de la economía rural son mucho más heterogéneas que las que se derivan de las actividades industriales y comerciales de las áreas urbanas, pues a excepción de los campesinos que prestan servicios dentro de grandes empresas agrícolas y que perciben un salario estable, las condiciones del resto de los trabajadores, con labores y empleos que suelen ser temporales y de categorías variables dificultan la aplicación de los beneficios de la seguridad social. Además el promedio de ingreso en el área rural de los países en desarrollo, suele ser tan bajo, que una buena parte de la población campesina apenas alcanza los niveles mínimos de subsistencia; por lo cual, aunque se resuelvan los problemas administrativos, es difícil determinar qué porcentaje de esos ingresos tan bajos tiene que dedicarse a las cuotas del Seguro Social.

Por lo tanto, la extensión de la seguridad social al medio rural requiere estructurar programas adecuados con prestaciones que resuelvan las necesidades más urgentes de la familia campesina; abatiendo los costos de operación para que se puedan establecer cuotas que sean accesibles y de cuantía inferior a las que actualmente se aportan en el medio urbano; ya que la mayoría de los trabajadores del campo no cuentan con un empleador, por lo que carecen de la ayuda en el pago de cotizaciones del sector empresarial.

Para hacer esta estructuración se ha requerido de la promulgación de leyes y decretos que modifican los esquemas tradicionales de los seguros sociales, basándose en el principio de la solidaridad social que es indispensable para el desarrollo integral de los países.

La modificación de los esquemas tiene que tomar en cuenta problemas como la dispersión de la población, medios de comunicación deficientes, bajos niveles de vida, patrones culturales desfavorables para la salud, carencia o insuficiencia de servicios públicos, problemas de tenencia de tierra, baja productividad agrícola e inestabilidad en los precios de compra y venta de los elementos que intervienen en la producción, coordinación insuficiente de las instituciones responsables de la salud y problemas para la construcción y financiamiento de instalaciones, así como para la contratación y adiestramiento de personal médico y paramédico.

Dado que la extensión de los regímenes de seguridad social al campo, debe ser congruente con la planificación nacional de salud, el proceso debe

ser gradual, seleccionando las regiones de acuerdo con su potencialidad económica y a los grupos de población que, dentro de ellas, vayan siendo los más adecuados para su aseguramiento. Esto requiere de una investigación previa llevada a cabo por un equipo multidisciplinario, que contemple los aspectos económicos, sociales, culturales, de salud y jurídicos políticos.

Detectada la problemática, valorados los recursos y determinadas las prioridades, se deben establecer las políticas de aprovechamiento o construcción de instalaciones, dotación de equipo y selección, contratación, distribución y adiestramiento del personal necesario. Asimismo, es muy aconsejable, el tomar en cuenta y sensibilizar a los miembros de las comunidades para que tengan una participación activa en la solución de sus problemas de salud.

En todo esquema que se establezca, debe proyectarse un sistema ágil de información que permita evaluar la operación y si los resultados están de acuerdo con los objetivos previstos; ya que, independientemente de los patrones escogidos, debe cuidarse, siempre la calidad de los servicios prestados.

La extensión de la seguridad social al medio rural es una preocupación de los regímenes latinoamericanos, algunos de los cuales ya están llevando a cabo programas para lograrla. En México, por ejemplo, se han establecido esquemas modificados en los que la aportación de los campesinos es muy baja y por medio de los cuales se protege, desde el año de 1972, a los trabajadores del henequén del Estado de Yucatán, y a partir de 1973 a los ejidatarios del Plan Chontalpa del Estado de Tabasco, a los ejidatarios y pequeños propietarios de la zona tabaquera del Estado de Nayarit y a los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios de la comarca algodонера de los Estados de Coahuila y Durango. La incorporación de estos grupos representa un total de 425 165 derechohabientes.

Asimismo, mediante esquemas de solidaridad social, en los que el financiamiento se lleva a cabo por el Gobierno Federal en un 75% y por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el 25% restante, ha quedado incluida una población de trabajadores del ixtle y grupos marginados de los Estados de Coahuila, San Luis Potosí, Nuevo León, Tamaulipas y Zacatecas, estimada en 500 000 personas. Próximamente y de acuerdo con la nueva Ley del Seguro Social, se organizarán recursos para proteger, mediante este sistema, a diez millones de población rural, que constituyen una población profundamente marginada. Ante la imposibilidad de contribuir con aportaciones en efectivo, dada la precaria situación económica de los sujetos a los que va dirigido el programa, se aprovechará su contribución con trabajos personales en obras que benefician a la comunidad. A lo anterior, se puede agregar que desde el año de 1963 se protege, mediante el sistema ordinario, a 494 833 trabajadores dedicados al cultivo de la caña.

**LA PROTECCION DE LA SALUD EN LOS REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL
EN DIEZ PAISES LATINOAMERICANOS**

PAIS E INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL.	CONDICIONES PARA TENER DERECHO A LA PRESTACION MEDICA INTEGRAL			
	1.1	1.2	1.3	1.4
Bolivia	X	X	X	X
Brasil	X	X	X	X
Colombia	X	—	X	X
Costa Rica	X	X	X	X
Dominicana	X	—	X	—
Ecuador	X	—	—	—
El Salvador	X	—	X	—
Guatemala	X	—	X	X
México	X	X	X	X
Panamá	X	X	X	0
Perú	X	—	—	—
Venezuela	X	X	X	X

- 1.1 Sólo por derecho propio como asegurado directo o cotizante.
 1.2 Como hijo de un asegurado directo o cotizante.
 1.3 Como cónyuge de un asegurado directo o cotizante.
 1.4 Como beneficiario de una pensión de orfandad.

0 Sólo por Riesgo del Trabajo.

FUENTE: Información proporcionada por los países.
 Cuestionarios CPISS-CRAMS, 1973.

En la República de Ecuador funciona el Seguro Social Campesino que protege a grupos familiares, constituídos en comunas, y que se inició en plan piloto, en cuatro de ellas, en el año de 1968. En 1973, se incluyeron diez más y se tiene proyectado que para 1977 queden incorporadas cien, con un total de 86 000 derechohabientes. Las prestaciones que otorga el Seguro Social Campesino son las de atención médica preventiva y curativa, dotación de medicamentos y atención en casos de maternidad, así como prestaciones económicas por invalidez, o muerte del jefe de familia.

La atención es prestada en dispensarios, situados en las comunas, de donde los casos que ameritan una atención especializada, se derivan a las clínicas u hospitales que les corresponden.

El financiamiento de este esquema se realiza con contribución estatal, con fondos propios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y con cuotas familiares muy reducidas, que se aportan a través de las comunas.

Es interesante el señalar que en los decretos correspondientes se hace mención de que la extensión del sistema debe ser progresiva, que debe protegerse a la familia como unidad y no al trabajador como individuo y que el financiamiento debe descansar en el principio de solidaridad colectiva, permitiendo la redistribución del ingreso y la elevación del nivel de vida de los sectores de población menos favorecidos.

VI. Resúmenes Nacionales

Los cuestionarios de las encuestas CPISS-CRAMS en relación con los esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas fueron contestadas por las Instituciones de Seguridad Social de los doce países siguientes; Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Perú y Venezuela.

Los regímenes de seguridad social en siete de estos países, tienen establecida protección a la salud del núcleo familiar, aunque todavía en Colombia se concede en forma limitada; en el de Guatemala, la protección es restringida; y en los de Ecuador, Dominicana, El Salvador y Perú, no se protege al núcleo familiar.

Sólo en cuatro países, -Bolivia, Colombia, México y Panamá,- existe una organización de los servicios de salud a base del Médico Familiar con modalidades diferentes.

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un Sistema Médico Familiar que, siendo el primero que se planeó y se llevó a la práctica

en la región americana hace tres lustros, es el más evolucionado, ha probado su efectividad para llevar servicios integrales de salud al núcleo familiar y dispone de resultados concretos de una evaluación del funcionamiento y resultados del sistema durante más de diez años.

Por lo antes expuesto, en las respuestas recibidas, las de las Instituciones de ocho países se refieren al médico general y sólo las de los cuatro países señalados al médico familiar.

Por otra parte, al hacer el análisis de las respuestas se puso en evidencia que existen dificultades para disponer de los datos estadísticos y otras informaciones pertinentes, sobre la organización y funcionamiento de los servicios médicos y sobre los esquemas operacionales en las áreas urbanas, suburbanas y rural, de algunas de las instituciones que brindaron valiosa colaboración a la encuesta de referencia.

La falta de información fehaciente, basada en el conocimiento de datos uniformes y comparables, determina la imposibilidad de presentar el papel que desempeña el médico general -médico familiar en su caso- ni las características de los esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar urbano, suburbano y rural, en todas sus facetas ni respecto de todos los países.

En cualquier forma, por ser muy ilustrativos, se ha considerado importante incluir en este documento, breves resúmenes en seis numerales que permiten comparaciones de algunas respuestas al cuestionario que dieron los doce países señalados; de los cuales: uno es de Norteamérica, cuatro de Centro América, uno del Caribe y seis de América del Sur.

Por lo tanto, en cada uno de los resúmenes nacionales se hace referencia a:

1. Población total.
2. Población protegida.
3. Características de las prestaciones médicas.
4. Esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas.
5. Esquemas para el medio rural.
6. Coordinación nacional de las instituciones de salud.

**POBLACION PROTEGIDA Y MEDICOS QUE LABORAN EN INSTITUCIONES DE
SEGURIDAD SOCIAL DE DIEZ PAISES LATINOAMERICANOS**

1972

PAIS	P O B L A C I O N			M E D I C O S		
	TOTAL	PROTEGIDA	%	TOTAL.	En INST. SEG. SOCIALES	%
Bolivia	5 330 700	595 409	11.2	2 143	984	46
Brasil	100 000 000	40 027 415	40.0	42 827	20 834	49
Colombia	22 708 507	4 216 821	19.0	9 500	3 329	35
Costa Rica	1 800 000	915 173	51.0	1 118	667	60
Ecuador	6 598 300	330 825	5.0	1 992	429	21
Guatemala	5 211 929	613 365	11.8	1 286	569	45
México	53 584 975	14 719 110	27.0	34 000	16 000	47
Panamá	1 447 726	433 962	30.0	1 195	842	70
Perú	13 572 052	1 732 193	12.7	8 554	1 591	19
Venezuela	10 000 000	2 337 000	23.4	10 000	3 200	32

FUENTE: Información proporcionada por los países.- Cuestionarios CPISS-CRAMS, 1973.

1. *Población total: 4 658 000 habitantes.*

2. *Población protegida.*

La población protegida por el Instituto Boliviano de Seguridad Social es de 835 324 derechohabientes, que constituye el 18% de la población total del país. La legislación vigente establece la protección a la salud del núcleo familiar.

Se adquiere derecho a recibir atención en los servicios médicos del IBSS como asegurado cotizante; y como beneficiario, al ser hijos del asegurado o disfrutar de pensión de orfandad y en el caso de la mujer al ser esposa o compañera del asegurado directo.

La edad límite para recibir atención médica como beneficiario hijo o pensionado es hasta de 16 años con prórroga hasta los 19 años, si estudia en establecimiento educacional aprobado.

3. *Características de las prestaciones médicas.*

Los servicios médicos que se otorgan, tienden a ser integrales y comprenden: asistencia médico quirúrgica, hospitalización, prestación farmacéutica y asistencia odontológica.

Se proporcionan algunos servicios de prevención médica, casi exclusivamente en el campo de la protección específica contra enfermedades transmisibles y lucha antituberculosa.

La rehabilitación se limita a los asegurados cotizantes que sufren accidentes de trabajo y sólo en estos casos se les proporcionan aparatos de prótesis y ortopedia.

La mujer, tiene derecho a recibir asistencia por maternidad cuando es asegurada cotizante o cuando es cónyuge del asegurado directo. La asistencia que recibe es integral prenatal, obstétrica y postnatal. No se otorgan otras prestaciones.

Las prestaciones médicas se conceden en caso de enfermedad o accidente durante seis meses, por una misma enfermedad, prorrogables a un año por decisión de la Comisión de Prestaciones; en el caso de maternidad, desde la constatación del embarazo hasta seis semanas después del parto.

El IBSS tiene contratados los servicios de 984 médicos, que son casi la mitad de los que ejercen en el país.

4 *Esquemas de organización para otorgar las prestaciones médicas.*

- 4.1 La organización de los servicios médicos básicamente sigue el sistema directo, con personal e instalaciones propias de la Institución. De acuerdo con la magnitud de la población a servir, las diversas instituciones gestoras de la seguridad social Boliviana cuentan con servicios propios de consulta ambulatoria y centros de hospitalización de diferentes magnitudes. No obstante, algunas instituciones, por el reducido número de su población protegida en algunas localidades, así como ciertas empresas que administran por delegación el seguro de enfermedad maternidad, conceden las prestaciones de éste a través de médicos particulares y clínicas privadas.
- 4.2 El Instituto Boliviano de Seguridad Social tiene el propósito de situar al médico general como un elemento principal dentro de la organización de sus servicios médicos, por la importancia de las funciones que tiene asignadas.
- 4.3 El IBSS tiene un sistema médico familiar, aunque incipiente, ya que acaba de implantarse hace poco más de un año, en una unidad "tipo" de consulta externa. Al respecto, por ser ilustrativo, se transcribe la respuesta del IBSS: "El Decreto Ley 10173 del 28 de Marzo de 1972 sobre Racionalización de la Seguridad Social dispone en su artículo 39 que: "Para el mejoramiento en las prestaciones del Seguro de Enfermedad Maternidad, las entidades gestoras introducirán nuevos sistemas de organización basados en el método de cita previa y adscripción fija al Médico Familiar". Basada en esta disposición legal la Caja Nacional de Seguridad Social ha creado un "Centro Piloto" en el que se están experimentado las bondades del Sistema Médico Familiar, cuya organización y funcionamiento, con pocas variables, siguen el ejemplo del Instituto Mexicano del Seguro Social; cuyos instructivos y directrices han servido de base para la redacción de las normas que regulan el funcionamiento del Policonsultorio Central de la referida Institución; el cual se encuentra en funcionamiento desde el 15 de Abril de 1972".

En la organización que existe en la mayoría de los demás centros sanitarios de la seguridad social boliviana, se ha desvirtuado la importancia que debe tener en los sistemas de salud el Médico Familiar o Médico General, al extremo de haberlo relegado a la posición de un “Distribuidor de Pacientes” hacia otros especialistas o hacia las unidades de hospitalización.

En el policonsultorio central se está tratando de que el médico general vuelva a colocarse en su verdadero papel, de factor de síntesis, de punto de partida y base de un sistema organizativo, y al mismo tiempo elemento de conexión entre el sistema de seguridad social y las personas que protege; por ello se ha seleccionado entre los mejores y más capacitados médicos generales que trabajan en la entidad a los que desempeñan las funciones de “Médicos Familiares de Adscripción Fija”, no son pues “Médicos Indiferenciados” son verdaderos médicos generales con práctica y experiencia profesional probada y reconocidas”.

- 4.4 Esquemas para Areas Urbanas y Suburbanas. El núcleo familiar es asignado a dos médicos familiares el de adultos y el de menores.

Prácticamente hay elección orientada, pues aunque se trata de inducir al derechohabiente a adscribirse al médico familiar de la zona de su domicilio, cuando no acepta la sugerencia se le adscribe con el médico familiar a su elección. Esto se hace seguramente por ser la etapa inicial y para favorecer la aceptación del Sistema, el que actualmente sólo opera en el Policonsultorio Central de la Caja Nacional de Seguridad Social, que es exclusivamente unidad de consulta externa.

Los Médicos Familiares de adultos están contratados a tiempo completo, que es de 6 horas diarias y se les adscriben 2 000 derechohabientes mayores de 16 años de edad. Los médicos familiares de menores, tienen tiempo medio, 3 horas diarias y se les adscriben 1 000 derechohabientes menores de 16 años de edad.

Los médicos familiares de adultos destinan cinco horas contínuas de su jornada, a la consulta externa y una hora para practicar las visitas domiciliarias que se les solicitan.

Los médicos familiares de menores dedican las tres horas de servicio a la consulta externa y no dan atención a domicilio ya que se ha acostumbrado a la población a llevar a los menores al centro de consulta externa.

En este primer nivel de atención médica, se decide el paso a especialistas, o bien a la hospitalización. Obviamente hacen excepción en los casos de urgencia.

Son pocas las localidades provinciales (suburbanas) que cuentan con servicios médicos asistenciales de la seguridad social.

5. *Esquemas para el medio rural.*

No se cubre a la población rural. En cambio, se han efectuado los estudios pertinentes para alcanzar ese propósito. Sometidos a la consideración del Supremo Gobierno. En que se plantea la extensión paulatina y progresiva hasta cubrir la totalidad del territorio nacional.

6. *Coordinación Nacional de las Instituciones de Salud.*

Existe, a través de un organismo coordinador dependiente del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública e integrado por todos los Jefes de Servicios Médicos de las Instituciones que otorgan prestaciones de salud.

BRASIL

1. *Población total: 100 000 000 habitantes.*

2. *Población protegida.*

El Instituto Nacional de Previsión Social protege a 40 027 415 derechohabientes, de los cuales 10 037 834 son asegurados activos o cotizantes y 28 055 000 son beneficiarios.

El derecho a recibir atención en los servicios médicos del INPS se adquiere al ser asegurado activo, hijos de un asegurado cotizante, como beneficiarios de pensión de orfandad y -en el caso de la mujer- al ser esposa de un asegurado cotizante.

La edad límite de los beneficiarios hijos y los pensionados por orfandad, para recibir prestaciones médicas es la edad de 18

años para los hijos, 21 años para las hijas y no hay límite de edad para los hijos inválidos.

3. *Características de las prestaciones médicas.*

La prestación médica que reciben comprende: la asistencia médica-prenatal, obstétrica y postnatal- en los casos siguientes: por derecho propio al ser asegurada activa, como cónyuge de un asegurado activo, como hija que depende económicamente de un asegurado activo y como beneficiario de pensión de orfandad si es soltera.

Las prestaciones médicas se conceden todo el tiempo requerido. El INPS tiene a su servicio 20 834 médicos, la mitad de los que hay en Brasil.

4. *Esquemas de organización para otorgar las prestaciones médicas.*

4.1 Sus servicios médicos tienen un sistema directo de organización. Cuentan con unidades de consulta para pacientes ambulatorios y con unidades hospitalarias.

4.2 Se concede importancia al clínico general (médico-general) que se destaca en la organización actual de sus servicios médicos.

4.3 Aún cuando no existe un médico familiar reconocido como tal, existe una Ley básica de salud en donde está definida la actuación del llamado "clínico general".

4.4 Esquemas para las áreas urbanas y suburbanas. De acuerdo con la Ley básica, la asistencia médica es prestada por el Instituto Nacional de Previsión Social de acuerdo con sus recursos humanos, materiales y técnicos disponibles y cuidando su aplicación a través de prioridades.

La atención a pacientes ambulatorios se hace en unidades médico asistenciales que cuentan con todas las especialidades, destacando entre ellas un servicio de primera atención que se brinda básicamente por clínicos generales.

Además, el INPS posee Puestos de Urgencia, atendidos por un clínico general, que actúa en un primer nivel, el

que decide la atención por especialistas y la hospitalización en los casos requeridos.

5. *Esquemas para las Zonas Rurales.*

Es igual que los de las áreas urbanas. Los trabajadores del medio rural y sus núcleos familiares, reciben las mismas prestaciones que los del medio urbano.

6.

No existe adecuada coordinación entre el Instituto Nacional de Previsión Social y otros servicios nacionales de salud.

COLOMBIA

1. *Población total: 22 708 507 habitantes.*

2. *Población protegida.*

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales protege a 4 216 821 derechohabientes, de los cuales 1 126 208 son asegurados y 3 109 660 son beneficiarios.

3. *Características de las Prestaciones Médicas.*

Desde el inicio de la prestación de los servicios del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, en septiembre de 1949, la atención médica estuvo limitada por su Ley Orgánica únicamente a la protección del trabajador, de su esposa o compañera y del hijo. Para este último la protección se extendió primeramente hasta seis (6) meses de edad y desde diciembre de 1967, se ha venido otorgando hasta un (1) año de edad. Pero, mientras que la atención al asegurado cotizante y a su hijo ha venido incluyendo los diversos aspectos de la medicina integral, en cambio, la atención de la esposa o compañera solamente cubría las contingencias propias del embarazo, el parto y el puerperio.

En marzo de 1971, fue promulgado el Decreto Ejecutivo No. 433 por el cual se reorganiza el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, el cual, en su Artículo 3o. establece que:
“La mujer del asegurado, los hijos menores de catorce (14) años y los mayores de esta edad no emancipados, que dependan económicamente de áquel, tendrán derecho al cuidado y promoción de la salud dentro de los servicios de carácter médico de que disponga el Instituto, en la extensión y condiciones que

determinen los reglamentos que el mismo dicte para tal efecto.

A falta de mujer e hijos, tendrán derecho a los servicios de salud de que se trata, la madre del asegurado y el padre inválido o mayor de sesenta (60) años, que dependan económicamente de él.

Cuando los recursos del Instituto lo permitan, se extenderán los servicios de salud a la viuda y/o a los huérfanos con derecho a pensión de viudedad y de orfandad otorgada por el propio Instituto, e igualmente a los hijos inválidos del asegurado, mayores de catorce (14) años y no pensionados como tales y que estuvieron a cargo de éste”.

Desde noviembre de 1970, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales había puesto en marcha -con carácter experimental- un Programa Coordinado de Salud Rural, en el Departamento del Meta.

Este programa incorpora con carácter voluntario al sector de trabajadores campesinos independientes o autónomos (es decir que no tienen patrón) y les otorga inicialmente sólo prestaciones médicas pero de tipo integral y extensivas al núcleo familiar dependiente (esposa, hijos, y en algunos casos padres del trabajador).

Posteriormente -en el curso del año de 1972- el Honorable Consejo Directivo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, dictó en cumplimiento del mencionado Decreto 433, los respectivos acuerdos que ordenan la extensión de servicios médicos asistenciales a los familiares dependientes de los trabajadores autónomos rurales y de los trabajadores asalariados en las Zonas geográficas de los Programas del Seguro Social Campesino.

Estos Acuerdos fueron debidamente aprobados por Decreto de la Presidencia de la República y constituyeron la base legal para instaurar el Sistema de Medicina Familiar en las Zonas Programáticas Rurales antes mencionadas.

EL ICSS tiene contratados a 3 329 médicos, que constituyen el 35% de los que ejercen en Colombia.

4. *Esquemas de organización para otorgar las prestaciones médicas.*

4.1 La organización de los servicios médicos adopta el sistema directo.

Los seguros sociales disponen de su propio personal de salud y unidades para consulta de ambulatorios y unidades hospitalarias.

4.2 En el ICSS se considera que el médico general, médico familiar, es el elemento clave en la responsabilidad del cuidado de la salud del núcleo familiar de derechohabientes. Es el líder del equipo de medicina familiar

4.3 Con el antecedente de la experiencia de otros países del mundo, entre las que subrayan la del Reino Unido, Israel, y, en la región americana, al del Instituto Mexicano del Seguro Social; se ha planeado, organizado e iniciado la aplicación por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales un Sistema de Medicina Familiar que “es un mecanismo a través del cual los recursos humanos y la capacidad instalada, se organizan por medio de estructuras administrativas y de tecnología médica, para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada, con el fin de cubrir las demandas de servicios del asegurado y la familia a un costo compatible con sus beneficios”.

“Su objetivo es la optimización de los niveles de salud de los grupos familiares que integran la comunidad con el desarrollo de actividades para proteger, fomentar y recuperar la salud; actividades que deben ser planificadas y administradas bajo un comando técnico único”

4.4 Esquema para áreas urbanas y suburbanas.

La población actualmente protegida por el Sistema de Medicina Familiar alcanza un total de 31 131 personas distribuidas geográficamente en los Departamentos (o Estados) del Meta, Huila y Tolima y ampara grupos de trabajadores independientes y asalariados de pequeñas poblaciones y de sus zonas circundantes rurales.

El sistema de Medicina Familiar tiene solidariamente a su cargo la atención de las familias inscritas y está básicamente formado por equipos humanos dirigidos por un médico familiar e integrados por un odontólogo familiar, una enfermera, una trabajadora o auxiliar de trabajo social y una promotora rural de salud. A cada equipo la Institución le asigna núcleos familiares completos hasta un tope de 2 000 derechohabientes.

El personal de cada equipo de medicina familiar debe cumplir una jornada máxima de 8 horas, distribuída en actividades propias a cada integrante del equipo. Es así como al médico se le asignan las siguientes actividades básicas dentro de su jornada de trabajo: visitas a sus pacientes hospitalizados; visitas domiciliarias solicitadas por las auxiliares de trabajo social; consultas programadas y consultas episódicas. (Estas consultas serán atendidas en las instalaciones del Seguro, de preferencia deben estar ubicadas dentro de los servicios hospitalarios) interconsultas a especialistas y otras. Además, como líder del equipo de medicina familiar, al médico corresponde la coordinación de actividades y responsabilidades de los demás componentes del equipo, el desarrollo de los Programas de Medicina Preventiva, Educación Sanitaria y participación en teoría y práctica de educación médica y paramédica continuadas.

Importa destacar el hecho de que el odontólogo familiar forma parte integrante del Sistema y sus instalaciones están ubicadas en lugares contiguos a los consultorios médicos y siempre que sea posible, ambas instalaciones médicas y odontológicas ubicadas a su vez dentro de los servicios hospitalarios.

Parece obvio que la centralización de los servicios producirá mayor economía de tiempo y de recursos humanos y materiales y mayores facilidades de orientación y acceso para los grupos campesinos inscritos.

La aplicación metódica de los índices internacionales de evaluación periódica, se tomará como elemento de juicio para calificar la eficacia del personal de cada equipo de medicina familiar. Esta acción estará complementada con la comparación analítica de eficiencia entre equipos de medicina familiar que atiendan personal afiliado en zonas geográficas de características socio-económicas similares.

Como segunda etapa de extensión del servicio de medicina familiar en Colombia, está planeada la instauración del Sistema en una zona industrial de la Costa Atlántica para un número aproximado de 75 000 jefes de familia con una población de 300 000 personas protegidas.

5. *Esquema para Zonas Rurales.*

Es similar al descrito anteriormente, para los programas de extensión a la población rural.

6. Existe coordinación con el Ministerio de Salud Pública, que permite la utilización por parte del ICSS del personal médico y paramédico del Ministerio, especialmente en las zonas rurales y en las pequeñas poblaciones donde son limitados los recursos humanos de salud.

COSTA RICA

1. *Población total: 1 800 000 habitantes.*

2. *Población protegida.*

La Caja Costarricense de Seguro Social brinda protección a 915 173 derechohabientes, o sea más del 50% de la población total del país.

Tienen derecho a recibir asistencia médica en la Caja los trabajadores asegurados cotizantes, así como sus familiares dependientes: esposa o compañera, hijos menores de 18 años, madre, padre inválido o sexagenario.

3. *Características de las Prestaciones Médicas.*

La prestación médica es integral y comprende: asistencia médico quirúrgica, hospitalización, prestación farmacéutica y asistencia odontológica. Se proporcionan servicios de prevención médica y rehabilitación. Asistencia completa por maternidad, es proporcionada a la asegurada y a la esposa o compañera del asegurado directo.

Prestan sus servicios en la CCSS 667 médicos o sea el 60% de los que hay en el país.

4. *Esquemas de Organización para otorgar las Prestaciones Médicas*

4.1 Los servicios médicos en su organización siguen el sistema directo. De acuerdo con la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, la prestación médica se otorga en las instalaciones propias de la Institución, salvo aquellos casos en que se establezcan convenios en los hospitales de las Juntas de Protección Social.

4.2 En la Caja Costarricense de Seguro Social es considerada como básica la atención en el nivel de medicina general. No obstante, la organización actual de sus servicios de salud no destaca la importancia de las funciones del médico general.

4.3 La CCSS informa: "En cuanto al médico familiar, no podemos dar mucha información puesto que realmente no existe una organización de esta índole, tal como modernamente es concebida.

En el área metropolitana, en San José, hay un esbozo de médico familiar en el sentido de que alrededor de mil familias son adscritas a un sólo médico, el cual presta su atención médica en todo momento, pero no ejerce visita a domicilio ni se proyecta a la comunidad de alguna manera".

No ha sido posible organizar, por causas propias del país, la atención médica a domicilio.

4.4 Esquemas para Areas Urbanas y Suburbanas.

Adoptan el siguiente sistema de regionalización en niveles de asistencia médica: actualmente el Seguro Social tiene dos regiones establecidas, la Zona Este y la Zona Oeste, que dependen de los hospitales base del Sistema como son el México y el Dr. Calderón Guardia. Sin embargo y en coordinación con el Ministerio de Salud, se establecieron 5 zonas programáticas que han sido aceptadas por todas las Instituciones del Sector de Salud, son: Central, Norte, Pacífico Seco, Atlántica y Pacífico Sur. En cada una de estas existe un Hospital Regional, ya sea del Seguro Social o del Ministerio de Salud, que siguiendo un sistema escalonado de atención de pacientes se refieren de las unidades de consulta externa a los hospitales base del Sistema. Existen además cinco tipos de categorías de clínicas de consulta externa, atendiendo al número de asegurados adscritos a las mismas según la siguiente tabla:

<i>TIPO DE CLINICA</i>	<i>ASEGURADOS ADSCRITOS</i>
I	Más de 20 000
II	10 001 - 20 000

III	3 001 - 10 000
IV	1 501 - 3 000
V	- de 1 500

Los hospitales base son de especialidades y los hospitales regionales tienen también especialidades pero las básicas (Medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia y cirugía general, dependiendo del tamaño de los recursos estos hospitales mantienen servicios de otras subespecialidades que son derivativas de las básicas ortopedia, ORL, oftalmología, cardiología, nefrología, dermatología, por mencionar las más importantes).

5. *Esquemas para el Medio Rural.*

Conforme el Seguro Social ha ido extendiendo sus servicios sobre todo en el área rural, las edificaciones se han extendido igualmente en todo el territorio nacional. Se ha encontrado que los servicios subrogados, por no existir verdadero control de la calidad, son deficientes. Esto ha motivado revisar los convenios para mejorar las instalaciones y atención directa del paciente. La reciente Ley 5349, del Traspaso de los hospitales de las Juntas de Protección Social al Seguro Social, faculta a la Institución a negociar el traspaso, estando comprometida a dar atención en forma integral a los asegurados y no asegurados en las áreas de atracción de los hospitales o clínicas de consulta externa. Si los fondos de atención de los indigentes no son suficientes, el Estado está en la obligación de crear rentas específicas para esos gastos”.

6. *Coordinación Nacional con las Instituciones de Salud.*

En 1965, la Caja Costarricense de Seguro Social suscribió un convenio con el Ministerio de Salubridad, en el que se prevé el desarrollo conjunto de programas de medicina preventiva para la población asegurada y a la no asegurada. Asimismo, como ya se señaló, existe coordinación con la asistencia hospitalaria en varias localidades. De acuerdo con la nueva Ley de Salud (5395) se establecerá una coordinación interinstitucional en todo el sector de salud.

DOMINICANA

1. *Población total: 4 190 000*
2. *Población protegida: 227 000*

La población protegida por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, es de 227 000 derechohabientes, que constituye el 4.64% de la población total del país.

La legislación vigente establece la protección de la salud al asegurado, a la esposa o compañera.

3. *Características de las prestaciones médicas.*

Los servicios médicos que se otorgan, tienden a ser integrales y comprenden la asistencia médica, quirúrgica, hospitalización, odontológica, incluyendo servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Existen programas de detección contra tétanos, difteria, poliomielitis, tosferina y tuberculosis; se realiza catastro torácico en centros industriales y baciloscopías.

La mujer asegurada, esposa o compañera, recibe atención especializada, así como obstétrica.

La atención médica a los niños menores de un año, se otorga en hospitales propios de la Institución, a partir de esta edad son atendidos en hospitales estatales según convenio existente.

Las prestaciones médicas se otorgan en los casos de enfermedad, accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

El Instituto Dominicano de Seguros Sociales, tiene contratados a 2 206 trabajadores; de los cuales 432 son médicos, 371 técnicos de laboratorio y gabinete, 605 son personal de enfermería y 798 son personal administrativo; cuenta para proporcionar los servicios con 293 unidades médicas: 177 de Consulta Externa y 16 Hospitales para adultos.

4. *Esquemas de Organización para otorgar atenciones médicas.*

La organización de los servicios médicos básicamente sigue el sistema directo con personal e instalaciones propias de la Institución, cuenta con sus servicios propios de servicio ambulatorio y 16 hospitales para adultos, que antes se mencionó, con un total de 1 764 camas hospital, divididas en la siguiente forma: 230 destinadas a obstetricia, 1 014 a los servicios de medicina y 520 para los servicios quirúrgicos.

También se proporcionan servicios mediante sistemas de coordinación con la Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social y en algunos casos se establece el otorgamiento de las prestaciones médicas a través de algunas clínicas privadas a base de tarifas o convenios bipartitas, e igualmente, por algunos médicos particulares mediante convenios.

No existe por el momento, sistema en el que se establezca la función del médico general como base fundamental de la organización y la existencia de las prestaciones médicas está fundamentalmente establecida a empleados y obreros.

5. *Esquemas para el medio rural.*

No se cubre la población rural y únicamente cuenta con medidas sanitarias y prevención, no hay otros esquemas y tratándose de los asegurados pueden recurrir a cualquier servicio particular cercano a su residencia o lugar de trabajo.

6. *Coordinación nacional de las instituciones de salud.*

Con otras instituciones del Estado, la principal, Secretaría de Estado de Salud y Asistencia, a base de reciprocidad con otras instituciones o convenios bipartitas.

ECUADOR

1. *Población total: 6 598 300 habitantes.*

2. *Población protegida.*

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social protege a 330 825 derechohabientes, que representan el 5% de la población total del país.

Se da protección exclusivamente al trabajador asegurado. No se protege al núcleo familiar, aún cuando está planeada la extensión de la prestación de salud a los familiares de los afiliados, a partir de 1974, probablemente.

3. *Características de las prestaciones médicas.*

La prestación médica que se otorga al asegurado, es integral. Se brinda asistencia completa por maternidad, prenatal, obstétrica y postnatal, solamente a la asegurada.

El IESS tiene contratados a 429 médicos, o sea el 21% de los que ejercen en Ecuador.

4. *Esquemas de organización para otorgar las prestaciones médicas.*

4.1 Los servicios médicos están organizados en el sistema directo; existen 12 hospitales y 40 dispensarios del Seguro Social en todo el territorio ecuatoriano.

Sin embargo, también se subrogan servicios en establecimientos públicos oficiales con instituciones privadas y con médicos particulares.

4.2 En el IESS es considerada básica la atención en el nivel de medicina general, pero no se destaca la importancia de las funciones del médico general en la organización actual de sus servicios de salud.

4.3 En el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social "no hay médicos familiares sino médicos tratantes con cuatro horas diarias de servicio, que atienden en los consultorios de las unidades operativas. También existen médicos domiciliarios, con cuatro horas diarias de servicio, para atención a los afiliados que por su estado de salud no pueden concurrir al consultorio".

4.4 Esquemas para áreas urbanas y suburbanas.

En la práctica funciona un sistema informal de regionalización en niveles de atención médica, que no está normalizado.

5. *Esquemas para zonas rurales.*

Se ha establecido el Seguro Social al Campesino, que ya atendió 10 000 habitantes de 14 comunas campesinas en 1973.

Actualmente la prestación de salud es inadecuada por ser intermitente, provista por médicos que viajan de las capitales provinciales a la comunidad campesina, tres veces por semana, dando dos horas de atención médica, cada vez, y consumiendo dos horas en su movilización. En el futuro se pretende que la prestación médica sea permanente, con médico residente en la zona rural y con la ayuda de una enfermera graduada y 5 auxiliares de enfermería, por cada 10 000 habitantes, disponiendo

de centros de salud para atención ambulatoria integral de la salud y camas de emergencia. Estos centros serían unidades periféricas de hospitales base, dentro de un sistema de regionalización de la atención médica.

6. *Coordinación nacional de las Instituciones de Salud.*

Existe aunque limitada, se rige por Decreto Ejecutivo de 15 de abril de 1972 al reestructurarse el Ministerio de Salud Pública. Se establece en relación con campañas de medicina preventiva y también para la administración conjunta de centros sanitarios en ciertas localidades rurales.

EL SALVADOR

1. *Población total: 2 760 437 habitantes.*

2. *Población protegida.*

La población protegida por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social es de 167 962 derechohabientes, de los cuales 124 061 son asegurados cotizantes y 43 364 son beneficiarios (esposa o compañera de vida).

Se adquiere derecho a recibir atención en los servicios médicos del ISSS sólo por derecho propio siendo asegurados cotizantes y también en el caso de la mujer al ser esposa o compañera de un asegurado directo, pero restringida a la maternidad. El ISSS no cubre al núcleo familiar del asegurado.

3. *Características de las prestaciones médicas.*

Los servicios médicos que otorgan son integrales y comprenden los aspectos de prevención médica, asistencia médico quirúrgica, aparatos de prótesis y ortopedia y rehabilitación.

Los principales aspectos de la prevención médica que se realizan son: censo torácico, planificación familiar, detección precoz del cáncer y cuidado prenatal.

La mujer sólo en caso de que sea asegurada directa o cotizante o siendo cónyuge de un asegurado directo, tiene derecho a recibir una asistencia completa por maternidad, que comprende la pre-natal, la obstétrica y la postnatal. Además se le otorga ayuda

para la lactancia y un conjunto de ropa y utensilios para el recién nacido.

Las prestaciones médicas se conceden hasta 52 semanas por una misma enfermedad.

4. *Esquemas de organización para otorgar las prestaciones médicas.*

4.1 Los servicios médicos del ISSS tienen un sistema directo de organización. La casi totalidad de asegurados y beneficiarios, es atendida con personal e instalaciones propias de la institución. Únicamente en pocos casos de municipios muy alejados de los centros hospitalarios del Instituto, se han celebrado convenios de atención hospitalaria para asegurados, con organismos oficiales y privados.

4.2 El médico general es básico en la organización de los servicios médicos.

4.3 No existe en el ISSS el médico familiar.

4.4 Esquemas para las áreas urbanas y suburbanas.

Siguen el sistema de regionalización en niveles de asistencia médica siguiente: El Instituto cuenta en el primer nivel con el Centro Médico Nacional, en la ciudad capital de la República, en donde se dispone de los mejores recursos humanos y materiales para dar una atención verdaderamente eficiente tanto de consulta externa como de hospitalización, a la población de las zonas metropolitana y central del país, sirviendo además su hospital general y sus clínicas de especialidades, como centro de concentración nacional para los casos más de licados

En segundo nivel cuenta con hospitales regionales en las ciudades de San Miguel, Santa Ana y Sonsonate, para atender a las poblaciones de las zonas oriental y occidental del país.

En tercer nivel dispone de unidades médicas pequeñas que dan servicios de consulta externa y de hospitalización situadas en lugares un tanto alejados del centro médico nacional y de los hospitales regionales.

En cuarto nivel dispone de unidades pequeñas que dan únicamente servicios de consulta externa ya que se encuentran diseminados en todo el país.

5. *Esquemas para las zonas rurales.*

No se cubre aún a la población rural. No obstante, en el Plan Quinquenal del ISSS(1973—1977) se contempla la implantación de un plan piloto para la cobertura de los trabajadores agrícolas del Departamento de Sonsonate. En este plan se propone el otorgamiento de prestaciones médicas de consulta externa, por parte del Instituto, a toda la población del campo de los municipios del citado departamento (incluyendo asalariados y no asalariados).

Para esto, pasarían a control del Instituto, todas las instalaciones de consulta externa de que dispone el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en tales lugares. Asimismo, se propone el otorgamiento de prestaciones de hospitalización, por parte del Instituto, a la población asegurada, quedando el resto de la población cubierta por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Se pretende que la cotización esté constituida por un impuesto relacionado con la renta proveniente de la explotación de la tierra, un pequeño impuesto a la propiedad urbana, participación del Estado y cotización del trabajador.

6. *Coordinación nacional de las instituciones de salud.*

Se ha logrado una buena coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que reviste particular importancia en la construcción de nuevos hospitales.

GUATEMALA

1. *Población total: 5 211 929 habitantes.*

2. *Población protegida.*

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social protege 613 365 derechohabientes, de los cuales 486 863 son asegurados cotizantes y 114 612 son beneficiarios, el resto son pensionados.

Es restringida la protección de la salud del núcleo familiar.

Tienen derecho a recibir atención médica en el IGSS los trabajadores al ser asegurados cotizantes; la cónyuge del asegurado directo sólo recibe asistencia por maternidad y a los hijos se les otorga atención pediátrica hasta los 2 años de edad.

Opera en todo el país la protección de accidentes en general, pero sólo en el Departamento de Guatemala todos los programas de salud en vigor.

3. *Características de las prestaciones médicas.*

Los servicios médicos proporcionados tienden a ser integrales y comprenden asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica, odontológica y hospitalaria.

Los principales servicios de prevención médica son los siguientes: Puericultura en escuelas de madres, planificación familiar, prevención de accidentes de trabajo y comunes, prevención de enfermedades profesionales, prevención de otras enfermedades.

Se dan servicios de rehabilitación y se proporcionan aparatos de prótesis y ortopedia, en caso de riesgos del trabajo.

La mujer tiene derecho a recibir asistencia por maternidad cuando es asegurada cotizante o cuando es cónyuge de asegurado directo. La asistencia que recibe es integral, prenatal, obstétrica y postnatal.

Además se proporciona atención pediátrica a los hijos de asegurados hasta los dos años de edad.

Las prestaciones médicas se otorgan en caso de enfermedad general o accidente, por todo el tiempo requerido. En caso de maternidad durante el embarazo, parto y puerperio; la beneficiaria debe pedir prestaciones dentro de los seis primeros meses del embarazo.

Prestan sus servicios en el IGSS 569 de los 1 286 médicos que existen en el país.

4.1 El IGSS en sus servicios médicos adopta el sistema directo de organización. Cuenta con un total de 69 unidades médicas (25 hospitales, 15 consultorios y 29 puestos de primeros auxilios) debidamente equipados.

- 4.2 El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en sus programas de accidentés, enfermedad y maternidad para proteger a sus derechohabientes, concede importancia al médico general, que no se destaca en la organización actual de sus servicios médicos.
- 4.3 El IGSS informa lo siguiente: “en Guatemala no se ha desarrollado un programa de medicina familiar, ya que los médicos generales y los especialistas trabajan a través de una relación médico-paciente, que si bien se proyecta en la familia por la naturaleza del trabajo médico, no representa un servicio médico desarrollado con alcances de protección familiar integral”.
- 4.4 Esquemas para áreas urbanas y suburbanas.

El sistema de regionalización que funciona corresponde a la división política del país en Departamento. Hay servicios centrales, servicios departamentales, servicios técnicos y servicios de medicina preventiva, coordinados por la Dirección General de Servicios Médicos Hospitalarios.

5. *Esquema para el medio rural.*

Igual al del medio urbano, pero sólo en el Departamento de Guatemala.

6. *Coordinación nacional de las instituciones de salud.*

Existe coordinación a nivel nacional de las instituciones que otorgan servicios de salud.

MEXICO

1. *Población total: 53 584 975 habitantes.*

2. *Población protegida.*

Actualmente en México, más de la cuarta parte de su población total, o sean aproximadamente 15 millones de personas están protegidas por sistemas de seguridad social, que son básicamente: El Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y las Instituciones de Seguridad Social Militar y de la Armada; a los

que se adicionan los esquemas de seguro social, que por contrato colectivo de trabajo, tienen establecidos Petróleos Mexicanos y Ferrocarriles Nacionales para sus trabajadores y familiares a cargo, y aún los servicios sociales y de atención médica para los empleados de las instituciones bancarias.

De los sistemas de seguridad social ya señalados, se presenta información en relación con el IMSS y con el ISSSTE, por ser las Instituciones que dieron respuesta a la encuesta.

El Instituto Mexicano del Seguro Social protege a: 12 660 700 derechohabientes dentro de su sistema de aseguramiento urbano; en la actualidad, ha extendido sus servicios mediante esquemas modificados de aseguramiento, a 517.000 derechohabientes de distintas zonas agrícolas del país. Igualmente, está proporcionando servicios médicos bajo sistemas de solidaridad social a 510.000 habitantes en el área rural del Norte del país. Se otorga protección al trabajador asegurado, a la esposa o compañera, a los hijos menores de 16 años, prorrogándose a la edad de 21 años, cuando realicen estudios en planteles de sistema educativo nacional. Igualmente, protege a los ascendientes, padre y madre del asegurado cuando existe convivencia y dependencia económica del trabajador.

3. *Características de las Prestaciones Médicas.*

La prestación médica que se otorga en el sistema urbano comprende: Asistencia médico quirúrgica, farmacéutica, odontológica ambulatoria y hospitalaria a sus derechohabientes hasta por un lapso de 52 semanas por una misma enfermedad, prorrogable hasta por 26 semanas más, a juicio del médico tratante. Tratándose del asegurado, recibe subsidio económico si existe incapacidad para el trabajo hasta por 52 semanas. La prestación médica en el caso de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, proporciona además, aparatos de prótesis, de ortopedia, de rehabilitación y un subsidio de salario por un plazo hasta de 76 semanas por la misma enfermedad; dicho subsidio, es igual al 100% del salario registrado.

La asistencia por maternidad se otorga a la asegurada y a la esposa o compañera del asegurado, durante el embarazo, el parto y el puerperio, con las siguientes prestaciones: asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, ayuda en especie por 6 meses para la lactancia y una canastilla al nacer el hijo, que se entrega exclusivamente a la madre asegurada. Igualmente,

se prevén los servicios de medicina preventiva y de rehabilitación.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene contratados 10 083 médicos; 9 091 enfermeras; 14 348 auxiliares de enfermería y, mantiene bajo programas de enseñanza de pre y post grado, a 4 772 becarios médicos; el resto del personal no médico está constituido por 27 998 trabajadores. La suma total del personal de salud es de 66 292 trabajadores.

4. *Esquemas de Organización para otorgar las Prestaciones Médicas.*

Los servicios médicos están organizados fundamentalmente en el sistema directo, existiendo algunos servicios con los cuales se mantienen contratos de subrogación en instituciones privadas y oficiales. Los servicios propios de la Institución suman 917 unidades con las siguientes características:

Hospital General	6
Hospital de Especialidades	17
Clínica Hospital de Especialidades	1
Clínica Hospital T-1	60
Clínica Hospital T-2	40
Clínica Hospital T-3	199
Clínicas de Campo	55
Clínicas Hospital de Campo	21
Clínica "B"	208
Clínica "A"	31
Puesto de Fábrica	206
Unidad de Móvil	17
Total:	917

- 4.1 El Instituto Mexicano del Seguro Social otorga prestaciones médicas consideradas a nivel de medicina general, a través del Sistema Médico Familiar, que es un servicio directo, impartido por personal y en unidades del Instituto.

La base de la organización del Sistema Médico Familiar es la adscripción fija de determinado número de asegurados y beneficiarios a un sólo médico, al que se responsabiliza de la salud integral de la población colocada a su cuidado; es el eje que determina las interconsultas a especialistas y los ingresos a hospitalización; cuenta para ello con el apoyo de todos los recursos de la Institución.

- 4.2 Para la organización y supervisión de los servicios médicos dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha estructurado la Subdirección General Médica, órgano máximo en la dirección de los servicios médicos y de ella dependen tres áreas operativas:

La Jefatura de Servicios Médicos del Valle de México.

La Jefatura de Servicios Médicos en Estados y Territorios.

La Jefatura de Servicios Médicos de Campo y Solidaridad Social.

La Jefatura de Servicios Médicos del Distrito Federal y Valle de México ha regionalizado su campo de acción en dos regiones, y a su vez, cada una de ellas, en cuatro zonas.

La Jefatura de Servicios Médicos en Estados y Territorios ha regionalizado en tres regiones, y a su vez, todas ellas constituyen doce zonas.

La Jefatura de Servicios Médicos de Campo y Solidaridad Social se apoya en las dos anteriores, en sus programas específicos de atención médica a núcleos rurales o de marginación económica.

El esquema de atención médica en estas Dependencias está constituido por un primer nivel de atención en consulta externa de medicina general y servicios de medicina preventiva, que se apoyan en un segundo nivel de atención médica y hospitalización constituidos por servicios de consulta externa y hospitalización en los que fundamentalmente se ejercen las ramas básicas de la medicina: pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y medicina interna. Cuenta con servicios de odontología, auxiliares de diagnóstico, rayos x, laboratorio y farmacia.

En este segundo nivel de atención, aparecen hasta cuatro servicios de especialidades, entre los que fundamentalmente se cuentan: otorrinolaringología, oftalmología, traumatología y cardiología.

El tercer nivel de atención está constituido por unidades

de concentración, en que los servicios de consulta externa y hospitalización presentan una estructura compleja, de conformidad con los núcleos de población por atender. Estas unidades pueden ser tanto clínicas hospitalares como hospitales de especialidades. En estas unidades médicas aparecen todos los servicios especializados que sean necesarios, así como servicios auxiliares de diagnóstico de gran estructuración.

Cualquier derechohabiente de cualquier lugar de la República, cuando a juicio del médico tratante, es necesaria la interconsulta u hospitalización, es trasladado por cuenta de la Institución, de la zona a las regiones mencionadas, en un servicio de carácter nacional en el que se procura la máxima utilización de los recursos humanos y físicos existentes; esta secuela de traslados y regionalización es válida tanto para el Régimen de aseguramiento Urbano, como para los Esquemas Modificados del área rural. En el caso de los servicios de solidaridad social, los niveles de atención se mencionan en el capítulo correspondiente.

5. *Esquemas para zonas rurales.*

Desde el año de 1954, el Instituto Mexicano del Seguro Social extiende su protección a núcleos campesinos en el Noroeste del país, habiendo aplicado un Régimen exactamente igual que el que opera en el Régimen Urbano. En 1963 estableció una Ley de carácter nacional, para el aseguramiento de núcleos campesinos dedicados al cultivo y producción de la caña de azúcar, estas modalidades permitieron al Instituto Mexicano del Seguro Social un desenvolvimiento limitado, ya que las características del aseguramiento a una agricultura tecnificada o de explotación industrial no permiten su expansión a núcleos campesinos cuya explotación agrícola en ocasiones es una agricultura de consumo o de subsistencia.

Conforme a la nueva Ley del Seguro Social, establecida en el año de 1973, se contemplan mayores posibilidades de extensión a núcleos campesinos con las siguientes modalidades:

Esquemas Modificados:

Aseguramiento por zonas o en grupos homogéneos de producción, pago mínimo de cuotas para atención médica y prestacio-

nes diferidas, que pueden ser financiadas en forma tripartita, o bipartita, cuando las condiciones regionales, previamente estudiadas, lo justifiquen.

El pago de la cuota es por una sola vez y uniforme a todos los jefes de familia, cuota que se cubre mediante anualidades o ciclos agrícolas. Las prestaciones que se otorgan, son: asistencia médica, farmacéutica, quirúrgica y hospitalaria que sea necesaria, inclusive, con traslados por cuenta de la Institución hasta los centros médicos nacionales. No existen pago de prestaciones en dinero por enfermedad general, accidentes de trabajo, riesgos profesionales y maternidad. Existen prestaciones económicas en el caso de muerte, invalidez, viudedad y orfandad; en el caso de muerte, se otorga una ayuda para funeral, no menor de \$1,000.00; a los beneficiarios de invalidez, orfandad y viudedad se otorga una pensión mensual de carácter uniforme, sin importar ingreso mayor o menor de los asegurados. Esta pensión no es menor a \$600.00 mensuales. Se extiende a la viuda hasta su muerte o al contraer nuevas nupcias, la de orfandad hasta los 16 años, prorrogable hasta los 25 años si están estudiando.

Entre las zonas que están operando con este sistema, se pueden mencionar las siguientes: Yucatán (zona henequenera); Tabasco (zona agropecuaria de la Chontalpa); Nayarit (zona tabaquera); Coahuila y Durango (zona algodонера de la Laguna); Coahuila (Zona candelillera); Guerrero (zona coprera e ixtlera).

Solidaridad Social.

La nueva Ley del Seguro Social de 1973 establece la obligatoriedad de los servicios sociales, en que se prevé que la Institución, a fin de brindar un mínimo de protección a grupos que permanezcan al margen del desarrollo nacional y que, atendidos a su propia condición no tienen capacidad suficiente para incorporarse a los grupos de aseguramiento ya existentes, organice los Servicios de Solidaridad Social como una expresión de la solidaridad nacional, en apoyo de grupos o comunidades que tendrán, en esta expresión, las posibilidades de aceleramiento en su desarrollo económico y social al no sustraer de su precaria economía, los gastos que la atención médica representa. Estos servicios comprenden asistencia médica, farmacéutica e inclusive hospitalaria. Ellos son proporcionados exclusivamente en favor de núcleos de profunda marginación económica en los medios rural, suburbano y urbano. El Poder Ejecutivo Federal determina las zonas o grupos afectos a programas de solidaridad social.

Los servicios de solidaridad social son sufragados por el Estado y el Instituto Mexicano del Seguro Social, con aportaciones que comprenden del 60 al 75% del total de los gastos por el Estado y, del 40 al 25% por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Estos servicios, en el momento actual, se encuentran operando en el Norte de la República, proporcionando atención médica a 500 000 sujetos de solidaridad social. No existen prestaciones económicas, el esquema de atención médica, se desarrolla en la siguiente forma:

El primer nivel es la utilización de los recursos existentes por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para la atención de consulta externa.

El segundo nivel, es proporcionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en clínicas hospitalares que están provistas de los siguientes servicios: atención médica, farmacéutica y hospitalaria, en medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecoobstetricia, así como servicios de odontología, rayos x y laboratorio.

El tercer nivel, para la alta especialización, se otorga en las unidades hospitalarias dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tanto a nivel local, zonal o nacional.

Existe un programa en el momento actual, que comprende la construcción, por el Instituto Mexicano del Seguro Social, de 100 clínicas hospitalares de campo, con un promedio de 60 camas de hospital por unidad, que se ubicarán en todo el ámbito del país; el programa constructivo es en tres etapas: 40 en 1974; 30 en 1975 y 30 en 1976.

6. *Coordinación Nacional con las Instituciones de Salud.*

Por Decreto Presidencial se creó la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social que está formada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; a través de esta Comisión se coordinan las actividades en salud, buscando la utilización adecuada de los recursos humanos y físicos existentes evitando la duplicidad, y la subutilización de los recursos.

Se han establecido sistemas de coordinación con otros organis-

mos dependientes del Gobierno de la República, uno de ellos, la Compañía Nacional de Subsistencias Populares -órgano de control en la producción y precios en los productos básicos de alimentación- que construye mediante sus recursos económicos, unidades médicas a nivel de consulta externa en medicina general y medicina preventiva. Estas unidades médicas, al término de su construcción, son entregadas al Instituto Mexicano del Seguro Social para su operación. Los servicios médicos proporcionados, son de la absoluta responsabilidad del IMSS, mediante los programas que la Subdirección General Médica ha establecido. Este programa prevé la construcción de 1 000 unidades en toda la República en un trienio. Para el año de 1974, de un total de 320 en construcción, se encuentran operando 81; el año de 1975 considera la construcción de 300 unidades más y, en 1976, la terminación y operación de 280 clínicas de consulta externa. Estos programas trienales a su terminación, contarán con 100 clínicas hospitalares, con un total de 6 000 camas de hospital y 1 000 unidades de consulta, que aunadas a la utilización adecuada de los recursos existentes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, habrán creado una infraestructura básica de los servicios de salud. Se estima que estas medidas protegerán a 10 millones de habitantes en zonas rurales, mediante esquemas de solidaridad nacional que permitirán acortar las distancias del desarrollo de un México dual, urbano y rural.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

La población protegida por este Instituto alcanza una cifra de 2 088 824 derechohabientes, de los cuales 617 392 son asegurados.

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, fue promulgada en el año de 1960. Se aplica a los trabajadores al servicio de la federación del Departamento del Distrito Federal y de los Territorios Federales. Los servicios se extienden al grupo familiar, y en el caso de los hijos, a los menores de 16 ó 19 años, cuando estudian y dependen económicamente del asegurado.

Se otorgan las mismas prestaciones a los padres del asegurado cuando dependen económicamente de él.

La cobertura comprende atención médica integral para todos los miembros señalados, incluyendo maternidad para la esposa o compañera.

3. *Características de las prestaciones médicas.*

Los servicios médicos que se otorgan son integrales y comprenden asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y odontológica, tanto ambulatoria como hospitalaria, así como servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento necesarios.

Se proporciona la asistencia médica por maternidad, por derecho propio de la asegurada, o a la esposa o compañera del asegurado; además existen servicios de medicina preventiva incluyendo educación para la salud.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, tiene contratados a 15 893 trabajadores, de ellos 4 880 son médicos; 1 438 técnicos de laboratorio y gabinete; 5 125 son personal de enfermería y 4 850 empleados administrativos.

4. *Esquemas de organización para otorgar las prestaciones médicas.*

El Instituto, otorga atención con personal propio a todas aquellas poblaciones que tienen 10 000 derechohabientes, o más, e instala servicios completos incluyendo construcción de unidades propias a todas las ciudades donde radican 20 000 o más derechohabientes.

El Instituto, contrata en algunas poblaciones servicios a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al Instituto Mexicano del Seguro Social y a algunos hospitales municipales, a fin de evitar duplicidad de gastos por instalación y mantenimiento.

La contratación de clínicas u hospitales privados, se efectúa en aquellas poblaciones donde radican menos de 10 000 derechohabientes, mediante contrato de subrogación.

Las poblaciones donde los derechohabientes del Instituto, son muy escasos y se encuentran alejados geográficamente de centros de concentración urbanos, son atendidos por médicos particulares mediante convenios especiales.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, tiene un Sistema Médico Familiar, en el que se fija un número determinado de población derechohabiente adscrita a cada médico. Siendo éste el responsable del cuidado de la salud integral del núcleo de población que tiene adscrito.

A través de él, se realizan las interconsultas a servicios especializados y los ingresos a hospitalización. Existe un sistema de regionalización en niveles de asistencia médica, tanto a nivel de operación, como en la distribución de zonas geográficas para la operación de unidades de consulta Externa a nivel de medicina general.

Unidades de Consulta Externa a nivel de especialidades y Clínicas Hospitales de Concentración de carácter regional o nacional.

5. *Esquemas para el medio rural.*

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es una Ley de carácter federal y específicamente dictada para los trabajadores al servicio del Estado, por lo tanto, hasta el momento no existen enmiendas o modificaciones a la misma, ya que por la índole de su especificación, no existen trabajadores al servicio del Estado en zonas rurales.

6. *Coordinación nacional de las instituciones de salud.*

Existe por decreto, la Comisión Nacional de Actividades de Salud, Asistencia y Seguridad Social, en la que intervienen: la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; en dicha comisión se establecen las políticas generales de los servicios de salud y asistencia, llevando como objetivo evitar la duplicidad de instalaciones, la subutilización de las mismas y el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales existentes.

PANAMA

1. *Población total: 1 523 500 habitantes.*

2. *Población protegida.*

La Caja de Seguro Social protege a 436 271 derechohabientes, de ellos 202 150 son asegurados cotizantes; 213 776 beneficiarios y 20 345 son pensionados y dependientes de pensionados.

Tienen derecho a recibir los servicios médicos del seguro social por derecho propio siendo asegurados cotizantes. En el caso de la mujer, cuando es cónyuge de un asegurado directo. Los hijos

de los asegurados, reciben asistencia médica hasta el límite de 10 años de edad. Por último, el hijo que es beneficiario de una pensión de orfandad, exclusivamente en los casos de muerte del padre por riesgo profesional, también tienen derecho a prestaciones médicas hasta los 18 años o vitalicia si es inválido.

3. *Características de las Prestaciones Médicas.*

La atención médica que se otorga comprende asistencia médica quirúrgica y hospitalaria, prestación farmacéutica, asistencia, odontológica y en el campo de la prevención médica, vacunaciones contra enfermedades transmisibles. La rehabilitación es limitada y no se proporcionan aparatos de prótesis y ortopedia.

Las mujeres tienen derecho a recibir asistencia por maternidad sólo por derecho propio, cuando son aseguradas cótizantes.

La asistencia que reciben comprende la prenatal, la obstétrica y la postnatal.

Los asegurados reciben las prestaciones médicas hasta por 6 meses, por la misma enfermedad, prorrogables por una Comisión de Prestaciones.

En caso de maternidad, la asegurada recibe la asistencia requerida desde que se certifica el embarazo hasta 8 semanas después del parto.

En la Caja de Seguro Social laboran 842 médicos.

4. *Esquemas de Organización.*

4.1 Los servicios médicos están organizados, fundamentalmente, en un sistema directo.

4.2 En la reorganización del Sistema de Salud de la Seguridad Social Panameña, se está logrando situar al Médico de Cabecera -médico general- en el centro principal de todo el Sistema, como el pilar más importante; cambiando el sentido que hasta ahora imperaba, teniéndose al especialista como el factor determinante y al médico de cabecera como simple remitente de pacientes.

4.3 Hasta ahora el nivel jerárquico del médico general, es el más bajo, es el único médico que se nombra en cuarta categoría, en donde debe laborar por seis (6) largos años.

- 4.3 En relación con el sistema de Salud de la Caja de Seguro Social de Panamá, se informa lo siguiente: El Sistema Médico Familiar, se inició en Panamá en el año de 1969, siendo substituído por el Sistema Médico de Adscripción en el año de 1971. El cambio se debió a que el Sistema Médico Familiar confrontaba dificultades en el desarrollo de su programa, quizás por haber sido importado e instaurado sin adaptarlo a las necesidades del país. El Sistema Médico Familiar sólo se limitaba a tratar de organizar la consulta externa en el campo de la medicina general.

El Sistema Médico de Adscripción, se inspira en una nueva filosofía que tiene como base fundamental, la reorganización total y la planificación científica de todos los servicios médicos y para médicos e incluso, con los cambios necesarios en la parte administrativa.

Se decide aplicar su Sistema Libre de Adscripción y no el familiar, debido a que, desdichadamente las reglamentaciones de la seguridad social no abarcan a toda la familia, ni dan un servicio integral y completo. Este Sistema es flexible y se adapta a los programas "familiares", comunitarios; haciendo énfasis en la medicina integral hasta donde las estructuras lo permitan.

En el poco tiempo que lleva funcionando este Sistema en Panamá ha dado frutos muy beneficiosos. El médico general se encuentra muy motivado y confía en el Sistema como medio de superación profesional. Las demás especialidades se están adaptando y brindando su colaboración al igual que los demás servicios paramédicos y su personal.

Preocupa grandemente el que el médico general este ejerciendo esta especialidad sin habersele preparado adecuadamente, Es de desearse que la Comisión Regional Americana Médico Social, nombre una comisión que estudie este problema en todos los países y brinde la orientación, para la solución del mismo.

Creemos que esta especialidad debe ser impartida en cada país, tomando en cuenta sus características regionales e integrando con los programas de Salud Pública, tratando de eliminar los absurdos matices "seguristas" o "salubristas" que afectan la proyección de la medicina integral.

4.4 Esquemas para áreas urbanas y suburbanas.

El médico de cabecera que cumple una jornada de 8 horas diarias, en dos turnos o en forma continua, tiene como función específica el mantener la salud de toda su población (300 pacientes por hora mes), y tiene libertad para programar su consulta y actividad.

Está demás mencionar su labor en medicina curativa, preventiva y educadora.

Su acción se vé limitada en cuanto que él no atiende a toda la familia y su población no está integrada a un sector limitado.

En medicina preventiva, cuando se diagnostica una enfermedad que puede afectar a la familia, ésta es llamada y tratada aunque no sea asegurada.

En el área metropolitana, su acción está limitada a la consulta externa y son médicos de adultos. En el área rural hay médicos de adultos, médicos mixtos e incluso con labor hospitalaria.

Su acción y relación con los otros servicios médicos y paramédicos son totalmente determinantes. De él depende el buen uso de estos servicios por ser quién atiende al 100% de la población.

5. *Esquema para el Medio Rural.*

Son similares a los señalados para las áreas urbanas y suburbanas.

6. *Coordinación Nacional de las Instituciones de Salud.*

La coordinación se ha establecido entre la Caja de Seguro Social y las otras Instituciones que brindan servicios de salud a nivel de las mismas prestaciones, especialmente médicas y de hospitalización. Esta coordinación se amplió a partir de 1970, cuando la Institución incorporó dentro de sus riesgos cubiertos los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

PERU

1. *Población total: 13 572 052*

2. *Población protegida.*

El Seguro Social del Perú protege a 1 732 193 asegurados que representan el 12.7% de la población total del país.

Se dá protección exclusivamente al trabajador asegurado. No se protege al núcleo familiar.

3. *Características de las Prestaciones Médicas.*

La prestación médica que se otorga es integral. Se brinda asistencia completa por maternidad: prenatal, obstétrica y postnatal.

El Seguro Social del Perú tiene contratados a 1 591 médicos, que representan el 19% de los que ejercen en el país.

4. *Esquemas de Organización para Otorgar las Prestaciones Médicas.*

4.1 El Seguro Social del Perú ha integrado, unificado a la Caja Nacional de Seguro Social (Seguro Social Obrero), y al Seguro Social del Empleado. Los servicios médicos están organizados por el Sistema Directo, con centros asistenciales propios y con profesionales contratados para la atención de los asegurados en Lima y algunas provincias en donde también cuentan con hospitales propios. En el resto de las provincias, por servicios contratados con el Ministerio de Salud. También existe el Sistema Prestaciones por la Libre Elección o prestación libre, consistente en un sistema de reembolso de las prestaciones médica, quirúrgica, farmacéutica y atención dental, a los asegurados que se han atendido con profesionales particulares, y/o en centros asistenciales privados.

Los reembolsos se efectúan de acuerdo a una tarifa determinada para cada acto médico, quirúrgico, exámenes auxiliares y tratamiento especiales.

4.2 En los Seguros Sociales de Perú, es considerada básica la atención en el nivel de medicina general, pero no se destaca la importancia de las funciones del médico general en la organización actual de sus servicios de salud.

4.3 En la organización de los servicios de salud de los Seguros Sociales de Perú, no se cuenta con el tipo de Médico Familiar, su labor está absorbida por los médicos generales.

4.4 Esquemas para Areas Urbanas y Suburbanas.

En la práctica funciona un sistema informal de regularización en niveles de atención médica.

5. *Esquema para Zonas Rurales.*

Similar al de las áreas urbanas.

6. *Coordinación Nacional de las Instituciones de Salud.*

Existen convenios firmados entre el Seguro Social de Perú por un lado y el Ministerio de Salud y la Beneficencia Pública por el otro, para la atención de asegurados y que rige desde el primero de julio de 1973. Asimismo, por disposición gubernamental, en casos de urgencia, las Instituciones de Seguridad Social deben prestar la primera atención médico-quirúrgica en forma indiscriminada a toda la población.

VENEZUELA

1. *Población total: 10 000 000 de habitantes.*

2. *Población protegida.*

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales protege 2 000 000 de derechohabientes, siendo 700 000 asegurados cotizantes y 1 300 000 beneficiarios.

3. *Características de las Prestaciones Médicas.*

Se adquiere el derecho a recibir atención médica en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales por derecho propio, al ser asegurado cotizante, pero también como hijo de un asegurado directo o como beneficiario de pensión de orfandad, en estos dos últimos casos la edad límite es la de 16 años. La mujer adquiere este derecho al ser cónyuge de un asegurado cotizante.

Los servicios médicos que se otorgan son completos y comprenden asistencia médico quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica, rehabilitación y aparatos de prótesis y ortopedia. Son muy limitados los servicios de prevención médica, incluida la educación para la salud.

La mujer tiene derecho a recibir asistencia por maternidad por

derecho propio, cuando es asegurada cotizante, pero también en el caso de que sea cónyuge de asegurado cotizante. La asistencia que se recibe comprende la prenatal, la obstétrica y la postnatal. Se reciben prestaciones médicas durante 52 semanas, para la misma enfermedad; el plazo es prorrogable en forma ilimitada si hay dictámen médico favorable.

El IVSS tiene contratados a 3 200 médicos de los 10 000 que están autorizados para ejercer en el país.

4. *Esquemas de Organización para otorgar las Prestaciones Médicas.*

4.1 La organización sigue el sistema directo.

4.2 Aún cuando se concede importancia al papel del médico general, éste ocupa el nivel jerárquico más bajo, según informa el IVSS.

4.3 No existe médico familiar y hay muy poca proyección hacia la familia y ninguna hacia la comunidad.

4.4 No se proporcionó información.

5. *No se proporcionó información.*

6. *No existe coordinación entre el IVSS y otros servicios nacionales de salud.*

VII Proyecciones futuras.

Como se ha expuesto anteriormente, las Instituciones Latinoamericanas de Seguridad Social, en la planeación de sus esquemas para otorgar prestaciones médicas en los medios urbano, suburbano y rural, consideran como elemento fundamental al médico general, que para el adecuado cumplimiento de sus funciones debe proyectar su acción al núcleo familiar, Dentro de la organización del servicio médico, corresponde a este médico coordinar todas las acciones institucionales y darles proyección humana, familiar y comunitaria en el medio que lo rodea; y que, por lo tanto debe conocer perfectamente las condiciones sociales y económicas de su época, de su país, de la comunidad a la que sirve, del medio en que se desenvuelve, así como sus problemas de salud y los recursos con que cuenta para solucionarlos. A ello debe agregar cualidades de guía para organizar a los miembros de la comunidad en beneficio de su salud, y contribuir, con su ejemplo, haciendo una labor de educación en cada uno de sus actos profesionales.

La problemática de salud expuesta, la organización actual de los servi-

cios médicos, las modificaciones legislativas recientes que han permitido modificaciones administrativas y de financiamiento para la extensión de la seguridad social a sectores de la población que habían permanecido marginados, orientan hacia nuevos sistemas de organización que se apartan de los tradicionales y que permiten, en cada país, establecer esquemas adaptados a sus peculiaridades tal como se observa en algunos de los ejemplos de los resúmenes nacionales presentados.

Estos procedimientos son factibles cuando los programas de la seguridad social están integrados en la política nacional de desarrollo, lo que favorece la coordinación entre las distintas instituciones que ejercen su acción en los campos de la salud y el bienestar.

Como se ha hecho referencia en la introducción, la Comisión Regional Americana Médico Social, organizó con motivo del XXX Aniversario de la Iniciación de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social varios seminarios médico sociales, entre los cuales el que trató el tema "El Médico Familiar, su importancia en los servicios institucionales de salud integral", en su informe final señaló recomendaciones que son vigentes y de aplicación práctica en el área latinoamericana, para orientar las proyecciones futuras de los esquemas de organización para proporcionar prestaciones médicas al núcleo familiar en las áreas urbanas, suburbanas y rurales.

1. El proceso acelerado de transformación de la sociedad actual, ha provocado un desajuste de la vida familiar, que tiene repercusiones en la salud de sus miembros.
2. Los trastornos de la salud provocados por este proceso, tienen características variadas en relación con problemas ambientales, sociales, culturales, psicológicos, epidemiológicos, económicos que, en su conjunto representan un desequilibrio ecológico.
3. El Médico Familiar, es considerado como el profesional adecuado para la promoción y el cuidado de la salud integral apoyado por un equipo multidisciplinario.
4. Servirá a la población como el primer contacto del derechohabiente con los servicios de salud integral de la Institución.
5. El Médico Familiar ejercerá sus funciones en las unidades médicas de adscripción, teniendo bajo su responsabilidad a cierto número de derechohabientes residentes en un área determinada.
6. Vigilará el estado de salud de los derechohabientes a su cargo, dando asistencia médica integral y refiriendo a sus pacientes, cuando sea

necesario, a los servicios especializados de la Institución, manteniendo siempre bajo su responsabilidad a la continuidad de la atención.

7. Actuará como el coordinador para el empleo adecuado y oportuno de los recursos de salud del sistema, a fin de asegurar la prestación médica integral.
8. Orientará sus acciones hacia la familia, teniendo presentes las importantes áreas de las ciencias del comportamiento y de los factores de salud derivados del ambiente y de las relaciones humanas.
9. Tomando en cuenta que toda unidad médica es potencialmente una unidad docente, el Médico Familiar debe participar en el proceso enseñanza aprendizaje, tomando bajo su tutela estudiantes de medicina a fin de transferirles conocimientos, aptitudes y destrezas en la práctica de la medicina familiar. Debe, además, participar en programas de investigación médico social.
10. Las escuelas de medicina deben revisar sus programas de enseñanza, a fin de adecuarlos a las exigencias del cuidado de la salud de la familia, en los medios urbano, suburbano y rural.
11. Para cumplir satisfactoriamente con sus programas de salud integral a la familia y a la comunidad, las instituciones deben conceder especial atención a la captación de postgrado y a la educación continuada del médico familiar.
12. Dada la importancia de las funciones del médico familiar dentro de los sistemas de salud integral, los profesionales que se incorporen a esta especialidad deberán recibir los estímulos convenientes.
13. Para asegurar la calidad de las prestaciones y la óptima utilización de los recursos, deberán organizarse procedimientos técnico-administrativos de evaluación y control.
14. Es requisito indispensable, que para cumplir con sus funciones, el Médico Familiar actúe en la comunidad como coordinador del equipo de salud institucional.
15. Es recomendable que las instituciones americanas de seguridad social y los organismos internacionales interesados en estos temas, continúen su estudio y propicien reuniones para destacar la importancia de la medicina familiar.

El progreso y extensión de la Seguridad Social está condicionado al desarro-

llo económico de los países, lo que ha originado que quienes más la necesitan, sean los que están más alejados de la posibilidad de recibir sus beneficios. Esto, justifica todo esfuerzo que se realice para buscar con urgencia nuevos esquemas de organización que permitan otorgar las prestaciones médicas dentro de un marco de solidaridad social, con un concepto moderno y profundamente humano de la seguridad social.