

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIV

EPOCA IV

Num. 92

X ASAMBLEA GENERAL
DE LA CONFERENCIA
INTERAMERICANA
DE
SEGURIDAD SOCIAL
XX REUNION DEL COMITE
PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

TOMO II

MARZO-ABRIL

1975

MEXICO, D.F.

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.

X CONFERENCIA INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL

XX REUNION DEL COMITE
PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

INDICE

Prólogo	11
Desarrollo de las Sesiones de la X Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y XX Reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Ceremonia de Clausura.	13
Discursos.	21
Lista de participantes.	35
Acción de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y de su Comité Permanente. Informe de actividades de la Secretaría General.	49
Informe de la Dirección del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.	199
Reformas Legislativas, Evolución y Tendencias de la Seguridad Social en las Américas 1971-1974.	251
Nuevos Esquemas de Organización para extender la Seguridad Social a otros sectores de la Población, principalmente en el medio rural.	299
Aspectos jurídicos y administrativos de los procedimientos de Recaudación en la Seguridad Social.	373
Procedimiento para mejorar la productividad de los servicios médicos en las Instituciones de Seguridad Social.	397

NUEVOS ESQUEMAS DE ORGANIZACION
PARA EXTENDER LA SEGURIDAD SOCIAL
A OTROS SECTORES DE LA POBLACION,
PRINCIPALMENTE EN EL MEDIO RURAL*

Doctor Gastón Novelo
Doctor Rafael Sanchez Zamora
Doctor César Lechuga
Contador Público Leopoldo Mantecón
Licenciado Alfonso Murillo
Doctor Guillermo Romero Martínez

*PREPARADO POR EL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE
SEGURIDAD SOCIAL.

1. – INTRODUCCION

La acción de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y de su Comité Permanente, desde su constitución en 1942, ha significado su constante preocupación por estudiar y facilitar el intercambio de información y de experiencias sobre los hechos y circunstancias que inciden en el proceso de desarrollo socioeconómico, y por coadyuvar en la extensión de la protección de la seguridad social a otros sectores de la población, en áreas urbanas y rurales de los países latinoamericanos, considerando como básica y primordial la incorporación del núcleo familiar. Lo anterior está evidenciado por 19 Resoluciones de la Conferencia —parte sustancial de las 76 adoptadas en sus nueve Asambleas Generales que se refieren a esos aspectos; debiendo destacarse que ocho resoluciones recomiendan, reiteradamente, “la imperiosa necesidad de la extensión de la seguridad social al sector rural”.

La Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social consciente de la importancia de esta acción ha preparado con la colaboración del Instituto Mexicano del Seguro Social, un informe sobre “Nuevos Esquemas de Organización para Extender la Seguridad Social a otros Sectores de Población, Principalmente en el Medio Rural”, para ser presentado en la X Asamblea General de la CISS que se reúne en la ciudad de San Salvador, del 24 al 29 de noviembre de 1974. El documento no se limita a una exposición meramente descriptiva o informativa, sino que refiere normas y aplicaciones prácticas en los países, con base en: la consulta de importantes trabajos de investigación de la Oficina Internacional del Trabajo (1) (2), de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (3) y de la

(1) “Evolución y perspectivas de la Seguridad Social en América Latina” Informe presentado por el Servicio de Seguridad Social de la OIT al Simposio sobre Seguridad Social. México, Septiembre de 1972.

(2) Savy, R. “La Seguridad Social en el agro”. Estudios y Documentos Nueva Serie, Núm. 78. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1972.

(3) “Extensión de la Seguridad Social a ciertas categorías de Trabajadores” Contribución de la Asociación Internacional de la Seguridad Social a la VII Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Asunción, Paraguay, 1964.

Organización de los Estados Americanos (4); la revisión de aportaciones y encuestas sobre este asunto del propio Comité Permanente (5), (6), (7) y (8); y especialmente, en el análisis reflexivo de las experiencias y resultados obtenidos, al aplicar nuevas técnicas para extender el campo de aplicación, por las instituciones de seguridad social en algunos países americanos.

Es conveniente destacar como importantes fuentes de información, para fundamentar debidamente este estudio, las aportaciones presentadas y el informe final de la Mesa Redonda convocada por la Comisión Regional Americana Jurídico Social sobre "Reformas legislativas recientes y su aplicación en la administración, financiamiento y extensión de la seguridad social" celebrada en la ciudad de Lima del 22 al 25 de julio de 1974; la ponencia oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y de la Comisión Regional Americana Médico Social "Esquemas de Organización para otorgar Prestaciones Médicas al núcleo familiar urbano, suburbano y rural" y las aportaciones institucionales sobre dicho tema, presentadas en el IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, celebrado el pasado septiembre en la ciudad de Asunción, así como la parte correspondiente al Informe Final del evento; y, los resultados de la encuesta realizada para la preparación del documento "Reformas legislativas, evolución y tendencias de la seguridad social en las Américas", que se encomendó al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que es ponente en esta X Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Finalmente, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social con esta aportación deja constancia de su apoyo a los siguientes postulados:

- La seguridad social debe ofrecer amplias oportunidades para incorporar los distintos sectores de la población a los beneficios de sus prestaciones, mediante la adecuación y racionalización de las acciones posibles en nuevos esquemas de organización.
- Los seguros sociales latinoamericanos no deben situar sus

(4) "América en Cifras 1972. Situación Social". Secretaría General de Organización de los Estados Americanos. Washington, D.C. 1972.

(5) Resoluciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. México, 1963.

(6) Memoria de Labores de la Séptima Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. México, 1964.

(7) Memoria de Labores de la Octava Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. "Revista Seguridad Social" Núms. 52-53, julio-octubre de 1968.

(8) Encuestas 1973-1974, de la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Respuestas de las instituciones de seguridad social de 16 países latinoamericanos a los cuestionarios.

objetivos fundamentales en el mantenimiento y la preservación de las estructuras existentes. Deben orientarse, como un instrumento decisivo de cambio para acelerar el desarrollo socioeconómico de los países latinoamericanos.

Es imprescindible que grupos de población urgidos de protección, hasta ahora marginados porque su economía no les permite soportar la carga financiera que representan los sistemas tradicionales, en forma realista, mediante los nuevos esquemas, que consideran sus recursos y las exigencias de sus necesidades, se beneficien con la extensión de las prestaciones de la seguridad social.

2.—LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL. ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS

Para establecer y fomentar un equilibrado desarrollo socioeconómico, el Estado cuenta entre sus organismos básicos, los de seguridad social que ofrecen los siguientes beneficios: la protección contra las contingencias y riesgos de la vida diaria, el cuidado y promoción de la salud, la garantía de los medios de subsistencia y el establecimiento de servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Los regímenes que aplican la política de seguridad social, han considerado las necesidades de la población en cada país, configurando prestaciones en especie o en dinero y servicios sociales específicos, que definen y caracterizan los distintos sistemas nacionales.

Cuando los países americanos implantaron sistemas de seguridad social, muchos de ellos desde hace tres décadas, inicialmente adoptaron los principios doctrinarios y de organización de los seguros sociales, que surgieron como modelos ante necesidades de otorgar protección a grupos humanos con características propias muy diferentes, en sus estructuras sociales y en su desarrollo económico, a las de los grupos latinoamericanos.

Los seguros sociales establecidos, mediante un sistema de coparticipación en el financiamiento, pretendían restablecer por medio de prestaciones en especie y en dinero, la capacidad de consumo de los grupos de trabajadores afiliados, y a veces de sus familias, cuando por razón de enfermedad, accidente, invalidez, vejez o muerte, habían perdido en forma transitoria o permanente su capacidad de ganancia y sus medios de subsistencia. Por otro lado, promovían la restitución del trabajador en los plazos más breves posibles a la vida activa, a fin de que se reintegrara a la producción. Su propósito era la preservación de la fuerza de trabajo —del asalariado de la industria en el medio urbano— como factor esencial de la economía nacional.

Desde los inicios, en todos los países de la región, se dictaron disposi-

ciones legislativas que establecieron el carácter nacional e integral de sus sistemas de seguro social. En esas disposiciones se han apoyado los propósitos de ampliar los beneficios del sistema para hacer llegar sus prestaciones y servicios a todos los sectores de la población y muy especialmente a los del medio rural.

No obstante, es de común conocimiento que el desenvolvimiento de los seguros sociales en la región americana ha tenido que ir venciendo graves obstáculos y si bien es cierto que en algunos países han alcanzado un significativo desarrollo, también lo es que en otros países el desarrollo ha sido muy limitado.

La explicación puede encontrarse al analizar el proceso de desarrollo, estructura política y organización de los países latinoamericanos, que destaca los factores adversos que han limitado la acción de los seguros sociales que, no obstante, han evidenciado que son un instrumento eficaz para la solución de problemas económicos, sociales y de salud de algunos sectores de población.

Las características de estos países, dentro de los cuales encontramos diversas etapas de evolución cultural así como de desarrollo socioeconómico, obligaron a que en un principio, el seguro social se implantase en las capitales con el fin de proteger a la población trabajadora en las actividades industriales, comerciales y de comunicaciones, que específicamente se caracterizan por salarios altos y fijeza en los empleos, para hacer con ello factible la estabilidad económica del régimen. Es indudable que al llevar a cabo esta acción, que tenía por objeto primero consolidar los seguros sociales y después extenderlos en cada uno de los países, se enfrentaron dificultades tanto de orden económico, político, social y cultural, determinadas por las características propias de la población y de su distribución geográfica. Se pensaba que solamente si los factores demográficos, la distribución de las concentraciones de trabajadores, las condiciones de producción industrial, así como las vías de comunicación y otras circunstancias constituían un conjunto homogéneo y propicio, se podrían establecer con eficacia los servicios del seguro social.

Si a lo anterior se agregan los problemas que crea el financiamiento del sistema, se podrá concluir que con ese criterio conservador no podía llegarse a la extensión total del mismo en toda su amplitud, la que constituía una meta por alcanzar mediante una acción paulatina y gradual.

Durante una primera etapa para extender el seguro social, tanto a lugares de importancia industrial, de densa población asegurable y con posibilidades de recursos humanos y materiales, como para llevarlo a regiones alejadas de los centros urbanos, en donde la población vive en un ambiente

diferente, con serias limitaciones y carencias, se requería fundamentalmente una consolidación total del sistema financiero que permitiera ampliar las reservas técnicas de las instituciones para poder cubrir de esa manera las erogaciones inherentes a la implantación del régimen en nuevas localidades.

Es por las consideraciones enunciadas que la acción para extender el seguro social, fue realizada con cautela y en forma gradual, con base en estudios previos de aquellos lugares en donde se pensaba que podría implantarse, mediante determinaciones del desarrollo industrial, situación geográfica, población asegurable, posibilidad de otorgar servicios médicos, así como de la capacidad económica y de los índices demográficos de algunas zonas alejadas de los centros industriales principales.

Con el enfoque retrospectivo anterior se pone en evidencia el siguiente hecho básico: las instituciones americanas se vieron enfrentadas, casi sin experiencia, a las graves responsabilidades de instaurar el seguro social para algunos sectores de la población. Esas jóvenes instituciones, súbitamente promovidas a un sitio principal dentro de la política socioeconómica del Estado, venciendo las limitaciones esbozadas, han tenido una acción prolífica en los últimos treinta años, para extender el seguro social a grupos cada vez más amplios de la población. En efecto, en varios países obedeciendo a planes pre-establecidos y de acuerdo con las consideraciones hechas precedentemente, se crearon para comenzar sistemas mínimos que debían operar en un centro, el más importante por su población, por su desarrollo comercial, industrial, económico y social; para ampliarlo más tarde, con la rapidez permitida por las posibilidades financieras de las instituciones, a otros centros de características similares y llegar de esa manera, en base a un desarrollo coordinado, a extender la protección del sistema legal vigente a varios importantes núcleos de población en todo un territorio nacional.

Con base en la experiencia acumulada en la impartición de prestaciones, que han permitido la consolidación institucional de los sistemas, los países latinoamericanos están empeñados —mediante la evolución y renovación doctrinaria, reformas legislativas y administrativas, y modalidades distintas de financiamiento— en implantar nuevos esquemas de organización para extender los seguros sociales a otros sectores de la población, principalmente en el medio rural. Esto pone en evidencia que las instituciones están cumpliendo la nueva responsabilidad que les corresponde en la etapa presente, que supera las de iniciación y consolidación, que ahora impone una decisión trascendente, la de desechar los principios y tendencias ortodoxas para generar otros que consideran todo lo que tiene de cambiante y vivo la realidad social en los países en proceso de desarrollo.

En esta forma la seguridad social americana no sólo ha sabido ser fiel a la validez de los principios de los seguros sociales tradicionales, sino que ha

evolucionado pretendiendo dar respuesta a las necesidades de protección en todos los grupos humanos y en todos los estratos sociales, pero siempre con clara conciencia de que son las características del desarrollo social y económico de cada país las que permiten y regulan la extensión y el grado de protección a la población asegurada.

Por lo anterior, en la actualidad es manifiesta la necesidad de revisar todos los esquemas tradicionales y de adoptar a breve plazo las medidas para adecuarlos a las necesidades reales de los países, así como de promover acciones que favorezcan actitudes de cambio frente a los factores que han propiciado y mantenido situaciones de marginación o de exclusión de los beneficios de los servicios de protección social.

La dinámica social impone la urgencia de encontrar fórmulas que solucionen ingentes problemas de las colectividades, entre ellos los relacionados con la extensión a sus diversos sectores de los sistemas de seguridad social. Estos, ya no han de avanzar por inercia, manteniéndose atados a los principios y esquemas establecidos, deben impulsar vigorosamente el desarrollo de sus propias doctrinas, fijar sus objetivos en razón directa de sus problemas y recursos, establecer fórmulas audaces y visionarias que convaliden y vitalicen los postulados de protección integral y social frente a los riesgos y promover, en forma realista, la superación de los niveles de vida y bienestar de la población en general.

2.1 Situación actual del campo de aplicación de la seguridad social en América latina.

En América latina las instituciones de seguridad social han tenido una evolución y progreso diferentes en los distintos países, consecuencia de diversos factores relativos a la estructura política, económica y social, así como a la tradición cultural y al avance científico y tecnológico alcanzado en cada uno de ellos.

Aún cuando las legislaciones señalan que el campo de aplicación debe abarcar a todas las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo en todo el territorio nacional, y generalmente también a sus familiares directos; en la práctica se aprecia que la protección varía del 5% de la población total, en algunos países que no cubren el núcleo familiar, a la que alcanza en aquellos países que si la protegen que tienen porcentajes más altos, que van del 20% a más del 50%. Se aprecia que el campo de aplicación está reducido a los asalariados de la industria y el comercio y a los trabajadores del sector público, preferentemente en las áreas urbanas, ya que es reducida la cobertura en las áreas rurales. Los trabajadores agropecuarios, los independientes y los domésticos, que constituyen una parte considerable de la población económicamente activa, aún cuando empiezan a incorporarse a

unos cuantos países, en su inmensa proporción continúan fuera de la protección del régimen. Además, porque todavía no se ha extendido la protección al núcleo familiar o bien éste tiene prestaciones limitadas, prevalecen en ciertos casos tasas bajas de cobertura. (Cuadros Nos. 1, 2 y 3)

En lo que se refiere a contingencias cubiertas todos los países latinoamericanos, mediante prestaciones en dinero y en especie que incluyen las de salud, otorgan protección en caso de: Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez, Muerte y Riesgos Profesionales.

En tratándose de prestaciones de salud, Argentina y Uruguay tienen establecidos servicios institucionales fuera de sus esquemas de seguro social. Asimismo Argentina, Costa Rica y Guatemala con base en disposiciones especiales de sus legislaciones laborales ponen bajo la responsabilidad directa del empleador los riesgos profesionales en instituciones especiales.

Asignaciones familiares, están incluidas solamente en los regímenes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia y Uruguay. México tiene establecido dentro de su régimen ordinario un Seguro de Guarderías para hijos de aseguradas.

En cuanto al ámbito territorial, el régimen se aplica en todo el territorio nacional en prácticamente la mitad de los países; pues Bolivia, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela optaron por la política de extensión gradual. En cualquier forma, como ya quedó señalado, cuando menos en siete países —Bolivia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Venezuela— o no se cubre a la población rural o bien la protección es muy limitada a este sector.

De lo expuesto puede concluirse que si bien todos los seguros sociales cumplen los postulados de la “extensión vertical” al brindar protección contra la mayoría de los riesgos que pueden implicar un estado de necesidad, ya sea en regímenes generales o en disposiciones específicas, los propósitos de “extensión horizontal”, que pretenden la incorporación de nuevos sectores de la población, se han ido cumpliendo en forma lenta y limitada, por haberse determinado realizar tal extensión en forma gradual a determinadas categorías de trabajadores y en delimitadas áreas geográficas. En muchos países el aumento en el número de asegurados, obedece más a la creación de nuevos empleos dentro de los sectores inicialmente protegidos, como resultado del incremento demográfico y el progreso económico de los países, que a la incorporación de los trabajadores de otros sectores de la producción o a la extensión a la población de las áreas rurales.

Por otra parte debe advertirse que, en ciertos casos, los postulados

CUADRO No. 1
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA POR RAMA DE ACTIVIDAD
PAISES AMERICANOS

PAIS	Población Económicamente Activa				
	Año de la Información	Total Activa	Agricultura, Ganadería, Forestal y Pesca	Industria, Minería, Manufactura, Construcción	Otros Sectores
Argentina	1972	9.279,000	1.345,455	2.505,330	5.428,215
Bolivia	1972	1.730,000	948,040	115,910	666,050
Brasil	1972	31.306,000	13.367,662	3.318,436	14.619,902
Colombia	1964	5.134,125	2.426,699	1.093,021	1.610,411
Costa Rica	1963	395,273	186,569	75,029	133,675
Cuba	—	—	n. d.	—	—
Chile	1970	2.607,360	549,860	767,280	1.290,220
Dominicana Rep.	1972	1.328,000	666,556	158,032	503,312
Ecuador	1962	1.442,591	800,390	305,782	336,419
El Salvador	1971	1.314,857	610,647	190,645	513,565
Guatemala	1964	1.363,669	882,786	238,829	242,054
Haití	—	—	n. d.	—	—
Honduras	1972	729,000	476,766	57,591	194,643
México	1970	12.955,057	4.952,200	3.444,760	4.558,097
Nicaragua	1963	476,705	279,205	90,930	106,570
Panamá	1972	477,000	200,340	42,453	234,207
Paraguay	1962	586,415	320,284	122,893	143,190
Perú	1972	4.045,000	1.678,675	489,445	1.876,880
Uruguay	1963	1.015,500	178,400	328,600	508,500
Venezuela	1972	3.392,000	668,224	630,912	2.092,864

Fuente: Demographic Yearbook, 1972. ONU
Estadísticas Básicas de los Países de América Latina y el Caribe. 1972. BID

CUADRO No. 2

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA SEGUN POSICION EN LA OCUPACION DE PAISES AMERICANOS

PAIS	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA									
	Año de la Información	Total	Empleados	%	Asalariados	%	Trabajadores por su cuenta	%	Otros	%
Argentina	*									
Bolivia	*									
Brasil	*									
Colombia	1964	5.134,125	419,882	8.17	2.940,289	57.26	1.283,097	24.99	490,857	9.56
Costa Rica	1963	395,273	13,357	3.37	261,165	66.07	68,784	17.40	51,967	13.14
Cuba	*									
Chile	1970	2.607,360	80,800	3.09	1.827,740	70.09	501,420	19.23	197,400	7.57
Dominicana, Rep.	*									
Ecuador	1962	1.442,591	28,222	1.95	688,257	47.70	591,606	41.00	134,506	9.32
El Salvador	*									
Guatemala	1964	1.363,311	76,899	5.64	778,590	57.12	348,671	25.57	159,151	11.67
Haití	*									
Honduras	*									
México	1970	12.955,057	797,452	6.15	8.054,822	62.17	3.256,616	25.13	846,167	6.53
Nicaragua	1963	476,705	144,570	30.32	267,920	56.20			64,215	13.47
Panamá	*									
Paraguay	1962	586,415	14,820	2.52	232,037	39.56	268,689	45.81	70,869	12.08
Perú	*									
Uruguay	1963	1.015,500	83,200	8.19	705,400	69.46	151,200	14.88	75,700	7.45
Venezuela	*									

FUENTE: Demographic Yearbook 1972.

Información no Disponible

CUADRO No. 3
POBLACION PROTEGIDA POR LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL
PAISES AMERICANOS — 1972

PAIS	POBLACION TOTAL	POBLACION PROTEGIDA			TOTAL	%
		ASEGURADOS	BENEFICIARIOS	PENSIONADOS		
Argentina	23.212,000					
Bolivia	4.658,000	310,351	524,973		835,324	17.93
Brasil	95.305,000	10.037,834	28.055,000	2.534,581	40.627,415	42.63
Colombia	22.708,507	1.126,208	3.109,660		4.235,868	18.65
Costa Rica	1.737,000				915,173	52.69
Cuba	n.d.					
Chile	n.d.					
Dominicana República	4.190,000				227,000	5.42
Ecuador	6.598,300	330,825			330,825	5.01
El Salvador	3.549,260	124,061	43,364		167,425	4.72
Guatemala	5.211,929	486,863	114,612	11,890	613,363	11.77
Haití	n.d.					
Honduras	2.781,400	71,750	64,623		136,373	4.90
México	53,584,945	4.608,899	12.444,027		17.052,926	31.82
Nicaragua	1.924,700	95,000	36,200		131,200	6.82
Panamá	1.523,500	202,150	213,776	20,345	436,271	28.64
Paraguay	2.354,071	80,401	102,611	5,740	188,752	8.02
Perú	13.572,052	1.732,193			1.732,193	12.76
Uruguay	n.d.					
Venezuela	10.399,000	700,000	1.300,000		2.000,000	19.23

* Año de 1970

** Año de 1973

n.d. no disponible

FUENTE:— Encuestas 1973—1974, de la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

sobre la pretendida generalización de los seguros sociales a toda la población económicamente activa han sido incorporados en las declaraciones de principios y en la legislación positiva, pero sin que se hayan llevado a la práctica, quedando como conceptos meramente enunciativos. También es conocido que el actual campo potencial de aplicación, en relación con personas protegidas, es siempre mayor que el campo real de protección, por diversos factores adversos de organización, administrativos y financieros y por las características económicas y sociales de sectores excluidos en los que resultan impracticables las disposiciones de los seguros sociales tradicionales.

Incuestionablemente los hechos señalados se reflejan en limitación del número de asegurados. No obstante, es de gran trascendencia que el campo de aplicación de los seguros sociales en los países latinoamericanos, comprenda a más de 80 millones de personas protegidas.

En lo relativo al financiamiento, en los países latinoamericanos, se ha preconizado la contribución tripartita —de asegurados, empleadores y Estado— para los regímenes de seguro social; siendo en muchos de ellos decisiva la participación estatal, para su funcionamiento y desarrollo.

Sólo los empleadores cotizan para el seguro de Riesgos Profesionales en los regímenes que lo engloban, o bien corre totalmente a su cargo la responsabilidad de la cobertura de esos riesgos en otras instituciones oficiales o privadas.

En Argentina la cotización es bipartita, de empleadores y de asegurados, y única de éstos últimos para ciertos seguros.

En Perú los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte, están financiados en forma bipartita por asegurados y empleadores.

En México, para proyectar sus prestaciones a la población campesina el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene en desarrollo dos sistemas: el primero el de los “esquemas modificados”, para aquellos trabajadores que tienen capacidad contributiva con un financiamiento bipartita aportando el 50% el asegurado y el 50% restante el gobierno federal; el segundo, se refiere al “programa de solidaridad social”, cuyo financiamiento está a cargo del gobierno federal (60%) y del IMSS (40%) para hacer realidad el apoyo a grupos marginados que por ahora no tienen capacidad contributiva para que disfruten de protección. También se invoca el principio de solidaridad en otros países, en los que el Estado hace altos aportes para iniciar la extensión de los regímenes de la población rural.

Considerados los juicios anteriores es conveniente advertir que, al intentar presentar una imagen general de la situación actual del campo de

aplicación de la seguridad social en la región americana, se ha hecho preferentemente en relación con las personas protegidas y con el ámbito territorial en que operen los sistemas; por lo tanto, no se ha tenido el propósito del enfoque particular y completo de las diversas características de los regímenes. Dicho en otros términos, interesan primordialmente a este estudio las coberturas de los seguros sociales en su "extensión horizontal"

2.2 *Resúmenes Nacionales.*

Para dejar debidamente fundamentado lo antes expuesto es pertinente incluir la información actualizada disponible sobre dieciséis países, que son los que dieron respuesta a encuestas recientes del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, en forma de resúmenes nacionales, que con el propósito de facilitar inferencias y comparaciones siguen en su relato las connotaciones de los seis numerales siguientes:

1. Población total del país.
2. Población protegida.
 - 2.1. Categorías de trabajadores amparados.
 - 2.2. Miembros de la familia protegidos.
3. Contingencias cubiertas y prestaciones.
4. Ambito territorial.
5. Financiamiento.

Argentina

1. *Población total: 23.212.000 habitantes.(1970)*
2. *Población protegida:*

El sistema nacional de jubilaciones y pensiones, cubre obligatoriamente a toda la población trabajadora mediante dos regímenes previsionales: el primero, para trabajadores en relación de dependencia y el segundo para trabajadores autónomos. A este último pueden afiliarse voluntariamente todas las personas físicas menores de 55 años, aunque no realicen actividad lucrativa alguna o se encuentren comprendidas en otro régimen jubilatorio.

2.1 Categorías de trabajadores amparados:

El régimen de previsión social, de jubilaciones y pensiones

comprende a los trabajadores asalariados y no asalariados. Personal de la industria, el comercio, la banca y la navegación. Funcionarios públicos del Estado y municipalidades. Trabajadores rurales, independientes y domésticos. Profesionales universitarios. Empresarios.

El régimen de asignaciones familiares protege al personal de la industria, el comercio y la estiba. El personal del Estado, en actividad o jubilado, goza de un seguro de vida colectivo, obligatorio para los primeros y optativo para los segundos, mediante una prima módica y uniforme, sin examen médico previo.

2.2 *El núcleo familiar, esposa e hijos, están cubiertos por los anteriores sistemas.*

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Los regímenes previsionales amparan mediante prestaciones en dinero las contingencias de vejez, invalidez y muerte.

El personal comprendido en el ámbito de las cajas de subsidios familiares goza de las siguientes asignaciones: por matrimonio, por maternidad, por nacimiento de hijos, por adopción, por familia numerosa, por escolaridad y una asignación anual complementaria de vacaciones.

El seguro de vida colectivo del personal al servicio del Estado cubre con prestaciones en dinero los riesgos de muerte e incapacidad total permanente.

La República Argentina no ha instituido el seguro social de salud ni el de desempleo.

La legislación nacional pone a cargo de los empleadores la responsabilidad por los riesgos del trabajo que puede sufrir su personal dependiente.

4. *Ambito territorial:*

Los regímenes señalados rigen en todo el territorio del país. Por lo tanto, está comprendida la población rural.

5. *Financiamiento:*

5.1 *Del régimen Jubilatorio.*

5.1.1 De los trabajadores en relación de dependencia.

El financiamiento se base en el aporte de los afiliados y la contribución de los empleadores, consistente en un porcentaje de la remuneración que percibe el trabajador.

5.1.2 De los trabajadores autónomos.

Este régimen jubilatorio se financia con el aporte exclusivo de los afiliados.

5.2 Del regimen de Asignaciones Familiares.

Se financia mediante la contribución única del empleador.

5.3. Seguro de vida colectivo.

Se financia mediante una prima mínima y uniforme de los afiliados, servidores del Estado.

Bolivia

1. *Población total: 4.658,000 habitantes.(1972)*

2. *Población protegida:*

El Instituto Boliviano de Seguridad Social protege 835,324 derechohabientes (18% de la población total del país), de los cuales 310,351 son asegurados directos y 524,973 son beneficiarios. (1972)

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Asalariados en general, excepto agrícolas y domésticos.
Empleados y obreros de las empresas ferroviarias.
Todos los trabajadores petroleros.
Ciertos trabajadores independientes.

2.2 *Miembros de la familia protegidos. Todo el núcleo familiar del asegurado está cubierto con las prestaciones.*

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Mediante prestaciones en dinero y en especie, que incluyen las

de salud, se cubren las siguientes: Enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte, accidentes y enfermedades profesionales, asignaciones familiares.

4. *Ambito territorial:*

El Seguro Social opera en las áreas urbanas y en algunas localidades provinciales. No se cubre a la población rural. No obstante, se han efectuado estudios por una Comisión Gubernamental creada en 1972, para formular el modelo jurídico, técnico, financiero y administrativo de un sistema de protección que permita la extensión paulatina y progresiva hasta cubrir la totalidad del territorio nacional.

Para iniciar la protección de las comunidades indígenas se han establecido Centros Pilotos de Bienestar, en los que colaboran las instituciones del seguro social.

5. *Financiamiento:*

Las contribuciones para el seguro social son tripartitas a cargo de los trabajadores asegurados, de los empleadores y del Estado.

Como problemas financieros que se confrontan cabe señalar la mora y evasión en el pago de las contribuciones y, además, que en muchos casos no se cotiza sobre los salarios reales.

Brasil

1. *Población total: 95.305,000 habitantes. (1972)*

2. *Población protegida:*

La población cubierta por el Instituto Nacional de Previsión Social es de 40.627,415 derechohabientes (43% de la población total) de los cuales 10.037,834 son asegurados activos y cotizantes y 28.055,000 son beneficiarios (familiares) el resto son pensionados (1972).

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Personal ferroviarios, Trabajadores de servicios públicos y marítimos, empleados bancarios y del comercio, Trabajadores del transporte terrestre y de almacenes de café, estibadores, choferes, Trabajadores de la industria, Traba-

jadores del Estado, Trabajadores rurales, Trabajadores independientes.

2.2 *Miembros de la familia protegidos. Todo el núcleo familiar está ampliamente protegido.*

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Mediante prestaciones en dinero y en especie, que incluyen las de salud, se protegen las siguientes:

Enfermedad-maternidad, invalidez, vejez, muerte, riesgos del trabajo y asignaciones familiares.

4. *Ambito territorial:*

El régimen se aplica a todo el territorio de la nación. Los trabajadores del medio rural reciben las mismas prestaciones que los del medio urbano.

5. *Financiamiento:*

Los aportes para el seguro social provienen de los trabajadores asegurados, de los empleadores y del Estado o sea que el financiamiento es tripartita.

Colombia

1. *Población total: 22.708,507 habitantes. (1972)*

2. *Población protegida:*

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales protege a 4.235,868 derechohabientes (el 19 % de la población total) de los cuales 1.126,208 son asegurados y 3.109,660 son beneficiarios. (1972)

2.1 *Categorías de Trabajadores amparados:*

Asalariados, excepto agrícolas y domésticas.

Ciertos grupos de trabajadores rurales.

Hay un régimen especial para los trabajadores del Estado, municipales y otros.

2.2 *Miembros de la familia protegidos:*

La mujer del asegurado y los hijos menores de 14 años están protegidos por las prestaciones.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Mediante prestaciones en dinero y en especie, que incluyen las prestaciones de salud, se protegen: Enfermedad-maternidad, Invalidez-vejez-muerte, accidentes y enfermedades profesionales y asignaciones familiares.

4. *Ambito territorial:*

El seguro social iniciado en los centros urbanos más importantes ha seguido la política de ampliación territorial gradual.

Desde fines de 1970, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales puso en marcha, con carácter experimental, un programa de extensión al medio rural en el Departamento del Meta. Este programa incorpora con carácter voluntario al sector de trabajadores campesinos independientes o autónomos y les otorga inicialmente solo prestaciones médicas pero de tipo integral y extensivas al núcleo familiar dependiente (esposa, hijos, y en algunos casos padres del trabajador).

Posteriormente, a partir de 1972, se ha hecho extensivo a los trabajadores rurales asalariados e independientes de los departamentos de Huila y Tolima que junto con el de Meta, son las zonas geográficas del Seguro Social Campesino.

5. *Financiamiento:*

En lo general, es tripartita la contribución para el financiamiento del Sistema con aportes de los trabajadores asegurados, de los empleadores y del Estado. Hace excepción el caso de los trabajadores rurales, en el que se invoca el principio de solidaridad nacional, en virtud del cual el Estado hace los más altos aportes.

Costa Rica

1. *Población total: 1.737,000 habitantes.(1972)*

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. (1972).

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Empleados públicos y del sector privado, obreros urbanos, campesinos. Están incluidos los trabajadores domésticos.

2.2 *Miembros de la familia protegidos:*

Están protegidos los familiares dependientes del asegurado: esposa o compañera, hijos menores de 18 años, madre, padre inválido o sexagenario.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Mediante prestaciones en dinero y en especie, que incluyen una atención médica integral, se protege en contra:

Enfermedad-maternidad, invalidez-vejez-muerte.

La protección contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales depende de una legislación laboral especial y está a cargo del Instituto Nacional de Seguros.

4. *Ambito territorial:*

En este aspecto, el seguro social, ha optado por la extensión geográfica gradual, ampliando la protección a los trabajadores agropecuarios paulatinamente en determinadas provincias. Además, en virtud de disposiciones legales que determinan la total cobertura del régimen a toda la población del país, se ha estado acelerando la incorporación de nuevos sectores, entre ellos los campesinos.

5. *Financiamiento:*

Es tripartita, mediante contribuciones de los trabajadores asegurados, de los empleadores y del Estado.

La legislación dispone que el aporte del Estado sirva prioritaria-

mente para financiar las prestaciones a los trabajadores de bajos ingresos, especialmente para los campesinos.

Dominicana

1 *Población total: 4.190,000 habitantes. (1972)*

2. *Población protegida:*

La población protegida por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales es de 227,000 derechohabientes (el 5% de la población total del país). 1972.

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Empleados públicos y militares.
Obreros y empleados del sector privado.
Asalariados agrícolas.
Independientes en colonias agrícolas fronterizas.

2.2 *Miembros de la familia protegidos:*

La esposa o compañera y los hijos menores de 1 año de edad reciben prestaciones de salud.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Con prestaciones en dinero y en especie se protege en caso de: Enfermedad-maternidad, invalidez-vejez, muerte, accidentes y enfermedades profesionales.

4. *Ambito territorial:*

El Régimen tiene aplicación nacional.
No se cubre la población rural.
Tratándose de los asegurados pueden recurrir para asistencia médica a los servicios más cercanos a su residencia o lugar de trabajo, ya sean de la Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social con la que se tiene establecida coordinación o bien a través de clínicas privadas o de médicos particulares con los que se han efectuado convenios.

5. *Financiamientos:*

Se realiza a base de cotización tripartita, de los trabajadores.

asegurados, de los empleadores y del Estado.

Ecuador

1. *Población total: 6.598,300 habitantes. (1972)*

2. *Población protegida:*

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social protege a 330,825 derechohabientes, que representan el 5% de la población total del país. (1972).

Se da protección exclusivamente al trabajador asegurado.

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Todos los trabajadores con relación de trabajo legalmente establecida con un empleador.

El 15% de la población económicamente activa se encuentra protegida por tres regímenes fundamentales:

- a) Régimen General para trabajadores públicos, bancarios, privados y obreros.
- b) Regímenes Especiales para artesanos y aprendices, los de servicio doméstico, el clero secular y los profesionales universitarios.
- c) Los afiliados voluntarios.
Los miembros del Ejército y Policía Civil Nacional están amparados por un régimen especial de la Caja Militar, cuyos fondos los administra el IESS.

2.2 *Miembros de la familia protegidos:*

No se protege al núcleo familiar con prestaciones de salud, aún cuando está planeada la extensión.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Con prestaciones en dinero y en especie, en las que quedan comprendidas las prestaciones de salud, se cubren: Enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, riesgos del trabajo, viudez, orfandad y cesantía (este último con limitaciones y peculiaridades especiales).

Además como servicios adicionales del IESS se conceden tres clases de préstamos; Quirografarios, Extraordinarios e Hipotecarios. También se tienen Montes de Piedad, establecidos para otorgar al público préstamos de dinero con garantía prendaria.

4. *Ambito territorial:*

El régimen del Seguro Social es nacional y se aplica en todo el territorio del país.

Se ha establecido el Seguro Social del Campesino, que ya atendió en 1973, a 10,000 habitantes de 14 comunas campesinas. Asimismo, se coopera con Centros Pilotos de Bienestar para las Comunidades indígenas.

5. *Financiamiento:*

Los fondos para el financiamiento del régimen del seguro social provienen de: aportes de los trabajadores afiliados, aportes de los empleadores y contribución del Estado, que es tripartita; como patrono y para cubrir el 40% de las pensiones de los beneficiarios.

El Salvador

1. *Población total: 3.549,260 habitantes.(1972)*

2. *Población protegida:*

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social protege a 167,425 derechohabientes (5% de la población total) de los cuales 124,061 son asegurados cotizantes y 43,364 son esposas o compañeras de vida. (1972).

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Obreros y empleados, excepto agrícolas y domésticos.

2.2 *Miembros de la familia protegidos:*

Las prestaciones de salud no cubren al núcleo familiar, solamente la esposa o compañera del asegurado tiene servicios restringidos a la maternidad.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Mediante prestaciones en dinero y en especie, incluidas las de salud, se protege por: Enfermedad-maternidad, invalidez, vejez, muerte, accidentes y enfermedades profesionales.

4. *Ambito territorial:*

El Seguro Social sigue la política de extensión gradual. No se cubre aún a la población rural. Existe el propósito de implantar un plan piloto para la cobertura de los trabajadores agrícolas del Departamento de Sonsonate, mediante el que se otorgarán prestaciones médicas a toda la población del campo de asalariados y no asalariados de los municipios del citado Departamento.

5. *Financiamiento:*

Es tripartita con aportes de los trabajadores asegurados, de los empleadores y del Estado.

Para la extensión a los trabajadores agrícolas se pretende que la cotización este 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 agrícola.

Guatemala

1. *Población total: 5.211,929 habitantes.(1972)*

2. *Población protegida:*

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social protege 613,365 derechohabientes (el 12% de la población total) de los cuales 486,863 son asegurados cotizantes y 114,612 son beneficiarios, el resto son pensionados. (1972)

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Asalariados en general.

2.2 *Miembros de la familia protegidos:*

Es restringida la protección de la salud del núcleo familiar. La cónyuge del asegurado sólo recibe asistencia

por maternidad y a los hijos se les otorga atención pediátrica hasta los dos años de edad.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Mediante prestaciones en dinero y en especie, se protege contra: accidente común, enfermedad-maternidad, invalidez-vejez-muerte.

4. *Ambito territorial:*

Se sigue la política de extensión gradual.

Ya opera en todo el país la protección de accidentes en general, pero solo en el Departamento de Guatemala se aplican programas integrales de salud.

Se ha iniciado la proyección al medio rural, pero sólo en el Departamento de Guatemala.

5. *Financiamiento:*

El aporte es tripartita, de los trabajadores asegurados, de los empleadores y del Estado.

Honduras

1. *Población total: 2.781,400 habitantes. (1972)*

2. *Población protegida:*

El Instituto Hondureño de Seguridad Social protege a 136,373 (el 5 % de la población total) de los que 71,750 son asegurados cotizantes, los demás son familiares 37,006 hijos y 27,617 esposas o compañeras (1972).

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Asalariados en general.

2.2 *Miembros de la familia protegidos:*

Es limitada la protección a los familiares del asegurado, particularmente en lo que se refiere a prestaciones de salud, se protege a la esposa en caso de maternidad y los hijos reciben atención médica hasta los dos años de edad.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Mediante prestaciones en dinero y en especie se protege en caso de:

Enfermedad-maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, invalidez, vejez y muerte.

4. *Ambito territorial:*

El Seguro de Invalidez, vejez y muerte, existe en todo el país.

El Seguro de Enfermedad y maternidad está instaurado en Tegucigalpa y en la Zona Norte (San Pedro Usula).

Aún no se cuenta, por razones de tipo económico, con programas ni planes para extensión a las zonas rurales.

5. *Financiamiento:*

Cotizan para el seguro social: los asalariados asegurados, los empleadores y el Estado.

México

1. *Población total: 53.584,945 habitantes. (1973)*

2. *Población protegida:*

En México, los sistemas de seguro social existentes protegen actualmente un total de 17.052,926 derechohabientes (el 31% de la población del país) en la forma siguiente:

Institución	Num. de Derechohabientes
Total	17.052,926
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	13.591,150
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	1.955,307
SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL	434,537
SECRETARIA DE MARINA	97,572
FERROCARRILES NACIONALES DE MEXICO	411,171
PEMEX	563.189

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Obreros y empleados del sector privado y ciertos independientes.

Miembros de cooperativas de producción de administración obrera o mixta.

Trabajadores al servicio del Estado.

Ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local o unión de crédito.

Artesanos y pequeños comerciantes.

Ciertos grupos de trabajadores del campo.

2.2 *Miembros de la familia protegidos:*

Las prestaciones, especialmente las de salud, benefician al núcleo familiar del asegurado: esposa o compañera, a los hijos menores de 16 años, prorrogándose a la edad de 21 años, cuando estudian en planteles del sistema educativo nacional. Igualmente se protege a padre y madre del asegurado, cuando existe convivencia y dependencia económica del asegurado.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Mediante prestaciones en dinero y en especie, donde quedan comprendidas la salud, el régimen obligatorio cubre los seguros de: riesgos del trabajo; enfermedad y maternidad; invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; y guarderías para hijos de aseguradas, además se otorgan prestaciones sociales para propiciar el bienestar familiar.

4. *Ambito territorial:*

El Seguro Social que en su desarrollo ha seguido la política de la extensión gradual, actualmente proyecta sus beneficios a todas las entidades federativas del país.

Aún cuando desde 1954, en plan experimental, estuvieron incorporados los trabajadores agrícolas asalariados, con los mismos derechos y prestaciones que los de los asegurados urbanos, sólo en mínima parte se había obtenido la protección de los campesinos debido a su dispersión geográfica y a sus peculiares condiciones de trabajo y de ingreso. Con la nueva Ley de 1973, se han puesto las bases legales para acelerar la

extensión al campo, mediante modalidades especiales de aseguramiento congruentes con las peculiaridades señaladas de estos sectores rurales de la población.

5. *Financiamiento:*

El sistema del seguro social está sustentado económicamente en las cuotas y contribuciones que cubren los empleadores y otros sujetos obligados, los asegurados y el Estado.

Para el seguro de riesgos del trabajo, que está financiado exclusivamente por cuotas de los empleadores, las tasas varían según clase y grado de riesgos de cada empresa.

El financiamiento del seguro de guardería, también corre a cargo exclusivamente de los empleadores, señalándoseles una prima pareja a todos ellos, independientemente de que tengan o no trabajadoras a su servicio.

Mediante “programas de solidaridad social,” en los que el financiamiento es bipartita y se lleva a cabo por el Gobierno Federal en un 60% y por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el 40% restante, ha quedado incluida una población marginada que se estima en 500,000 personas.

Nicaragua

1. *Población total: 1.924,700 habitantes. (1972)*

2. *Población protegida:*

El Instituto Nacional de Seguridad Social de Nicaragua protege un total de 131,200 derechohabientes, el 7% de la población total, de los cuales 95,000 son asegurados cotizantes. (1972).

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Maestros.

Ferrovianos.

Empleados bancarios.

Miembros de la guardia nacional.

Empleados y obreros de los sectores público y privado.

Personal de comunicaciones.

Choferes de taxis y autobuses.

2.2. *Miembros de la familia protegidos:*

Es restringida la protección al núcleo familiar del asegurado. Las prestaciones de salud se limitan hasta los dos años de edad para los hijos y la esposa o compañera, sólo tiene derecho a ser atendida por maternidad.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Con prestaciones en dinero y en especie, incluidas las prestaciones de salud, se protege en caso de:

Enfermedad-maternidad; invalidez, vejez, muerte, accidentes y enfermedades profesionales.

4. *Ambito territorial:*

El seguro social para su desarrollo en todo el país, ha seguido la política de extensión gradual. Actualmente proyecta sus beneficios en las áreas urbanas y en forma muy limitada en las áreas rurales en donde se cubren 5,000 derechohabientes aproximadamente.

5. *Financiamiento:*

Se realiza el financiamiento del sistema mediante aportes tripartitas de los trabajadores asegurados, de los empleadores y del Estado. Hace excepción el seguro de Riesgos Profesionales, que está sostenido exclusivamente por contribuciones de los empleadores.

Panamá

1. *Población rural: 1.523,500 habitantes. (1972)*

2. *Población protegida:*

La Caja de Seguro Social protege a 436,271 derechohabientes (29% de la población total) de ellos 202,150 son asegurados cotizantes, 213,776 son beneficiarios y 20,345 son pensionados y sus dependientes. (1972).

2.1 *Categorías de trabajadores amparados:*

Obreros y empleados de los sectores públicos y privados.

Ciertos asalariados agrícolas.
Trabajadores domésticos.

2.2 *Miembros de la familia protegidos:*

Están protegidos particularmente en lo relativo a las prestaciones de salud, la cónyuge y los hijos del trabajador asegurado.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Mediante prestaciones en dinero y en especie, que incluyen las de salud, se protege en caso de: Enfermedad-maternidad, invalidez, vejez, muerte, accidentes y enfermedades profesionales.

4. *Ambito territorial:*

En principio, se ha seguido la política de extensión gradual y en los últimos años se han realizado grandes progresos, al incorporar importantes sectores de población en el medio rural, destacando la incorporación de los trabajadores de la región bananera y los esfuerzos para proteger al importante grupo de los trabajadores que laboran en la Zona del Canal de Panamá, y a los asentamientos campesinos.

5. *Financiamiento:*

Las aportaciones al régimen son tripartitas: de los trabajadores asegurados, de los empleadores y del Estado. Las contribuciones del Estado, además de las cotizaciones que le corresponde pagar como empleador de asegurados provienen de impuestos especiales que la Ley otorga a la Caja de Seguro Social.

Paraguay

1. *Población total: 2.354,071 habitantes. (1972)*

2. *Población protegida:*

El Instituto de Previsión Social protege a 188,752 derechohabientes (8% de la población total) de ellos 80,401 son asegurados cotizantes; 79,152 son hijos, 22,018 esposas o compañeras; 1,441 son ascendientes, y 5,740 son pensionados y sus familiares (1972).

2.1 Categorías de trabajadores amparadas:

Personal civil y militar al servicio del Estado.
Asalariados del sector privado.
Empleados bancarios.
Trabajadores domésticos.

2.2 Miembros de la familia protegidos:

Está protegido todo el núcleo familiar de los asegurados, excepto del trabajador del servicio doméstico.

3. Contingencias cubiertas y prestaciones:

Mediante prestaciones en dinero y en especie, que incluyen las prestaciones de salud, se protege en:

Enfermedad-maternidad, invalidez-vejez-muerte, accidentes y enfermedades profesionales.

4. Ambito territorial:

El régimen opera en todo el país.

5. Financiamiento:

El financiamiento del régimen se logra con aportes de los trabajadores asegurados y de los empleadores y de una contribución del Estado.

Perú

1. Población total: 13.572,052 habitantes.(1972)

2. Población protegida:

El Seguro Social del Perú protege 1.732,193 asegurados que representan el 12.7% de la población total del país. (1972).

2.1 Categorías de trabajadores amparados:

Obreros de la industria, comercio y agricultura.
Empleados del sector público y del sector privado.

Trabajadores domésticos.
Ciertos trabajadores independientes.
Pescadores domésticos.

2.2 *Miembros de la familia protegidos:*

En general, el núcleo familiar está excluido de los beneficios de las prestaciones de salud y los familiares no son derechohabientes.

3. *Contingencias cubiertas y prestaciones:*

Mediante prestaciones en dinero y en especie, que incluyen las de la salud, se protege en caso de ser: Enfermedad-maternidad invalidez-vejez-muerte, riesgo profesional.

4. *Ambito territorial:*

Existe una firme política de extensión gradual para el régimen del Seguro Social, para cubrir casi la totalidad del territorio nacional.

El Seguro Social colabora en los Centros Piloto de bienestar para las comunidades indígenas, que se están esforzando por lograr su desarrollo, mejorar las condiciones ambientales y proporcionar trabajo a los campesinos.

5. *Financiamiento:*

El Seguro de Enfermedad-maternidad, recibe aportes de los asegurados, de los empleadores y del Estado.

El Seguro de Riesgos Profesionales está cubierto íntegramente por aportaciones de los empleadores.

El Seguro de Invalidez-vejez y muerte- está a cargo de un Sistema Nacional de Pensiones, financiándose en forma bipartita, en base al sistema de prima escalonada, con aportaciones de los asegurados (una tercera parte) y de los empleadores (dos terceras partes).

Venezuela

1. *Población total: 10.399,000.(1972)*

2. *Población protegida:*

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales protege 2.000,000 de derechohabientes, (20 % de la población total) siendo 700,000 asegurados y 1.300,000 beneficiarios (1972).

2.1. Categorías de trabajadores amparados:

Empleados y obreros, excepto agrícolas y domésticos.
Empleados públicos.

2.2. Miembros de la familia protegidos:

El núcleo familiar, esposa e hijos del asegurado, están protegidos.

3. Contingencias cubiertas y prestaciones:

Con prestaciones en dinero y en especie, se protege en caso de:

Enfermedad-maternidad, invalidez-vejez, muerte, accidentes y enfermedades profesionales.

4. Ambito territorial:

El régimen del Seguro Social ha seguido la política de extensión gradual.

No hay Seguro Social en zonas rurales.

5. Financiamiento:

El sistema de financiamiento del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales se sustenta en las contribuciones de empleadores y de los trabajadores asegurados. La contribución del Estado consiste en cubrir los gastos administrativos y los de capital destinados a la construcción y equipamiento de centros asistenciales y locales administrativos.

3.—PLANIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL. BASE PARA LA EXTENSION DE SU CAMPO DE APLICACION

La mayoría de los países latinoamericanos están empeñados en planificar la seguridad social conforme a objetivos sociales claramente señalados con previsión de las incidencias económicas de la legislación social y dentro del marco del desarrollo social integral. Como consecuencia, cada vez es más factible evitar un desarrollo anárquico, con profundas desigualdades para

algunos sectores que dejan marginados a grupos urgidos de alguna protección, ya que son más vulnerables a los riesgos en general, por lo reducido de sus ingresos y por sus características culturales y económico sociales.

Las políticas de planificación están permitiendo salir del estancamiento en el proceso evolutivo y de ampliación de la seguridad social en algunos países, que era posible resultado del rigorismo con que adoptaron sus legislaciones o de la mal entendida autonomía, que pretendiendo una total independencia de los seguros sociales, los apartaron y desvincularon de los planes generales de la política nacional.

Con el propósito de superar los escollos anteriores resulta alentador constatar que actualmente en los países americanos existe el consenso de que la planificación de la seguridad social debe estar convenientemente integrada en la planificación nacional y que hay una gran preocupación por planear adecuadamente la extensión del campo de aplicación de los regímenes establecidos.

La programación de acciones para este propósito, debe adecuarse a las condiciones particulares de los nuevos sectores de población por cubrir y a la problemática del área en que viven, ya sea urbana o rural; para lo que se hace indispensable obtener, recurriendo a las fuentes apropiadas, toda la información que permita conocer la situación ecológica, socioeconómica, cultural y sanitaria en cada caso de extensión.

Como orientación general en estos aspectos es conveniente presentar información general de la región, con un enfoque particular a la problemática de las zonas rurales, antes de hacer referencia a un cuestionario general para las investigaciones requeridas en los planes de extensión.

3.1 Características socioeconómicas y sanitarias de los países latinoamericanos.

América latina es un mosaico de naciones con algunas características homogéneas y otras por el contrario tan peculiares, que únicamente con el análisis individual será posible el adoptar las medidas específicas que pueden beneficiar a un grupo en particular, pero difíciles de trasladar y aplicar a otros grupos o a otros medios.

En la actual década, pueden señalarse como características generales para los países de la región latinoamericana, las siguientes:

- El 45% de la población es campesina.
- Existen grandes núcleos de población indígena aún no asimilada o asimilada parcialmente a la civilización actual, que conservan

patrones culturales y estructuras socioeconómicas muy particulares que se resisten a toda transformación.

- Enorme dispersión de esta población rural, estimándose en más de 125 millones de personas que aún viven en comunidades menores de 2,000 habitantes.
- La densidad de población no ha tenido un desarrollo similar y se asiste a situaciones extremas que van del caso de El Salvador con 174 habitantes por Km², el caso de Bolivia con 5 habitantes por Km².
- En la estructura por edades se encuentra 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 60% en dos países, siendo inferior en el resto de ellos.
- Por razones topográficas, en la gran mayoría de estos países, existen condiciones de inaccesibilidad que han impedido la penetración adecuada de los medios de atención médica, así como de superación económica y social.
- El ingreso per cápita en términos generales es muy bajo, con una gran desigualdad en la distribución del ingreso.
- Este ingreso per cápita es aún más bajo en el medio rural, que como se ha señalado anteriormente, representa casi el 50% de la población total.
- La población presenta un ritmo de crecimiento superior al de cualquier región del mundo, con una tasa promedio de 2.9% anual que contrasta con el 0.9% que tienen los países europeos —destacándose: Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y Venezuela con tasas superiores al 3.2%.
- Esto origina, una emigración desordenada hacia las zonas urbanas, originando cinturones de población marginada, que no tienen acomodo en la creciente industrialización por ser material humano que se ocupa en “labores de baja productividad con lo cual se traslada la subocupación del campo a la ciudad”, tal como ha sido expresado por el CEPAL.
- La producción de alimentos ha sido insuficiente con un déficit

CUADRO NUMERO 4
POBLACION TOTAL, URBANA Y RURAL ESTIMADAS A 1974 y 1980

PAISES AMERICANOS

P A I S	POBLACION TOTAL (miles de habitantes)		POBLACION URBANA (miles de habitantes)		POBLACION RURAL (miles de habitantes)	
	1974	1980	1974	1980	1974	1980
Argentina	25.467	27.580	18.795	20.354	6.672	7.226
Bolivia	5.196	5.975	2.177	2.504	3.019	3.471
Brasil	105.813	124.003	48.941	57.413	56.822	66.590
Colombia	25.078	30.281	13.291	16.049	11.787	14.232
Costa Rica	2.188	2.728	753	938	1.435	1.790
Cuba	9.040	10.075	5.379	5.995	3.661	4.080
Chile	10.758	12.214	8.488	9.641	2.270	2.573
Dominicana República	5.657	6.174	1.532	1.871	3.525	4.303
Ecuador	7.115	8.473	2.561	3.050	4.554	5.423
El Salvador	4.046	4.910	1.558	1.890	2.488	3.020
Guatemala	6.065	7.191	2.038	2.416	4.027	4.775
Haití	5.870	6.919	1.174	1.384	4.695	5.535
Honduras	3.084	3.771	873	1.067	2.211	2.704
México	59.596	72.392	39.989	48.595	19.607	23.797
Nicaragua	2.353	2,824	1.012	1.214	1.341	1.610
Panamá	1.707	2.055	792	954	915	1.101
Pataguay	2.784	3.361	1.019	1.230	1.765	2.131
Perú	15.606	18.527	9.176	10.895	6.430	7.632
Uruguay	3.035	3.255	2.495	2.676	540	579
Venezuela	12.223	14.848	10.047	12.205	2.176	2.643

FUENTE: "América en Cifras". 1972 OEA

CUADRO NUMERO 5
POBLACION TOTAL Y RURAL A 1974 (*)
PAISES AMERICANOS

P A I S	POBLACION TOTAL (en miles de hab.)	POBLACION RURAL	
		(en miles de hab.)	%
Argentina	25.467	6.672	26.2
Bolivia	5.196	3.019	58.1
Brasil	105.813	56.822	53.7
Colombia	25.078	11.787	47.0
Costa Rica	2.188	1.435	65.6
Cuba	9.040	3.661	40.5
Chile	10.758	2.270	21.1
Dominicana Rep.	5.657	3.525	69.7
Ecuador	7.115	4.554	64.0
El Salvador	4.046	2.488	61.5
Guatemala	6.065	4.027	66.4
Haití	5.870	4.695	80.0
Honduras	3.084	2.211	71.1
México	59.596	19.607	32.9
Nicaragua	2.353	1.341	57.0
Panamá	1.707	915	53.6
Paraguay	2.784	1.765	63.4
Perú	15.606	6.430	41.2
Uruguay	3.035	540	17.8
Venezuela	12.223	2.176	17.8
S u m a:	312.681	139.940	44.75

Nota*: Población Estimada

Fuente: Datos Básicos de población en América Latina, 1972, OEA.

CUADRO NUMERO 6
POBLACION TOTAL, INCREMENTO ANUAL Y DENSIDAD DE POBLACION
PAISES AMERICANOS

P A I S	A Población Total 1974 (En Miles)	B Tasa de Crecimiento 1960 - 1972 (% ₀)	C Superficie Km ²	D Densidad D= A/B
Argentina	25.467	1.5	2:766,889	9
Bolivia	5.196	2.6	1:098,581	5
Brasil	105.813	2.9	8:511,965	12
Colombia	25.078	3.2	1:138,914	20
Costa Rica	2.188	3.5	50,700	36
Cuba	9.040	2.0	114,524	73
Chile	10.758	1.4	756,945	12
Dominicana República	5.657	3.0	48,734	90
Ecuador	7.115	3.4	283,561	24
El Salvador	4.046	3.4	21,393	174
Guatemala	6.065	3.3	108,889	51
Haití	5.870	1.5	27,750	152
Honduras	3.084	3.1	112,088	25
México	59.596	3.4	1:972,547	27
Nicaragua	2.353	2.6	130,000	14
Panamá	1.707	3.1	75,650	20
Paraguay	2.784	2.4	406,752	6
Perú	15.606	2.4	1:285,216	11
Uruguay	3.035	1.3	177,508	16
Venezuela	12,223	3.4	912,050	12

FUENTE;

- A-D Estimaciones CPISS con base en datos de "América en Cifras" 1972, OEA
 B "Estadísticas Básicas de los Países de América Latina y el Caribe" 1972, BID
 C "Demographic Yearbook" 1972, ONU

CUADRO NUMERO 7
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD
PAISES AMERICANOS

PAIS	Año de la Informa- ción	Total	GRUPOS DE EDAD						No especificada
			- 1	- 4	1 - 4	5 - 14	15 - 64	65 +	
ARGENTINA	1972	100.0		10.49		18.94	63.02	7.55	-
BOLIVIA	1969	100.0		16.24		25.65	54.60	3.51	-
BRASIL	1970	100.0		14.91		26.79	56.29*	1.82**	0.19
COLOMBIA	1964	100.0	3.61		14.04	29.00	50.35	3.00	-
COSTA RICA	1963	100.0	3.83		14.80	29.01	49.04	3.16	0.16
CUBA	1970	100.0	2.72		11.07	23.18	57.10	5.93	-
CHILE	1970	100.0		12.54		26.50	54.94	4.67	1.35
DOMINICANA REP.	1970	100.0		16.99		30.55	49.35	3.11	-
ECUADOR	1972	100.0		18.50		28.72	49.95	2.83	-
EL SALVADOR	1971	100.0	3.65		13.18	29.34	50.38	3.45	-
GUATEMALA	1964	100.0	3.70		13.76	28.00	51.79	2.74	0.01
HAITI	1972	100.0	3.83		13.57	25.80	53.70	3.10	-
HONDURAS	1970	100.0		18.95		27.89	50.77	2.39	-
MEXICO	1970	100.0	3.46		13.48	29.28	50.07	3.71	-
NICARAGUA	1965	100.0	4.03		13.62	30.69	48.76	2.90	-
PANAMA	1972	100.0	3.21		12.86	27.37	52.83	3.73	-
PARAGUAY	1970	100.0		18.65		27.80	50.38	3.17	-
PERU	1970	100.0	3.94		13.50	27.56	51.88	3.12	-
URUGUAY	1963	100.0	1.98		7.84	18.12	63.62	7.56	0.88
VENEZUELA	1970	100.0	4.28		14.65	28.14	50.51	2.42	-

* Incluye población de 15 a 69 años

** Comprende población de 69 años y más

FUENTE: "Demographic Yearbook", 1972, ONU

CUADRO NUMERO 8
PRODUCTO INTERNO BRUTO
PAISES AMERICANOS
1 9 7 0

P A I S	Producto Interno Bruto (a prueba de Mercado)				
	T o t a l		Distribución Sectorial		%
	Millones de Dólares 1970	Por cápita Dólares de 1970	Agricultura	Minería, Manufac- tura, construcción, electricidad.	Otras Actividades
Argentina	26,222.6	1,095.9	11.7	45.9	42.4
Bolivia	1,109.4	213.8	15.9	31.8	52.3
Brasil	45,547.5	463.9	16.1	31.6	52.3
Colombia	8,447.2	375.5	27.2	27.8	45.0
Costa Rica	1,079.2	572.2	21.6	26.5	51.9
Cuba	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Chile	8,610.4	944.5	8.8	41.6	49.6
Dominicana Rep.	1,820.9	422.3	21.1	31.8	47.1
Ecuador	2,005.5	307.8	26.2	28.3	45.5
El Salvador	1,120.5	306.2	24.7	24.2	51.1
Guatemala	2,140.1	414.7	27.9	18.9	53.2
Haití	485.1	110.9	48.7	17.6	33.7
Honduras	771.7	289.3	36.2	22.6	41.2
México	37,232.5	708.9	11.1	35.0	53.9
Nicaragua	941.6	488.1	23.8	27.8	48.4
Panamá	1,222.0	802.5	17.0	27.1	55.9
Paraguay	654.8	271.6	30.7	21.5	47.8
Perú	6,838.1	503.0	15.9	36.8	47.3
Uruguay	2,396.9	809.6	14.6	29.4	56.0
Venezuela	12,257.1	1,115.7	6.9	40.7	52.4

n.d. No disponible

Fuente: "Estadísticas Básicas de los países de América Latina y el Caribe" 1972, BID

CUADRO NUMERO 9
DISPONIBILIDAD DE PROTEINAS Y VALOR CALORICO DE LOS ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN
PAISES AMERICANOS

PAIS	Gramos Proteínas días/habitantes	Calorías días/habitantes
ARGENTINA	82	2,820
BOLIVIA	47	1,810
BRASIL	66	2,780
COLOMBIA	49	2,170
COSTA RICA	54	2,460
CUBA		
CHILE	77	2,410
DOMINICANA, REPUBLICA	53	2,230
ECUADOR	48	1,890
EL SALVADOR	60	1,914
GUATEMALA	60	1,994
HAITI	47	1,633
HONDURAS	54	2,080
MEXICO	73	2,640
NICARAGUA	67	2,329
PANAMA		
PARAGUAY	66	2,580
PERU	57	2,240
URUGUAY	94	2,970
VENEZUELA	58	2,360

FUENTE: "Datos básicos de población en América Latina", 1969, OEA

CUADRO NUMERO 10
PROMEDIO DE HABITANTES POR VIVIENDA Y PORCENTAJE
DE VIVIENDAS CON UN SOLO CUARTO
PAISES DE AMERICA

PAIS	Año de la Información	Población Total	Número de Viviendas	Promedio de Habitantes por vivienda	% de Viviendas de un solo cuarto
ARGENTINA	1960	19.227.447	4.403.199	4.37	14.0
BOLIVIA	1950	661.349	155.725	4.25	—
BRASIL	1970	91.298.103	18.086.336	5.05	2.7
COLOMBIA	1964	16.366.719	2,650.989	6.17	18.9
COSTA RICA	1963	1.319.922	231.153	5.71	6.6
CUBA	1953	5.784.753	1.212.301	4.77	12.2
CHILE	1970	8.601.360	1.689.840	5.09	10.9
DOMINICANA, REPUBLICA	1950	2.115.013	430.652	4.91	8.1
ECUADOR	1962	4.421.077	862.612	5.13	44.5
EL SALVADOR	1971	3.519.180	655.120	5.37	60.8
GUATEMALA	1964	4.209.820	804.940	5.23	43.7
HAITI	1950	3.026.314	693.178	4.37	14.8
HONDURAS	1961	1.844.731	325.492	5.67	24.0
MEXICO	1970	48.381.547	8.285.706	5.84	40.1
NICARAGUA	1963	1.511.684	304.580	4.96	38.3
PANAMA	1960	999.991	211.068	4.74	45.9
PARAGUAY	1962	1.776.272	244.742	7.26	47.5
PERU	1961	9.565.813	1.962.290	4.87	33.7
URUGUAY	1963	3.000.000	667.300	4.50	4.3
VENEZUELA	1961	7.133.239	1.327.497	5.37	13.8

FUENTE: América en Cifras; Situación Social 1972, OEA

CUADRO NUMERO 11
DISPONIBILIDAD DE AGUA Y ELIMINACION DE EXCRETAS
PAISES AMERICANOS

PAIS	Año de la Información	Total	VIVIENDAS (PORCENTAJES)						
			Disponibilidad de Aguas			Eliminación de Excretas			
			Entubada	No Entubada	No Especificada	Con Retrete	Otro Tipo	Sin Retrete	No especificada
Argentina	1960	100.0	51.6	48.4		61.5	25.2	13.3	
Bolivia	1950	100.0	46.5	45.8	7.7	37.3	54.3		8.4
Brasil	1970	100.0	32.8	67.1	.1	17.5	42.8	39.7	
Colombia	1964	100.0	38.7	61.3	30.5	30.5	10.2	59.3	
Costa Rica	1963	100.0	68.3	31.7		29.7	44.8	25.5	
Cuba	1953	100.0	55.6	41.9	2.5	40.5	34.4	22.6	2.5
Chile	1970	100.0	78.4	21.6		51.1	27.5		21.4
Dominicana, Rep.	1950	100.0	29.7	70.3		4.4	86.0	8.1	1.5
Ecuador	1962	100.0	37.5	62.5		21.7	11.1	67.1	.1
El Salvador	1971	100.0	45.5	54.5		22.5	18.8	58.7	
Guatemala	1964	100.0	29.5	70.5		9.6	21.0	69.4	
Haití	1950	100.0	2.3	97.2	.5	1.1	9.0	89.8	.1
Honduras	1961	100.0	24.9	75.1		10.1	9.6	80.2	.1
México	1970	100.0	61.0	39.0		41.6		58.4	
Nicaragua	1971	100.0	38.6	61.4		19.3	34.6	46.1	
Panamá	1960	100.0	46.2	53.8		38.4	25.7	35.8	.1
Paraguay	1962	100.0	10.7	89.3		5.0	83.3	11.7	
Perú	1961	100.0	21.1	78.1	.8	14.5	29.8	55.0	.7
Uruguay	1963	100.0	84.1	14.2	1.7	59.4	34.4	5.7	.5
Venezuela	1961	100.0	46.7	53.3		35.0	27.3	37.6	.1

FUENTE: "América en Cifras", 1972, OEA

de nutrientes básicos, especialmente proteínas de origen animal, que trae como consecuencia un bajo nivel en la nutrición de la población. Hay países por debajo de las 2,000 calorías per cápita pero esto, como promedio resulta engañoso, puesto que grandes mayorías están por debajo de él: este fenómeno, vuelve a tener su mayor incidencia en las áreas rurales.

- En lo que se refiere a las condiciones de vivienda la insuficiencia y sus malas condiciones han sido uno de los grandes problemas en el desarrollo. En el medio rural, habitaciones únicas en que conviven las numerosas personas que constituyen la familia campesina, junto con sus animales domésticos.
- Los suministros de agua intradomiciliaria han tenido desarrollos importantes en las zonas urbanas y muy limitado en las áreas rurales donde más del 80% de las viviendas reciben agua de pozos, aljibes o depósitos, entre otros medios de aprovisionamiento inadecuado.
- Iguales consideraciones son válidas en tratándose de la disposición de excretas y basuras, la que en el área rural prácticamente es nula o con un desarrollo rudimentario; lo que ocasiona que la habitación campesina, por sus deficientes condiciones higiénico sanitarias, ofrezca malas condiciones de habitabilidad al núcleo familiar.
- No obstante los esfuerzos realizados y la magnitud creciente de los recursos aplicados, el proceso educativo en las áreas rurales de latinoamérica se desarrolla a un ritmo más lento que en las zonas urbanas, manteniendo altos grados de analfabetismo.
- A pesar del especial interés de las instituciones de Seguridad Social por proporcionar atención médica eficiente y oportuna y por colaborar con los programas nacionales de salud, algunos de los indicadores que se citan a continuación perfilan una situación que continúa desfavorable en la región:

La mortalidad infantil representa una de las tasas más elevadas; la morbimortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, se mantiene en tasas en que no se han logrado descensos satisfactorios no obstante que son entidades nosológicas susceptibles de reducción y aún de erradicación; predominan aún enfermedades como la neumonía, la gastroenteritis, la bronquitis y la tuberculosis en todas sus formas.

Todo lo anterior pone en evidencia la necesidad de enfrentar, con grado prioritario, los problemas de salud.

- Los seguros sociales y su extensión gradual y progresiva, en cada uno de los países de latinoamérica, han sido uno de los factores más importantes de que se ha dispuesto para la distribución del personal de salud, tanto a nivel de medicina general, especialidades y auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Es indudable que los regímenes de seguridad social en su expansión han acercado y llevado altas estructuras médicas o poblaciones cuyos recursos eran muy limitados y en ocasiones inexistentes, sin embargo los recursos de salud no han aumentado en forma paralela al incremento demográfico, lo que origina una gran brecha entre la demanda satisfecha y la demanda sentida; por lo tanto es imperativo realizar programas más amplios, más generosos y más humanos que se proyecten fundamentalmente en las zonas rurales, cuyos habitantes requieren un apoyo solidario de las colectividades nacionales para la adecuada satisfacción de sus crecientes necesidades.
- Aún existe como fenómeno actual, la inadecuada distribución de los profesionales de la medicina que se concentran en las grandes capitales, ocasionando que grandes sectores de población en el medio rural carezcan o dispongan de recursos muy limitados; algunos ejemplos: Colombia tiene un médico por cada 730 habitantes en Bogotá, pero el resto del país dispone de 1 médico por 3,170 habitantes; en la ciudad de México, D.F., hay 1 médico por cada 760 habitantes, pero en el resto del país solo hay 1 médico por 6,300 habitantes; Honduras tiene 1 médico por cada 770 habitantes en Tegucigalpa, y en el resto del país 1 por cada 10,400 habitantes.
- Se estima según los datos más recientes de que se ha podido disponer, que para atender las necesidades de 282 millones de personas que habitan la región de estudio se cuenta con 175 mil médicos, 56 mil odontólogos, 73 mil enfermeras graduadas y 230,000 auxiliares de enfermería.
- Existen aproximadamente 13,900 establecimientos hospitalarios con un total de 870,000 camas, con una utilización variable pero en general deficiente.

En lo que se refiere a las camas de hospital disponibles, es uno de los renglones que expresa —junto con el desarrollo institucional de recursos humanos de salud— el significativo

CUADRO NUMERO 12
DISPONIBILIDAD DE AGUA Y ELIMINACION DE EXCRETAS EN EL MEDIO RURAL
PAISES AMERICANOS

PAIS	Año de la Información	Total	VIVIENDAS RURALES (PORCENTAJES)						
			Disponibilidad de Agua			Eliminación de Excretas			
			Entubada	No Entubada	No Especificada	Con Retretes	Otro Tipo	Sin- Retretes	No Especificada
Argentina	1960	100.0	14.1	85.9		21.1	44.7	34.2	
Bolivia	1950								
Brasil	1970	100.0	2.5	97.5		0.5	24.4	75.1	
Colombia	1964	100.0	13.3	86.7		4.9	9.3	85.8	
Costa Rica	1963	100.0	51.0	49.0		9.8	50.8	39.3	.1
Cuba	1953	100.0	14.6	83.6	1.8	7.6	37.5	53.2	1.7
Chile	1970	100.0	32.9	67.1					
Dominicana,Rep.	1950	100.0	12.4	87.6		0.5	87.5	10.1	1.9
Ecuador	1962	100.0	12.0	88.0		1.8	7.2	91.0	
El Salvador	1971	100.0	16.6	83.4		1.6	10.7	87.7	
Guatemala	1964	100.0	8.2	91.8		1.1	8.4	90.5	
Haití	1950	100.0	0.6	99.0	.4	0.7	4.6	94.7	
Honduras	1961	100.0	9.0	91.0		0.5	4.9	94.6	
México	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	1971	100.0	6.1	93.9		1.3	17.4	81.2	.1
Panamá	1960	100.0	9.6	90.4		5.8	31.0	63.2	
Paraguay	1962	100.0	4.1	95.9		0.8	85.9	13.3	
Perú	1961	100.0	1.0	98.6	.4	0.8	26.7	72.3	.2
Uruguay	1963	100.0	78.2	17.7	4.1	14.8	59.0	24.6	1.6
Venezuela	1961	100.0	16.4	83.6		5.0	16.7	78.3	

FUENTE: "América en Cifras" 1972, OEA

CUADRO NUMERO 13
POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS POR ALFABETISMO EN NUMEROS RELATIVOS
PAISES AMERICANOS

P A I S E S	Año de la Información	Total	Alfabeta	Analfabeto	No Declarada
ARGENTINA	1960	100.0	91.0	8.5	0.5
BOLIVIA	1950	100.0	32.1	67.9	0.0
BRASIL	1970	100.0	66.9	33.0	0.1
COLOMBIA	1964	100.0	72.9	27.1	0.0
COSTA RICA	1964	100.0	84.4	15.6	0.0
CUBA	1953	100.0	77.9	22.1	0.0
CHILE	1970	100.0	86.0	11.7	2.4
DOMINICANA, REPUBLICA	1970	100.0	67.8	32.2	0.0
ECUADOR	1962	100.0	67.5	32.5	0.0
EL SALVADOR	1971	100.0	56.9	43.1	0.0
GUATEMALA	1964	100.0	37.9	62.1	0.0
HAITI	1950	100.0	10.5	89.3	0.2
HONDURAS	1961	100.0	47.3	52.7	0.0
MEXICO	1970	100.0	76.2	23.8	0.0
NICARAGUA	1971	100.0	57.0	42.0	1.0
PANAMA	1970	100.0	79.3	20.7	0.0
PARAGUAY	1962	100.0	74.4	25.4	0.2
PERU	1961	100.0	61.1	38.9	0.1
URUGUAY	1963	100.0	89.4	9.6	1.0
VENEZUELA	1971	100.0	77.1	22.9	0.0

FUENTE: América en Cifras, Situación Cultural, 1973 OEA

NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL Y EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER
PAISES AMERICANOS

PAIS	Natalidad (1972) Tasa por 1000 hab	Mortalidad General (1969)		Mortalidad Infantil (1969)		Expectativa de Vida al Nacer	
		Tasa por 1000 hab	Tasa por 1000 hab	Tasa por 1000 Nac. Vivos	Años	Período base, estimación	
Argentina	(8) 22.6	(8) 9.0	(7) 62.9	67.1	(1965 - 1970)		
Bolivia	(8) 23.6	(8) 7.0	(6) 77.3	49.7	(1949 - 1951)		
Brasil	n.d.	9.5	n.d.	60.7	(1965 - 1970)		
Colombia	(9) 22.5	(8) 8.5	(8) 74.9	45.0	(1950 - 1952)		
Costa Rica	31.6	6.9	67.1	63.3	(1962 - 1964)		
Cuba	(1) 30.3	6.7	48.0	66.8	(1965 - 1970)		
Chile	(0) 24.6	(8) 9.0	(8) 91.6	63.2	(1969 - 1970)		
Dominicana República	(0) 40.1	6.9	61.9	57.8	(1959 - 1961)		
Ecuador	(1) 38.7	10.9	91.0	52.3	(1961 - 1963)		
El Salvador	(1) 42.1	9.9	63.3	58.4	(1960 - 1961)		
Guatemala	42.5	17.2	91.3	49.0	(1963 - 1965)		
Haití	n.d.	19.7	n.d.	32.6	(1950)		
Honduras	45.0	8.9	36.5	49.0	(1965 - 1970)		
México	44.6	9.4	66.9	62.3	(1965 - 1970)		
Nicaragua	(1) 41.0	7.6	45.3	49.9	(1965 - 1970)		
Panamá	34.5	7.0	39.9	59.2	(1960 - 1961)		
Paraguay	(0) 33.4	10.8	32.9	59.4	(1965 - 1970)		
Perú	(7) 32.0	(7) 7.6	(7) 60.2	54.0	(1960 - 1965)		
Uruguay	(0) 22.4	9.7	(8) 59.9	68.5	(1963 - 1964)		
Venezuela	36.8	6.8	46.9	66.4	(1961)		

Año de Información: (6)=1966; (7)=1967; (8)=1968; (9)=1969; (0)=1970; (1)=1971; y (2)=1972; n.d.=No disponible

FUENTE: Demographic Yearbook, 1972, ONU

PRINCIPALES RECURSOS DE SALUD
PAISES AMERICANOS

PAIS	Número de Personas con la profesión indicada (a)				Número de habitantes por médico (a)	Hospitales (b)	Camas (c)	Años de los datos que se reportan				
	Médicos	Dentistas	Enfermeras Graduadas	Auxiliares de Enfermería				(a)	(b)	(c)	(a)	(b)
ARGENTINA	53,684	12,954	14,471	25,754	447	3,353	141,170	1969	1965			
BOLIVIA	2,143	903	542	1,264	2,301	273	10,120	1970	1967			
BRASIL	47,250	26,611	7,798	84,603	1,953	3,830	354,373	1969	1970			
COLOMBIA	9,468	2,743	1,851	22,629	2,161	671	46,099	1971	1967			
COSTA RICA	910	246	1,073	2,377	1,879	46	6,220	1971	1968			
CUBA	7,000	1,451	4,373	7,650	1,153	225	44,094	1968	1970			
CHILE	5,170	3,170	2,325	16,891	1,850	300	36,941	1969	1968			
ECUADOR	2,080	573	601	3,110	2,929	214	13,066	1970	1971			
EL SALVADOR	865	81	783	1,645	3,919	14	5,807	1969	1970			
GUATEMALA	1,208	244	771	3,673	4,427	53	12,304	1971	1970			
HAITI	361	96	420	937	13,152	44	3,329	1969	1967			
HONDURAS	780	158	290	2,048	3,445	38	4,376	1971	1970			
MEXICO	25,602	3,463	9,000	40,000	1,846	4,721	69,494	1968	1969			
NICARAGUA	1,141	290	447	2,132	1,673	45	4,216	1969	1968			
PANAMA	1,006	156	1,120	1,895	1,466	43	4,570	1971	1968			
PARAGUAY	1,386	410	286	1,518	1,618	145	4,492	1968	1968			
PERU	6,870	2,167	4,110	13,200	1,917	282	29,510	1969	1967			
REP. DOMINICANA	2,050	570	327	1,756	2,043	275	10,620	1971	1966			
URUGUAY	3,170	1,344	853	4,564	921	137	17,777	1971	1966			
VENEZUELA	10,202	2,417	5,535	18,472	1,056	316	31,207	1971	1968			

FUENTE: "América en Cifras" 1972, OEA.

aporte de los seguros sociales a los recursos para la salud en la región latinoamericana. En efecto, el otorgamiento de las prestaciones médicas con servicios directos, obligó a la creación de una red de ambulatorios o unidades de consulta externa, así como de hospitales de distintas magnitudes, que al sumarse a los de otros programas de salud, constituyen una infraestructura sanitaria más adecuada en los países del área.

Lo anterior pone de manifiesto que, a pesar de su incremento en cifras absolutas en los últimos años, los recursos de salud son todavía muy insuficientes.

3.2 Características y problemas de las zonas rurales.

La situación expuesta, ayuda destacar los principales factores condicionantes de la difícil situación por que atraviesan las áreas rurales, que son los siguientes:

- Existe una agricultura empobrecida por una estructura heterogénea de la fuerza laboral, por multiplicidad y complejidad de las sociedades agrícolas, por el aislamiento y dispersión geográfica de los núcleos de población y por el éxodo rural.
- Creciente disparidad en el desarrollo y participación variable, con bajos porcentajes, en el producto interno bruto de los distintos países.
- Alto nivel de subempleo rural.
- Bajos ingresos de los trabajadores agrícolas asalariados o independientes, que son, en forma global, considerablemente menores a los de los trabajadores de los demás sectores.
- Mayor pobreza y marginación de los beneficios de las instituciones sociales.
- Carencia de una infraestructura de salud y muy limitadas posibilidades para establecerla.

Incuestionablemente los factores anteriores constituyen la problemática que debe considerarse en la urgente extensión de la seguridad social al ámbito rural, en donde por ser escasa actualmente la capacidad contributiva de la familia campesina, ha de señalársele la que sea posible y brindarle un apoyo inicial, mediante justa redistribución de los fondos económicos obtenidos por la solidaridad colectiva organizada de los sectores

asegurados, a efecto de que al superar los escollos que dificulten su progreso, conforme vayan elevando sus condiciones de vida y de trabajo, se hagan copartícipes en el financiamiento del sistema mediante cotizaciones accesibles crecientes; esto significa que el desarrollo socioeconómico y aumento de la productividad de la población agrícola tiene, entre otros, el propósito de liberarlos de sistemas limitados, insuficientes y anacrónicos de beneficencia social.

3.3 Investigaciones requeridas para la extensión de la Seguridad Social.

La extensión del campo de aplicación de la seguridad social al medio rural, plantea la necesidad de emprender investigaciones previas, por un grupo multidisciplinario sobre aspectos económicos, sociales, culturales, de salud y jurídico 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, contratación, distribución y adiestramiento del personal necesario, asimismo, se debe tomar en cuenta a los miembros de las comunidades para sensibilizarlos y motivarlos y lograr su participación activa en la solución de los problemas que confrontan.

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

3.4 Base para la extensión del campo de aplicación de la Seguridad Social.

Pocas cuestiones de política social en Latinoamérica, merecen tanto interés como los que se relacionan con los seguros sociales. Estos problemas se plantean en torno a su financiamiento, su administración y su capacidad para cumplir con eficacia y oportunidad con sus obligaciones legales en cuanto a prestaciones.

La organización actual de los seguros sociales en los países de la región, plantea la necesidad de reconsiderar sus objetivos y los programas operativos vigentes para acelerar su extensión, establecer una efectiva coordinación de servicios con otras instituciones, orientar conjuntamente todos los esfuerzos para brindar protección a sectores cada vez más amplios de la población y contribuir con ello, a elevar los niveles de vida y asegurar un mayor bienestar social.

Por eso, no baste impulsar la extensión gradual de los regímenes sino que deben revisarse sus bases técnicas y jurídicas, facilitar su incorporación

Participación de la Agricultura en el Producto Interno Bruto en Países Americanos

CUADRO No. 16

1960 - 1972

Grupos de Países	1960	1969	1970	1971	1972	Disminución Absoluta	
						1960 - 72	1969 - 72
						(Puntos Porcentajes)	
Mas del 30 %							
Haití	49,9	51,7	51,2	50,2	-	-	-
Honduras	43,8	37,7	37,2	36,9	36,2	7,6	1,5
Paraguay	36,5	31,7	31,0	30,8	30,7	5,8	1,0
Entre 20 y 30%							
Guatemala	30,3	27,3	27,3	27,7	27,9	2,4	0,6
Colombia	33,0	29,1	28,4	27,6	27,2	5,8	1,9
Ecuador	37,6	30,8	30,5	28,6	26,2	11,4	4,6
El Salvador	30,8	25,3	26,2	26,0	24,7	6,1	0,6
Nicaragua	26,5	25,0	24,5	24,4	23,8	2,7	1,2
Costa Rica	24,3	24,6	23,1	22,0	21,6	2,7	3,0
Rep. Dominicana	32,8	24,3	23,4	22,5	21,1	11,7	3,2
Entre 10 y 20%							
Panamá	23,0	19,4	18,0	17,2	17,0	6,0	2,4
Brasil	23,2	17,6	17,0	17,0	16,1	7,1	1,5
Bolivia	22,3	16,3	16,2	16,3	15,9	6,4	0,4
Perú	24,5	18,5	18,7	17,7	15,9	8,6	2,6
Uruguay	14,3	15,3	14,8	14,8	14,6	0,3	0,7
Argentina	16,6	13,8	13,8	12,7	11,7	4,9	2,1
México	15,9	11,9	11,6	11,5	10,7	5,2	1,2
Menos del 10%							
Chile	11,6	9,2	9,6	9,2	-	-	-
Venezuela	7,3	7,5	7,4	7,1	6,9	0,4	0,6

Fuente: Progreso Económico y Social en la América Latina, 1973.
 BID

en un programa socioeconómico que permite el desarrollo de una política nacional que tenga como metas las de un crecimiento equilibrado y sostenido.

4.—ESTRATEGIAS Y NUEVOS ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A OTROS SECTORES DE LA POBLACION, PRINCIPALMENTE EN EL MEDIO RURAL

La búsqueda de nuevos esquemas de aseguramiento y de procedimientos diferentes que permitan acelerar la extensión de la seguridad social a núcleos de población hasta ahora desprotegidos se va traduciendo en la expedición de nuevas leyes, las cuales superando los principios doctrinarios que inspiraron las legislaciones originales de hace tres décadas, recogen las experiencias de treinta años de operación y señalan nuevos cauces para la acción de las instituciones, con un contenido cada vez más acentuado de justicia social y solidaridad colectiva.

En diversos países de la región, nuevas legislaciones ponen las bases firmes para hacer realidad las aspiraciones de los pueblos latinoamericanos de acercar el momento en que la seguridad social sea integral en el doble sentido de proteger a la totalidad de la población y de cubrir todos los riesgos que determinan la pérdida del ingreso o de la capacidad de ganancia. En dichas reformas legislativas se plasma el ideal común de los países de hacer partícipes de los beneficios de la seguridad social a núcleos urbanos y rurales que hasta ahora han permanecido al margen de los mismos; así como ampliar las prestaciones en especie y en dinero para mejorar la cobertura de los riesgos.

De los resultados de la encuesta practicada, así como de las ponencias y trabajos presentados en la Tercera Reunión de la Comisión Regional Americana Jurídico-Social, celebrada en Lima, Perú, en julio del presente año, se desprende claramente que las tendencias de las nuevas legislaciones en materia de seguridad social concluyen, con las variantes propias de las particulares condiciones económicas y sociales de cada país, a lograr los siguientes objetivos:

Ampliar el campo de aplicación de los seguros sociales para comprender dentro de su protección a trabajadores urbanos no considerados como sujetos de aseguramiento en las legislaciones originales, particularmente en lo relativo a los trabajadores independientes, a domicilio, domésticos y a los trabajadores eventuales.

Comprender dentro de los beneficios de la protección, en los casos en que han estado excluidos, a los familiares dependientes del trabajador.

Llevar en forma tangible los beneficios del Seguro Social al sector

rural, mediante esquemas modificados de prestaciones y financiamiento, acordes con las necesidades y posibilidades económicas de dicho sector.

Como genuina expresión de solidaridad nacional, hacer partícipes de la protección de la seguridad social a núcleos de población urbana, suburbana y rural, cuyas condiciones de profunda marginación de los avances sociales y económicos, les impide contribuir al financiamiento del régimen.

Ampliar y mejorar las prestaciones en especie y en dinero a efecto de garantizar una mejor cobertura de los riesgos protegidos.

Propugnar por centralizar la administración en los órganos de gestión e impulsar la descentralización operativa.

Integrar la administración de los diferentes ramos de los seguros sociales y propiciar la adecuada coordinación de las distintas instituciones de salud.

Acorde con los propósitos de este trabajo, se analizan a continuación las reformas legislativas recientes que amplían el campo de aplicación de la seguridad social en algunos países de la región, sirviendo para ello de base las ponencias que se presentaron en la Tercera Reunión de la Comisión Regional Americana Jurídico Social antes mencionada.

4.1 Nuevas disposiciones legales que amplían el campo de aplicación en el medio urbano.

Desde su implantación, prácticamente todos los países latinoamericanos tienen como sujetos primordiales de protección a los trabajadores asalariados urbanos, y aún cuando las prestaciones médicas a familiares se han visto restringidas en algunos casos, la tendencia es ampliarla en la medida de las posibilidades de las instituciones de seguro social.

Objeto de especial inquietud y de diversos estudios del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, son las medidas tendientes a lograr la protección de los trabajadores urbanos, denominados independientes o no asalariados, aún cuando el alcance de su concepto varía según los países de que se trate.

En la VIII Conferencia Interamericana de Seguridad Social, la Caja Costarricense de Seguro Social presentó la ponencia intitulada “Estudio técnico-administrativo de los problemas de afiliación, cotización y control, relativos a los trabajadores independientes, domésticos y a domicilio”, con

base en la cual se dictó la Resolución CISS número 67, cuyos acuerdos en relación con los trabajadores independientes fueron:

1o. Proceder a la revisión de las estructuras administrativas de las Instituciones de Seguro Social actuales, a fin de que su funcionamiento pueda responder adecuadamente a las exigencias de una extensión y aplicación efectiva, al sector de los Trabajadores Independientes. Dentro de los propósitos de la revisión se debe considerar:

- a) La necesidad de imprimirle un mayor dinamismo a la política de extensiones.
- b) La necesidad de contar con un sistema administrativo lo suficientemente flexible para adaptarse, dentro de una extensión obligatoria, a las modalidades y realidades de los diversos grupos de trabajadores independientes .

2o. Considerar, como parte de la política y la realización de las extensiones, la necesidad de preparar la comunidad para recibir y aceptar la Seguridad Social, mediante programas de divulgación y Educación adecuados a tal fin .

3o Promover la creación de mecanismos de coordinación con otras instituciones, a efecto de facilitar los procesos administrativos de afiliación y el posterior control de los asegurados, recomendando en la medida en que sea posible, utilizar los recursos propios y los de otros Organismos, en materia de sistemas mecanizados, a fin de intercambiar la información necesaria a un eficiente sistema de afiliación y control de asegurados .

4o. Utilizar todos los medios posibles dentro de las técnicas administrativas, para contar con elementos de juicio necesarios para la fijación de las cotizaciones que deben pagar los trabajadores independientes .

Cuando no pueda obtenerse información fehaciente acerca de los ingresos de los trabajadores, puede utilizarse el sistema de salario de referencia o adoptarse una fórmula financiera que responda a la realidad laboral y de producción del respectivo sector de actividades independientes

5o. Revisar los sistemas vigentes de control en las Instituciones de Seguros Sociales, a fin de adaptarlos a las nuevas modalidades de relación que introduce el sector de los trabajadores independientes.

Acerca de la extensión del Seguro Social a los trabajadores independientes o no asalariados, así como a otros grupos de trabajadores urbanos, se

sintetizan a continuación las nuevas disposiciones legales de Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y Perú.

COSTA RICA

La legislación de Costa Rica, de acuerdo con las reformas realizadas de 1971 a 1974, tratando de ajustar los contenidos teóricos del campo de la seguridad social a las realidades que vive el país y a su tendencia constitucional de universalizar los diversos seguros puestos a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social, tiene como meta incluir la protección familiar en el régimen de maternidad y enfermedad en un plazo no mayor de diez años de la promulgación de la reforma constitucional de 1967.

El proceso de universalización exigía precisar el campo de acción de la institución del Seguro Social Costarricense; saliéndose de las estructuras y procedimientos tradicionales de los seguros sociales clásicos, amplía su campo de aplicación para proteger a los trabajadores independientes y en esta forma, mediante la Ley 4750 del 30 de marzo de 1971, que modificó el artículo tercero de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, se establece la facultad de la propia Caja para fijar la fecha en que habrá de entrar en vigor el seguro social de los trabajadores independientes, así como las condiciones de ese seguro.

Con el objeto de brindar inmediatamente la protección del seguro social sin esperar la decisión de la Junta Directiva de la Caja en cuanto a su implantación obligatoria, se establece la facultad de los propios trabajadores independientes para asegurarse en forma voluntaria mediante la presentación de la solicitud correspondiente.

La reglamentación relativa a la inscripción, otorgamiento de las prestaciones y demás procedimientos queda a cargo de la mencionada Caja.

La Ley referida consigna que los trabajadores independientes estarán exentos del pago de la cuota patronal, ya que se estima por parte de los técnicos costarricenses que esta disposición, al tiempo que se ajusta a la situación real de los independientes que carecen de patrón, permitirá a la Institución considerarlos como un grupo sujeto a contribuciones o fórmulas de cotización diferentes a las que se emplean con los trabajadores asalariados.

ECUADOR

El artículo sexto de la Ley del Seguro Social Obligatorio del 14 de julio de 1942, en vigor, consigna que el Instituto Nacional de Previsión deberá fijar, con la aprobación del Presidente de la República, "tanto las modalidades peculiares de la Seguridad Social de los trabajadores agrícolas, de los traba-

jadores del servicio doméstico, de los ocasionales y temporales y de los trabajadores a domicilio, como la fecha en que comience a regir este Seguro Obligatorio especial, para los preindicados trabajadores”

En enero de 1965, quedaron inscritos los trabajadores domésticos y los profesionales, en ejercicio de una profesión liberal; a partir de 1966, los artesanos y los miembros del clero secular.

En 1971 y de acuerdo con una Reforma Legislativa, Decreto Supremo número 1502, del 4 de octubre, se incorporaron los trabajadores de la construcción, ya sea de carácter permanente, temporal, ocasional o a prueba.

MEXICO

La nueva Ley del Seguro Social, en vigor a partir del año de 1973, contempla dos Regímenes de aseguramiento: el Obligatorio y el Voluntario.

- a) Régimen Obligatorio.—En este campo la Ley contempla dos posibilidades de incorporarse al mismo, una en forma obligatoria y la segunda voluntaria; además existe otra figura jurídica que se denomina Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio.

En síntesis la incorporación obligatoria consiste en que las personas que estén en el supuesto de la Ley deben estar inscritos en el Régimen, cualquiera que sea su condición; tales son los trabajadores asalariados, los miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas, y los ejidatarios y pequeños propietarios agrícolas, miembros de Sociedades de Crédito Ejidal o Agrícola.

La incorporación voluntaria se ha establecido para aquellos grupos de personas que siendo sujetos del Régimen Obligatorio, legalmente su incorporación queda condicionada a la posterior expedición de Decretos que expida el Ejecutivo Federal, en los que se determinará la fecha y condiciones en que se inicia la obligatoriedad del aseguramiento. Entre estos sujetos se encuentran los trabajadores en industrias familiares, los independientes y en general los trabajadores no asalariados, tales como profesionistas, artesanos, comerciantes en pequeño y otros grupos urbanos.

También están sujetos a la incorporación voluntaria los patrones personas físicas con trabajadores a su servicio, los trabajadores domésticos y los que prestan sus servicios a Entidades Federales, Estatales y Municipales, a Organismos Descentralizados Federales y Locales, así como aquellos trabajadores que residan en Municipios no incorporados al régimen del seguro social obligatorio.

La Ley prevé que los trabajadores que voluntariamente se adscriban al Seguro Social no podrán, una vez incorporados darse de baja en el seguro por su sola voluntad, ya que para ello se requerirá que dejen de tener las condiciones que permitieron su aseguramiento, esto es, que dejen de ser trabajadores no asalariados profesionistas, comerciantes en pequeño, artesanos, patronos personas físicas, domésticos, etc.

La continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio es un derecho que se otorga a quienes habiendo estado en el Régimen Obligatorio, sean dados de baja de él por quedar fuera del supuesto de la Ley, y deseen continuar protegidos por el Seguro Social.

- b) Régimen Voluntario.— Los Seguros Facultativos y los Seguros Adicionales son las figuras de aseguramiento que integran este régimen. Mediante los primeros se otorgan prestaciones en especie (asistencia médica) a personas no protegibles por la Ley en el Régimen Obligatorio o en la incorporación voluntaria a éste. Los segundos permiten que el Instituto Mexicano del Seguro Social otorgue prestaciones superiores a su Ley, en casos especiales de Contratos Colectivos, mediante la celebración de los convenios respectivos en los que se fije la prima adicional de financiamiento.

De los esquemas reseñados en los renglones que anteceden se desprende que con las normas actuales del seguro social mexicano se han sentado las bases jurídicas que permiten la extensión a todos los sectores urbanos; siempre y cuando no estén ya protegidos por otro régimen de seguridad social especial.

A la fecha se han expedido ya las normas jurídicas necesarias para la incorporación de los trabajadores domésticos y de los patronos personas físicas con trabajadores a su servicio, y al través de los convenios correspondientes se ha iniciado la protección de otros numerosos grupos de trabajadores, antes desprotegidos. Las reglamentaciones expedidas determinan el otorgamiento de prestaciones médicas, en toda su amplitud y tienen variaciones en cuanto a las prestaciones en dinero, según la naturaleza y condición de los asegurados, disminuyéndose en algunos casos del subsidio por enfermedad y eliminándose en otros; limitando las pensiones de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte y en algunos casos suprimiendo algunas de éstas.

Las cotizaciones igualmente se ajustan a las prestaciones a otorgar y a la capacidad económica de los obligados a cubrirlas, estableciéndose en algunos casos obligaciones solidarias para garantizar el pago de las mismas.

El financiamiento del Régimen Obligatorio subsiste a cargo de patrones, trabajadores y Estado. En casos especiales es bipartito, —Administraciones obreras, Sociedades de Crédito Ejidal y Agrícola.

El Régimen Voluntario se financia, a base de cuotas fijas en el seguro facultativo y con primas en el seguro adicional.

PANAMA

El régimen panameño del Seguro Social comprende actualmente en su carácter obligatorio, a todos los trabajadores al servicio del Estado y a las personas “naturales” o jurídicas particulares que operan en el territorio nacional.

Es de notar que los familiares del asegurado urbano no tienen a la fecha la protección de los servicios hospitalarios, para lograrlo se realizan actualmente los estudios necesarios.

Al lado del carácter obligatorio del régimen del seguro social está el campo de aplicación voluntaria del mismo, cuyo régimen se ofrece a los trabajadores independientes, a los que hayan dejado de estar sujetos al Régimen Obligatorio, a los domiciliados en el territorio nacional al servicio de organismos internacionales, misiones diplomáticas y consulares acreditadas en el país; para los trabajadores en territorio panameño, sujeto a limitaciones jurisdiccionales, y a los trabajadores al servicio de patrones particulares que operan en distritos no incorporados.

La Nación Panameña considera de fundamental importancia la incorporación de los nacionales que prestan servicios en la Zona del Canal, ya que ello permitirá la protección de 17,000 trabajadores, a cuyo efecto se establecen las bases legales y los estudios técnicos y financieros necesarios.

Siendo la explotación bananera una de las principales fuentes de riqueza de Panamá, se consideró indispensable que los trabajadores dedicados a la explotación de la banana fueran partícipes igualmente de los beneficios de la seguridad social. La incorporación de este grupo requirió un aumento en las cotizaciones a efecto de lograr una mejoría respecto de las prestaciones consignadas en la Ley para los demás asegurados. En tanto que en el resto del país el trabajador cotiza sobre la base del 5% de su salario real y el patrono sobre el 7% del mismo, en la región bananera el trabajador cotiza el 6% y su patrón el 8%. A diferencia de los asegurados del Régimen Urbano, los familiares de los trabajadores dedicados a la explotación del plátano tienen derecho a servicios de hospitalización.

PERU

El 28 de mayo de 1971, mediante el Decreto Supremo Número 015-71-PM fué sancionado el Plan Nacional de Desarrollo para el período 1971-1975, en el cual se han establecido los siguientes objetivos a mediano plazo:

- Extensión de la Seguridad Social ampliando la población protegida.
- Unificación de las instituciones de Seguridad Social.
- Reorientación de las inversiones de los fondos de reserva de las Instituciones de Seguridad Social, y
- La ampliación y mejoramiento de las prestaciones.

Para el cumplimiento de dichos objetivos se han dictado diversas disposiciones legales entre las cuales destacan: Los Decretos Supremos que extienden el Régimen de Prestación de Salud de los asegurados a casi la totalidad del Territorio Nacional. Los Decretos Supremos que incorporan a determinadas categorías de trabajadores, como los repartidores de pan a domicilio, los trabajadores al servicio del hogar, los pescadores de anchoveta y de consumo humano y los trabajadores artistas.

El Decreto Ley Número 19,990 que crea el Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social, además de unificar los regímenes independientes privativos de pensiones para obreros y empleados, existentes hasta 1973, posibilita la incorporación de los trabajadores independientes a sus beneficios e introduce importantes mejoras tanto en lo relativo a requisitos como a cuantías.

En esta forma se hace patente que mediante las precitadas Reformas Legislativas y otras, se está dando cumplimiento los objetivos de política de Seguridad Social del Plan Nacional de Desarrollo, al integrarse los regímenes de prestaciones diferidas, ampliarse a la población protegida y fusionarse los organismos de gestión administrativa.

4.2 Nuevas disposiciones legales que amplían el Campo de Aplicación al medio rural.

Urgente necesidad de la época presente es la de llevar la productividad de las actividades agropecuarias, a efecto de garantizar los satisfactores básicos de la población.

Si la afirmación contenida en el párrafo anterior es valedera para las

naciones altamente industrializadas, adquiere características trascendentales respecto de aquellas en las que el sector campesino representa el 48% de la población económicamente activa y cuyas economías están basadas principalmente en la explotación de sus recursos naturales.

En la medida en que los sectores rurales gocen de una mayor protección social serán mayores sus rendimientos. Dar seguridad social al campesino es dársela en alguna forma, a toda la población, ya que el mejoramiento de ese sector traerá como necesaria consecuencia la elevación de los niveles de vida de toda la población de los países de la región.

Preocupación constante de los países latinoamericanos ha sido la de encontrar las fórmulas que permitan la protección de la seguridad social al mayoritario sector rural, tal como se desprende de la resolución CISS Número 66 tomada en ocasión de efectuarse la VIII Conferencia Interamericana de Seguridad Social en Febrero de 1968, en Panamá, en la que se establece que:

“Considerando: Que se vienen realizando esfuerzos en el territorio americano tendientes a extender la protección social a zonas y comunidades rurales que, debidamente adecuados a las realidades socioeconómicas y culturales de cada país, pueden representar un valioso antecedente para la concreción del propósito, largamente perseguido, de extender la citada protección social al campo;

Que no obstante las dificultades de orden económico, médico y administrativo que la extensión de la protección implica, es de urgente necesidad iniciar o continuar los trabajos encaminados para lograr dicha extensión;

Acuerda:

I.—En los países en los cuales las condiciones prevalecientes de trabajo y de vida de importantes sectores de la población del campo dificulten o imposibiliten su protección mediante los sistemas del seguro social configurando para los grupos asalariados sobre principios compensatorios, deberá contemplarse la adopción de nuevas bases jurídicas, económico-financieros y administrativos y de nuevos métodos y técnicas de protección social apropiados para dichos sectores, dentro de un concepto prevalecientemente distributivo, de acuerdo con las condiciones, necesidades, conveniencias y nivel de desarrollo económico de cada país ”.

El derecho positivo de diversos países de la región ha recogido la recomendación antes transcrita, impulsando en esa forma y acorde con sus particulares características económicas, sociales y políticas, la extensión de la seguridad social al sector campesino.

ECUADOR

Por Decreto Supremo 307 del 27 de marzo de 1973, se extiende el régimen del seguro social al sector rural, mediante el "Plan Piloto de Seguridad Social Campesina", cuya posibilidad de incorporación está prevista en el artículo 6o., de la Ley del Seguro Social vigente desde 1942, pero cuya aplicación se difirió por diversas razones de carácter social, económico jurídico, y básicamente, por la carencia de estudios socioeconómicos del sector campesino.

En agosto de 1968, se pone en marcha un sistema experimental, iniciándose su aplicación en tres comunas campesinas de trabajadores independientes. Las bases bioestadísticas, socioeconómicas y financieras obtenidas con ese sistema, se han considerado indispensables para adaptarlo como instrumento de extensión a otros grupos.

Aún cuando la incorporación en forma masiva se considera físicamente imposible, ello no impide que se haya adoptado en forma gradual, mediante etapas definidas de acuerdo a las modalidades de trabajo y características sociales.

Se han establecido tres etapas, empezando por los trabajadores autónomos, para proseguir después con la población agrupada en cooperativas agrícolas y terminando finalmente con una tercera, que actualmente se encuentra en estudio, con los trabajadores campesinos asalariados.

La primera etapa se inició con el Plan Experimental mencionado, el cual se basa en la comuna campesina. El afiliado propiamente dicho es todo el grupo social que integra la comuna y que agrupa a no menos de 50 familias dedicadas a la agricultura, ganadería, pastoreo y pequeña industria artesanal. En esta forma quedan protegidos los padres de familia, sus mujeres e hijos, es decir, la familia en general considerada como unidad.

El Cabildo que rige a la comuna recauda las cuotas de aportación y las deposita mensualmente en el Instituto.

El régimen campesino se financia con una cuota fija que la comuna recauda por cada jefe de familia, con el capital del seguro campesino acumulado desde 1937 y con la nueva contribución fiscal campesina que entrega el Estado, haciendo posible con ello, mediante la aplicación del principio de solidaridad nacional, la seguridad social a los sectores marginados.

Fuente de recursos para el Plan son también las utilidades de sus propias inversiones y reservas.

Con el Decreto Ley para la Extensión del Plan Piloto a nuevas comunas será posible que el Seguro Social cubra a toda la población activa del país, tanto del área urbana como de la rural, prestando sus servicios a la familia como unidad y no solamente al trabajador como individuo.

MEXICO

Desde la Ley Original del Seguro Social en 1943, se señalaban como posibles sujetos del Régimen a los trabajadores del campo, pero condicionaba su incorporación a la expedición de los Decretos respectivos por el Poder Ejecutivo Federal.

No fué sino hasta el año de 1954, en que se extiende el seguro social para algunos grupos campesinos del noroeste del país, con base en un Decreto que lo estableció con carácter experimental.

En 1960, el Ejecutivo Federal expide el “Reglamento para el Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores del Campo”, y en 1963, mediante una Ley especial, se incorpora a los Productores de Caña de Azúcar y sus trabajadores.

La gradual incorporación de grupos de campesinos se va logrando al través de estas disposiciones legales, trasladando a los trabajadores asalariados del campo y a los productores agrícolas, íntegramente el esquema de protección diseñado originalmente para los trabajadores asalariados urbanos, lo cual determinó que durante todos esos años la protección del seguro social alcanzará a muy reducidos grupos de campesinos.

La experiencia que al través de los años se logra, llevó a la conclusión de que pretender amparar al sector rural —que tiene características sociales y económicas, así como necesidades de protección específicas— con los moldes tradicionales del régimen urbano, limita las posibilidades para su efectiva incorporación a los beneficios de la seguridad social.

En el año de 1972, se plantea la adopción de esquemas de protección modificados, para incorporar a los productores de henequén del Estado de Yucatán, tomando en cuenta sus particulares condiciones económicas y sociales, mismas que son determinantes del marco de aseguramiento que establece el Decreto mediante el cual se implanta el régimen obligatorio que los incorpora.

El aseguramiento cubre los riesgos de Enfermedades no Profesionales y Maternidad, Vejez y Muerte; comprende asistencia médica completa, en los términos de Ley, sin el pago de subsidios. El régimen financiero es bipartita, a cargo del asegurado y del Estado, en igualdad de proporciones, quedando obligado, como retenedor, el Banco que refacciona sus cultivos.

Por Decreto cuya vigencia se inició el 23 de enero de 1973, se implantó el Seguro Social Obligatorio para los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios, miembros o no de sociedades de crédito, de grupos solidarios o uniones de crédito, dedicados al cultivo del tabaco en diversos Municipios del Estado de Nayarit. El Seguro Social proporciona asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria a la población derechohabiente, en el ramo de Enfermedad General y Maternidad y ayuda de funeral a la muerte del asegurado. Se otorga asimismo el pago de prestaciones económicas en los casos de Invalidez Total Permanente, Vejez y Muerte y prestaciones sociales.

El sistema de financiamiento es tripartita, ya que la prima total es cubierta por: la empresa paraestatal Tabacos Mexicanos, S.A. de C.V.; el Estado y el productor de tabaco. Los trabajadores "estacionales" también quedan protegidos, cubriendo su cuota el productor, la empresa y el Estado.

Con la expedición de la Nueva Ley del Seguro Social, que entró en vigor en abril de 1973, se fijan las bases para la incorporación de todos los campesinos del país que tengan alguna capacidad contributiva al Régimen Obligatorio dejándose al Ejecutivo Federal la facultad de fijar mediante decretos, las modalidades a dicho régimen que se requieran para hacer posible el más pronto disfrute del seguro social por el sector campesino. Asimismo se sientan las bases legales para la incorporación voluntaria al régimen obligatorio de este sector.

Se consigna en el articulado de la Ley que tanto para la incorporación obligatoria como para la voluntaria, las instituciones de crédito con quienes tengan relación los productores agrícolas estarán obligadas, en el primer caso, y se considerará como requisito indispensable, en el segundo, a inscribir a dichos productores y a retener y, en su caso, pagar las cuotas respectivas.

Con base en lo anterior, en 1973 y 1974, se han expedido los decretos para la incorporación de los Ejidatarios Fideicomisarios del Plan Chontalpa, de los campesinos de la Comarca Lagunera y de los campesinos partícipes del fideicomiso para las artesanías derivadas de la Palma.

El esquema de aseguramiento y financiamiento de estos grupos es similar a la de los grupos antes referidos.

Siguiendo la política de una eficiente extensión del Seguro Social al campo, está prevista la ampliación del Régimen para los campesinos de otras áreas del país.

Para hacer posible la extensión del Seguro Social a la población de zonas rurales, se considera al Ingreso Público como una importante fuente de recursos del esquema financiero en la forma de un aporte global. Esta acción debe coordinarse entre otras con el proceso de Reforma Agraria.

Esta coordinación que en forma específica contiene el Plan de Desarrollo de este país, es igualmente patente en la legislación Mexicana, criterio este que de ser compartido por las legislaciones de los demás países miembros, habrá de permitir que la incorporación del campesino se haga en forma más adecuada a la situación política y social de este sector y garantice su estabilidad.

4.3 Nuevas Disposiciones que amplían el Campo de Aplicación a Sectores sin capacidad contributiva.

Indudablemente que al lado del progreso social, económico y cultural, existen grupos de la población que carecen de una economía que les permita soportar cargas financieras para su aseguramiento y que sin embargo requieren con urgencia la protección de la Seguridad Social en alguna forma de solidaridad colectiva.

Destacan dos países que realizan programas nacionales encaminados a proteger a estos sectores marginados.

COSTA RICA

Protección a indigentes

Es digno de mencionarse en este campo de la extensión de la Seguridad Social a grupos no protegidos, la previsión contenida en la Ley Número 4750 de Costa Rica que faculta a la Junta Directiva de la Caja Costarricense para tomar las medidas tendientes a coadyuvar en la atención médica a los indigentes, en los riesgos y accidentes profesionales y en las campañas de medicina preventiva, ya que por su condición no estaban contemplados dentro de la población económicamente activa.

MEXICO

Servicios de Solidaridad Social

La nueva Ley del Seguro Social Mexicana de 1973, elaborada sobre los principios de la solidaridad humana y de que todo sistema de Seguros Sociales implica la redistribución de sus beneficios, encomendó al Instituto Mexicano del Seguro Social la protección de aquellos sectores de población que por el estadio de desarrollo del país, constituyen polos de profunda marginación rural, sub-urbana y urbana.

Los servicios de Solidaridad Social han sido instituídos para brindar la protección de salud a aquellos grupos que hasta la fecha han permanecido al margen del desarrollo nacional y que debido a su propia condición, no tienen capacidad contributiva suficiente para incorporarse a los sistemas de asegura-

miento ya existentes al expedirse la nueva Ley de 1973, a quienes el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de Solidaridad Social.

A fin de que el eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del Régimen Obligatorio del Seguro Social, no se vea comprometido en forma alguna por los nuevos servicios de solidaridad social, la Ley tiene establecido un esquema de aseguramiento cuyas características esenciales son las siguientes:

Las prestaciones comprenden exclusivamente, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, que serán otorgadas en coordinación con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y además Instituciones de Salud y Seguridad Social.

Los servicios de Solidaridad Social, serán financiados en forma tripartita por el Gobierno Federal, el Instituto Mexicano del Seguro Social y los propios grupos beneficiados. Las aportaciones del Instituto se determinan anualmente, tomando en cuenta las del Gobierno Federal. Sin perder de vista que los sujetos de los servicios de solidaridad social, son grupos a los cuales su situación económica les impide distraer de su ingreso sumas de dinero que requieren para su subsistencia, la parte del financiamiento que les corresponde podrá ser cubierta con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten, con miras a que dichos trabajos propicien que en un futuro alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en el Régimen del Seguro Social.

4.4 Ejemplo de un Desarrollo Metodológico.

Consecuentemente, la reforma y adecuación de los marcos jurídicos de la Seguridad Social en diversos países miembros de la Conferencia, ha sido el punto de partida para definir estrategias y nuevos esquemas de organización, a fin de pragmatizar los objetivos planteados; de la información proporcionada al Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, se han seleccionado los programas de México, para ejemplificar un desarrollo metodológico dado.

Se plantean sus proyecciones al sector rural no asalariado, a través de dos programas, muy diferentes entre sí, denominado uno "Esquema Modificado de Campo" y el otro de "Solidaridad Social". La adición de estos programas a su régimen tradicional, lleva implícito el reconocimiento de que en ese país, las características culturales, sociales y económicas son distintas en el medio urbano y en el rural, es decir, existe una sociedad dual, que requiere políticas acordes a las peculiaridades del sector a que se dirigen; así como a la visualización de estratos sociales con mayor o menor desarrollo relativo en la integración de la población rural.

Esquema Modificado de Campo

Se orienta a los núcleos agrarios que han logrado una organización económica, que les permite adquirir derechos sociales, a cambio de obligaciones económicas; comprendidas en la estructura de su Ley General, identificándose con los grupos de cotización que correspondan a sus ingresos, deduciéndose exclusivamente las fracciones que corresponden actuarialmente a prestaciones no otorgadas.

Básicamente, se conservan las prestaciones fundamentales de los ramos de seguro existentes en el país de referencia, excluyendo como política, los subsidios a corto plazo, y conservando las prestaciones económicas que se generan por la consumación de riesgos como pensiones en casos de invalidez total y permanente, vejez, viudez y orfandad, así como la prestación económica de ayuda de funeral, con las cuantías y tiempos de espera establecidos para su régimen tradicional; lo anterior, no obedece a su costo directo, sino al hecho de que en la mayoría de las zonas en que se implantan los beneficios del sistema, el ingreso promedio ordinario de un agricultor, es menor o igual que el monto de los subsidios a corto plazo, lo que determinaría uso y abuso en otras prestaciones a fin de obtener ingresos en efectivo con el consecuente incremento del costo-egreso; reflexión que se complementa con la realidad de procesos agrícolas, en los que la ausencia del trabajador por enfermedad general, se ve suplida por sus propios beneficiarios y en sí por la dinámica de tales procesos. Esto resulta fundamental, cuando se persigue consolidar esquemas financiados, o con cargos de desfinanciamiento mínimos, fácilmente absorbibles por el esquema redistributivo.

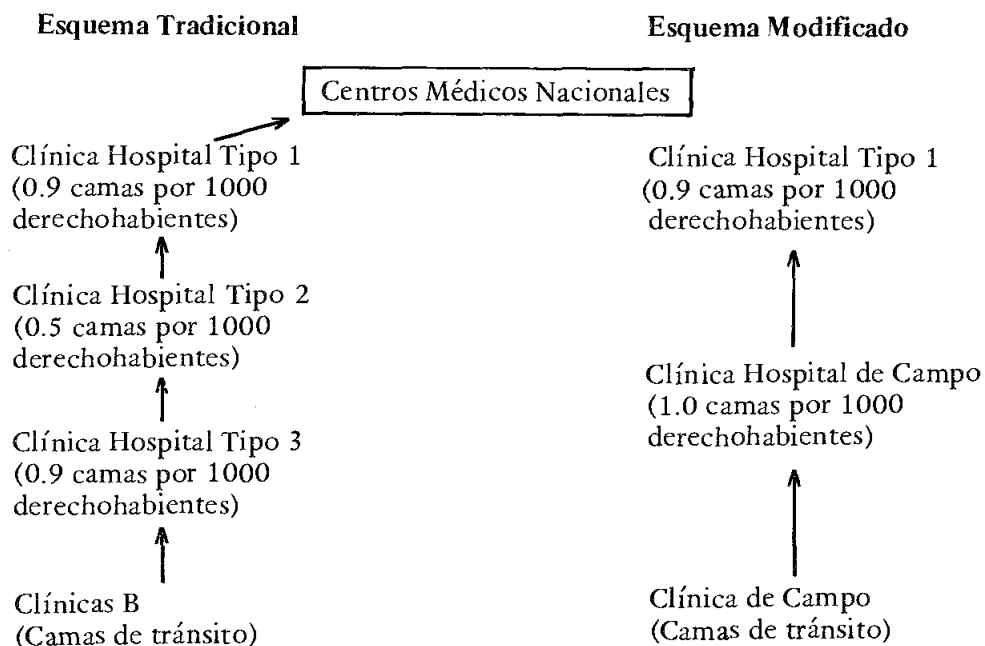
Entre las características esenciales de su planeación, deben señalarse las siguientes:

1. La definición del universo a incorporar, se lleva a nivel de persona física, su agrupamiento en poblados, la adscripción de poblados a unidades médicas ya existente o por construir el enlace de las nuevas unidades a los esquemas de regionalización funcional de los servicios médicos, o a la creación o modificación de dichos esquemas, asegurando, densidades de población derechohabiente, que justifique productivamente, nuevas inversiones y que supere problemas de dispersión y comunicaciones. En su caso contempla el aprovechamiento de instalaciones ya existentes, subocupadas, aún cuando pertenezcan a otras dependencias, incorporándolas al servicio de la seguridad social.
2. Necesariamente se estudia su organización económica, sus canales crediticios, los de comercialización y se identifica la Institución Oficial o Privada, que actúa como retenedora de las cuotas de los agricultores; cuando no existe, se exige el entero

anticipado de dichas obligaciones; a ello se adiciona la proporción de aportaciones del Estado, que es hasta de un 50% del valor de las cuotas, lo que propicia establecer las bases de un adecuado financiamiento.

3. La planeación de los servicios médicos se instrumenta a partir de una demanda de servicios teórica estadísticamente determinada, que permite conocer que cantidad de personas solicitarán el servicio, en cuantas ocasiones, así como su comportamiento en atenciones de carácter general, de especialización, alta especialización y sus relaciones con demandas de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Lo anterior, permitió inicialmente, una hipótesis de trabajo, que la realidad ha confirmado y en la que se concluye, que la demanda de servicios de la población rural es significativamente menor, a las necesidades de solución que plantea la población derechohabiente urbana, en consecuencia, sus unidades tienen bases de cálculo diferentes; así mientras que en el sistema foráneo del régimen tradicional se requieren 2.3 camas por 1,000 derechohabientes, en el esquema modificado de campo es suficiente con 1.9 camas, lo que implica ahorros considerables (0.4 camas por 1,000 Dh.) en inversión y operación de unidades.



El desplazamiento de personal médico y paramédico a unidades rurales, se ha desarrollado mediante estímulos programados, que complementan la carrera institucional del médico y con la creación de categorías polivalentes para personal paramédico y administrativo.

El Cuadro Básico de Medicamentos, es motivo de adecuación epidemiológica y acorde al nivel de atención que se proporciona, ello no implica disminución cualitativa de fármacos, sino un manejo productivamente orientado de existencias y abastecimientos.

4. En lo administrativo, se ha procedido a simplificar al máximo, los mecanismos de afiliación y vigencia de derechos y de la actualización de los mismos, otro tanto acontece con la emisión de adeudos y los procedimientos de cobranza, así por ejemplo, se utiliza como unidad de tiempo en lugar de las semanas, los semestres o las anualidades.

La combinación de los conceptos enunciados ha permitido abatir el costo por derechohabiente, en cifras que rebasan el 40 % comparado con el régimen tradicional y necesariamente, sin menoscabo de la calidad de los servicios que se proporcionan.

Al amparo de la tesis descrita, el Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene en operación, desarrollo o estructuración, los siguientes programas:

<u>Programa</u>	<u>Avance</u>	<u>Número de Derechohabientes</u>
Henequeneros de Yucatán	Operación	222,000
Plan Chontalpa, Tabasco	Operación	19,011
Tabaqueros, Nayarit	Operación	91,919
Comarca Lagunera, Coahuila y Durango	Inicia operación Enero de 1975	107,463
Productores de Cera de Candelilla, Coahuila, Chihuahua, Durango y Zacatecas	Inicia operación Enero de 1975	29,289
Chicleros y Apicultores de Quintana Roo	Inicia operación Julio de 1975	16,994

Tejedores de Palma, Guerrero, Oaxaca y Puebla	Inicia operación Julio de 1975	35,520
Coperos y Cafeticultores de Guerrero	Inicia operación Julio de 1975	24,764
Explotaciones Forestales de Chihuahua	Inicia operación Julio de 1975	7,459

Así como otros programas que están a punto de iniciarse y que antes de concluir el año de 1975, incorporarán 232,828 derechohabientes más; situación que les ha permitido señalarse en el próximo bienio, objetivos anuales mínimos de 500,000 derechohabientes.

Sin embargo, este paso, trascendente en la evolución de la Seguridad Social Mexicana, les ha permitido visualizar objetivos que difícilmente pueden ir en el estado actual de desarrollo alcanzado, más allá de un total de 3 millones de nuevos derechohabientes en los esquemas modificados de seguro social; ya que ello está permitiendo la incorporación de aquella parte del sector rural con capacidad contributiva; pero junto a ello, se conservaba marginada a esa gran masa que se agrupa y constituye los polos de profunda marginación económica y social del país, parcialmente protegidos por el esquema sanitario asistencial en planos nacionales.

Las posibilidades de solución, parecían resumirse en tres caminos:

1. Esperar su desarrollo económico.
2. Incrementar los recursos del esquema sanitario asistencial, y
3. Ampliar la esfera redistributiva de la Seguridad Social.

Se consideró que la mayor viabilidad la representaba la posibilidad de ampliar la esfera redistributiva del régimen, coordinándose con las diversas dependencias que en el país participan en la consecución de la salud y de la seguridad social, ello implicaba necesariamente la concepción de un nuevo marco jurídico, mismo que crea como resultante plasmado en Ley: Los servicios de Solidaridad Social.

Programa de Solidaridad Social

Persigue como objetivos, la asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, proporcionadas exclusivamente en favor de los núcleos que por el propio estadio de desarrollo del país, constituyen polos de profunda margi-

nación rural, sub-urbana y urbana y que el Poder Ejecutivo Federal, califique como sujetos de solidaridad social.

Crear al efecto una red nacional de hospitales que refuerce la infraestructura sanitario-asistencial existente, con disponibilidad de recursos materiales, humanos y económicos, que hagan viable la prestación de servicios de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general, medicina interna, dental, así como los principales auxiliares de diagnóstico y tratamiento: laboratorio, rayos X y farmacia.

Que dichos servicios de solidaridad social, se fundamentan en la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, visualizando en su marco operativo la más alta productividad de los recursos, en consecuencia, su menor costo y la debida coordinación y complementación con las diversas dependencias que en el país participan en el logro y conservación de la salud, la seguridad y la solidaridad social.

La prestación de servicios ha sido orientada en su primera etapa a la población rural, con criterios de universo abierto, a nivel poblado siempre y cuando no se registren estadios de desarrollo que permitan o hayan permitido la implantación de formas más amplias de seguridad social, ya que la configuración de zonas exclusivas de débiles sociales, no resulta viable fundamentarla, sino en términos relativos, toda vez que lo mismo están presentes en las grandes ciudades, que en regiones con gran infraestructura y desarrollo en materia agraria.

Así lo constata, la experiencia de la Institución referida, que en el pasado ha orientado su extensión a la selección de aquellos municipios (unidad geográfica-administrativa) de mayor desarrollo, proporcionando servicios en 686 de ellos, 28.7% del total nacional; y sin lograr en ninguno la protección del 100% de sus habitantes. Situación que resulta de la imposibilidad jurídica, superada en la nueva Ley, para dar protección a los débiles económicos, presentes también en los polos de mayor desarrollo relativo.

Estos servicios de medicina intermedia se proporcionan en un solo nivel de atención —Clínicas Hospitales de Solidaridad Social— los sujetos de solidaridad social, no tienen en consecuencia, acceso a las unidades del régimen ordinario o de los esquemas modificados; a estas unidades de concentración regional, pueden orientarse los usuarios de la estructura sanitario-asistencial.

El financiamiento de estos servicios, incide en un 60% de su costo, tanto de inversión como de gasto corriente, directamente al Estado y el 40% restante es cubierto por el Instituto Mexicano del Seguro Social, de su propio

patrimonio y sin vulnerar su equilibrio financiero, ello es factible, porque el nuevo marco jurídico, hace más amplia la esfera redistributiva de la seguridad social y porque se complementan con mayor amplitud los programas de bienestar social.

Las obligaciones para los sujetos de solidaridad social, quedan restringidos a la aportación de jornadas de trabajo por anualidad, aplicables a obras que beneficien a su propia comunidad.

De aquí que, en los próximos años, los sectores más pauperizados sean los que reciban los beneficios que se deriven de esa nueva faceta de la política de seguridad social como testimonio de que efectivamente el desarrollo económico puede y debe ser reorientado.

Los objetivos para el trienio 1974—76, persiguen la incorporación de 5 millones de sujetos de solidaridad social de los cuales, a la fecha se ha iniciado la prestación de servicios a una región denominada Ixtlera* que se integra por 37 municipios de 5 entidades federativas y en los que a partir de mayo de 1974, se dá protección a 322,370 sujetos de solidaridad social. Se tiene en desarrollo actualmente 33 programas similares que inciarán servicios durante el próximo año de 1975, en beneficio de 2.6 millones de sujetos de solidaridad social.

Esto resume en gruesos perfiles, las estrategias y los nuevos esquemas organizativos, que uno de los países miembros del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, ha puesto en juego para lograr una mayor difusión de formas de seguridad y solidaridad social en beneficio de sectores de población no asalariada, principalmente en el medio rural.

(*) En una superficie aproximada de 102,063.06 Km²., con 3,579 localidades, de las cuales 1,172, se encuentran despobladas o censalmente integradas a otras, con fuertes problemas de dispersión y comunicación entre sí y las capitales o ciudades más importantes de las Entidades Federativas. La distancia máxima de la Región en carretera pavimentada es de: sur a norte (Villa Hidalgo, S.L.P., a Castaños, Coah.) de 593 kilómetros y de este a oeste (Jaumave, Tamps. a Parras de la Fuente, Coah.) de 664 kilómetros.