

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXVI

EPOCA IV

Núms. 103-104

ENERO-ABRIL

1977

MEXICO, D.F.

REVISTA BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

REVISTA DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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

INDICE

	Página
ESTUDIOS	
Cambios en los patronos de morbi-mortalidad y natalidad en los nuevos niveles de atención integral de la salud en Costa Rica	7
Dr. Guido Miranda G. y Dr. Luis Asís Beirute.	
Función social de la Sociedad Internacional de Rehabilitación de los Incapacitados	41
Dr. Alejandro Rhode y Dr. Efraín Barrera.	
Servicios de Rehabilitación en las Instituciones de Seguridad Social	45
Dr. R. Curiel Cueto, Dra. M. Fahr y Dr. J. Orozco Matus.	
La formación de personal directivo, de nivel intermedio y auxiliar para los servicios médicos de la seguridad social	55
Dr. Juan Rodríguez Argüelles y Cols.	
Los servicios de planificación familiar: sus resultados en salud y sus implicaciones económicas	73
Dr. Luis A. Sobrevilla.	
La protección materno infantil y su proyección en las actividades de planificación familiar	85
Dr. José Andrés Fernández Sauri.	
Planeación de las unidades requeridas para los niveles de atención médica . .	129
Dr. J. Castellanos Robayo y Arq. Jorge de los Ríos.	
Planeación de las unidades requeridas para los diferentes niveles de atención médica	167
Dr. P. Alegría, Dr. R. Barba, Arq. G. Carrillo y Cols.	
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL	
Programa de Cursos Interamericanos para el año de 1977	221

ESTUDIOS

LA PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU PROYECCION EN LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR *

*Dr. José Andrés Fernández Sauri ***

Introducción

Para realizar el presente trabajo se programó la visita a las Instituciones de Seguridad Social de: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela; a fin de completar la información requerida que nos permitiera ofrecer un conocimiento en general del área materno infantil y de planificación familiar en la seguridad social latino-americana, siguiendo la tendencia del documento presentado por esta institución (OIT) en el IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, efectuado en Asunción, Paraguay, en 1974.

Estas instituciones fueron seleccionadas por sus características, buscando que la información solicitada fuese reflejo de todas las variantes que en el área materno infantil y en las acciones de planificación familiar se pueden encontrar en nuestro Continente.

Se podrá observar que en el desarrollo del trabajo no se sacan promedios generales por tabla, ya que se consideró poco significativo este dato, pues el Instituto Mexicano del Seguro Social, por su cobertura y el tipo de prestaciones que otorga, lo altera en forma sustancial, impidiendo un juicio imparcial.

No en todos los países fue posible obtener los datos al año de 1975, ni tampoco el 100% de la información solicitada, por lo que en algunas áreas fue necesario estimar a partir de la información recabada o de otras fuentes oficiales, los datos faltantes que nos permitieran dar un panorama más adecuado.

Generalidades

Los organismos internacionales, mediante la adopción de convenios y recomendaciones, han ido influyendo en el desarrollo y evolución de las diferentes prestaciones que incluyen, en las ramas de enfermedad, sistemas de indemnización y la aplicación de medidas de protección materno infantil, propiciando el mejoramiento de la asistencia médica en las instituciones de seguridad social.¹

Desde el inicio de las actividades encomendadas a la Organización Internacional del Trabajo, esta institución ha reflejado en su responsabilidad normativa, la importancia de la asistencia médica en el marco de la seguridad social, tal como lo expresa en su acta constitutiva, en cuya introduc-

* Documento de la OIT, presentado en el V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Caracas, Venezuela, julio de 1976.

** Colaborador externo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Nota: El contenido del trabajo no necesariamente compromete a la Organización Internacional del Trabajo, ni se apega fielmente a la forma tradicional de la presentación de los documentos de esta organización; la responsabilidad es del Dr. José Andrés Fernández Sauri, quien refleja en sus apreciaciones y comentarios su experiencia en la materia.

ción queda establecido como objetivo fundamental: "La protección del trabajador contra las enfermedades, sean o no profesionales y contra los accidentes de trabajo", asimismo, "La protección de los niños, de los adolescentes y de las mujeres".¹

En 1944, en la declaración de Filadelfia, se reconoce la obligación de la Organización Internacional del Trabajo a promover programas nacionales que permitan "Extender las medidas de seguridad social para prestar asistencia médica completa y proteger a la infancia y a la maternidad".⁴

La Organización Internacional del Trabajo está consciente de que el obrero, el trabajador, el asalariado, no es una máquina a quien se debe tener en buenas condiciones, es un ser humano que pertenece a una sociedad que, en su gran mayoría, es integrante de una familia, por esto desea promover la extensión de la protección médica del trabajador a sus dependientes; pretende que todo empleado goce de seguro de vejez e invalidez, seguro de cesantía, para que él y su familia tengan estabilidad en lo biológico, psíquico, físico, social y económico. De esta manera evita que las tensiones económicas, sociales y de salud de sus dependientes, le impidan concentrarse en el trabajo, disminuyendo el rendimiento y aumentando, en el caso de obreros y operarios, las posibilidades de accidentes en el trabajo y de ausentismo.^{1, 15}

Otro antecedente importante que conviene referir y que tiene gran trascendencia en estos tópicos, es la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada el 10 de diciembre de 1948, en la cual se deja perfectamente definido el derecho que tiene todo individuo a la seguridad social, en su artículo N° 22 y en el que se asienta que, "Toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la Seguridad Social", amplía su contenido en los artículos 23 y 25: "Toda persona tiene derecho al trabajo..." "...asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y enfatiza, además, "La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales".^{1, 4}

Aunque como sabemos, los enunciados anteriores tienen valor de principio, no son de obligación. En el plano filosófico son de capital importancia, ya que expresan el sentir básico de la opinión internacional y, por consiguiente, sitúan como objetivo primordial, la realización de una política de seguridad social, a la cual se adhieren todos los pueblos del mundo.¹

Por otra parte, entran dentro de este marco de referencia, factores que influyen en el tipo de prestaciones que la seguridad social otorga, sobre todo en lo referente a la atención y los cuidados que demandan la infancia y la maternidad. La creciente participación de la mujer en las distintas ramas económicas de los países, ha provocado medidas específicas de protección que se adicionan a las prestaciones generales consideradas para los trabajadores.^{1, 2, 3, 4}

Esta situación, que se venía observando desde varias décadas anteriores, propició que la Organización Internacional del Trabajo estableciera que las normas internacionales adoptadas sobre empleo y desempleo, condiciones de trabajo, libertad de asociación y relaciones laborales, bienes y seguridad social, se aplicará por igual a hombres y mujeres. También se determinó el abandonar lo establecido por la evolución de las estructuras sociales impuestas en los países, referentes a las prohibiciones que restringían al máximo la actividad de la mujer, durante su embarazo de evolución no complicada, ya que la capacidad para el trabajo físico de la mujer ges-

tante, se encuentra dentro de los límites normales hasta poco antes del parto.^{1, 4}

De manera específica, la Organización Internacional del Trabajo concreta la protección de la maternidad a través de convenios y resoluciones, todos ellos integrados dentro de una política social, que enfoca los aspectos relativos al empleo de las mujeres con responsabilidades familiares. Estas resoluciones de tipo internacional, han sido adaptadas a las particularidades de cada región por las conferencias del trabajo de los estados miembros de la organización, las cuales han normado esencialmente la protección a la maternidad; estos acuerdos, recopilados y sistematizados, han motivado el título N° 1, del libro 4º, del código internacional del trabajo, referentes al trabajo de las mujeres y la protección de la maternidad.^{1, 3, 4}

Las Naciones Unidas, así como la Organización de Estados Americanos, han incluido dentro de los conceptos consagrados por los derechos humanos, los aspectos que se refieren a la asistencia materno infantil. Se ha dado prioridad al contexto del derecho al trabajo, la protección de la ocupación femenina y dentro de ella a la maternidad.

La protección del trabajo femenino se fundamenta en principios biológicos, económicos y sociales. Biológicamente es una acción preventiva que tiene la función primordial de que la mujer y la maternidad se realicen dentro de la mayor normalidad. Económicamente porque garantiza igualdad de salarios en empleos semejantes a los del hombre. Socialmente porque, al proteger a la mujer, parte importante del núcleo familiar, se preserva la continuidad del género humano.^{1, 4}

Las garantías que el derecho protector de la maternidad impone, son la protección básica, otorgando descanso pre y postnatal, ayuda a la lactancia en casos necesarios, atención médica integral en todo tiempo, garantía de ingreso económico, estabilidad en el empleo y derecho a los servicios sociales existentes.^{1, 15, 16, 17}

Todos los programas de salud, promovidos por organismos de tipo internacional, que tienen como objetivo el bienestar familiar, conceden una gran importancia a la protección de la infancia por su significación, al constituir un elevado porcentaje de la población, por ser en esta etapa donde se es más vulnerable a los factores nocivos del medio ambiente y se produce una mortalidad mayor que a través del resto de la vida, por la posibilidad de secuelas, producto de carencias y enfermedades durante esa fase que alteran o disminuyen la capacidad física e intelectual de quienes compondrán la sociedad. En función de tal protección, se obtiene, no sólo la aceptación, sino la demanda con la cooperación consciente y responsable de toda la comunidad.^{2, 3}

Los organismos internacionales que coordinan y tienen actividades dentro del campo de la seguridad social, en lo que se refiere al bienestar del núcleo familiar, aceptan el siguiente postulado:

“Programar las prestaciones de tal manera que se le conceda a la infancia una máxima protección.”^{2, 3, 4}

Para atender eficazmente las exigencias de la niñez y de la juventud, es recomendable incrementar su protección, no sólo en el aspecto médico, sino que deberá complementarse la facilidad de acceso a los servicios educativos y sociales, con el apego suficiente que le permitan su información integral, aun a despecho de los riesgos de orfandad o invalidez. Esto, obviamente sin detrimento de la atención que merece la población adulta.

Los sistemas de atención médica en Latinoamérica, esencialmente los que brinda la seguridad social, han incrementado sus actividades en el campo preventivo, complementando las tradicionales acciones de la medicina curativa, de tal modo que en la planificación global de los servicios médicos de estas instituciones, ya no se plantea la diferencia entre lo curativo y lo preventivo.

La concepción que se esboza de integración en las acciones de salud, evidentemente, han llevado a un aumento de los costos de la atención médica y a una readaptación de las estructuras en este campo, buscando una mayor optimización de recursos y resultados; teniendo como objetivo fundamental algo más amplio que la simple recuperación y rehabilitación del daño sufrido en la salud individual y colectiva.

También ha surgido la necesidad de preparar a los profesionales con una visión integral de lo que es la atención médica, desarrollando la necesidad de trabajar en equipo, buscando la coordinación de los diferentes servicios médicos con otras áreas de la institución, a fin de optimizar la información, las estadísticas y la administración, situación que permitirá alcanzar verdaderamente los objetivos de la seguridad social, resultando de ello un mejoramiento en la atención de la población amparada y estimulando, además, en el personal, el crecimiento de una mística institucional a través del conocimiento más amplio de los problemas individuales y colectivos.⁶

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo ha formulado un convenio con puntos importantes de una norma mínima, que abarca todo el campo de la seguridad social, que incluye las siguientes prestaciones: asistencia médica de carácter preventivo y curativo, incapacidad para el trabajo debido a enfermedad general, por desempleo, accidente del trabajo y/o enfermedad profesional, protección a los dependientes, maternidad, seguro de invalidez, vejez y muerte.^{1, 4}

No obstante su amplitud, el convenio permite la confirmación en una primera etapa de por lo menos tres contingencias; a condición de que una de ellas se refiera a enfermedad profesional o accidente de trabajo, a invalidez, vejez, desempleo o muerte.

Debe tomarse en consideración que este convenio, no obstante de establecer normas mínimas, hasta el momento sólo ha sido ratificado por un número relativamente reducido de países, sin embargo, su repercusión dentro del desarrollo de la atención médica de la seguridad social, ha alcanzado buena aceptación en los regímenes de seguridad social.

En Latinoamérica, la madre y el niño aparecen formando parte de los grupos más vulnerables, ya que sus niveles de salud se encuentran estrechamente unidos con las características propias del desarrollo, así como en la estructura y dinámica demográfica de los países que integran la región.

Cabe insistir que es en estos grupos donde es más factible la reducción, tanto de la morbilidad, como de la mortalidad, siempre a condición de que en ellos se activen programas que consideren los aspectos preventivos y curativos de la atención médica.

A nivel de las instituciones que forman la seguridad social latinoamericana, el hecho mencionado tiene gran trascendencia en la atención médica, aunque su impacto se diluye si consideramos que la población cubierta con sus prestaciones es seleccionada y difiere en muchos aspectos de la

población total, como pueden ser los de tipo económico, educacional y de dinámica de la población en general.

Seguridad social latinoamericana

Las instituciones de seguridad social en Latinoamérica, realizan acciones de suma importancia para la salud, la protección económica y el desarrollo social de sus asegurados, estos programas contribuyen en forma decisiva al mejoramiento de la salud pública en aspectos tales como prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades; algunas de ellas prestan atención médica y social a la infancia y la maternidad, promueven la adecuada formación de los recursos humanos para los servicios de salud; fomentan la investigación científica y en forma muy acertada como complemento, proporcionan prestaciones para elevar los niveles de vida, salud y bienestar familiar de los núcleos de su población protegida.^{1, 4, 7}

La atención médica integral en la seguridad social, se encuentra apoyada por las prestaciones económicas y sociales. Lo anterior favorece el fomento de la salud, de la población asegurada en general, así como de las esposas e hijos en las instituciones donde se encuentran protegidos, por depender económicamente del asegurado.²⁰

Las acciones que se mencionan y que se relacionan de modo especial con la madre y el niño, están orientadas a la protección de la salud y a mejorar sus condiciones de vida, considerándolos, no como seres aislados, sino como parte integral básica de la familia, que requieren y exigen un ambiente favorable y seguro.¹⁹

En este trabajo se pretende destacar que, como fruto de la acción de la seguridad social en el campo materno infantil y los resultados benéficos que se han obtenido, las madres pueden disfrutar de bienestar y seguridad y sus hijos crecer y desarrollarse gozando de salud y de posibilidades mejores para lograr una formación adecuada con proyección futura.²⁰

Como primer aspecto, para lograr un enfoque adecuado de lo que es la participación de la seguridad social en la protección de la madre y el niño, se deben conocer a grandes rasgos las características generales de las instituciones para, posteriormente, adentrarnos en el análisis de las áreas materno infantil, pudiendo valorar mejor su cobertura y la calidad de sus prestaciones.

Cobertura de la seguridad social

No siempre la población total amparada por la seguridad social, tiene derecho a todas las prestaciones con que cuenta cada institución, esto queda plenamente demostrado al comparar las cifras de población total amparada y población con derecho a servicios médicos, por lo que para ser congruentes, analizaremos en principio el grado de cobertura de la seguridad social en relación con el total del país y, posteriormente, en que proporción recibe servicios médicos esta población protegida.^{1, 8}

Las coberturas alcanzadas por la seguridad social en América Latina, con relación al total de la población de cada país, tiene diferentes grados de avance. En los 14 países estudiados, nos encontramos que sobresale Costa Rica, país que está integrando su servicio nacional de salud y que, en corto tiempo, ha cubierto al 64.0% del total de su población, siendo su meta amparar al 100%. Le sigue Panamá, otro país en proceso de integración de sus servicios médicos nacionales, con 36.7%.

Con menos del 10% de cobertura en relación con la población total del país, tenemos a Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. (Tabla N° 1.)^{10, 11}

De la población que tiene derecho a servicios médicos, llama la atención, principalmente, Colombia y Guatemala, la primera, sólo otorga servicios médicos a la tercera parte de la población amparada y en Guatemala la situación se repite, pues solamente el 43% de la población amparada tiene derecho a la atención médica; otros países que tampoco cubren al 100% de su población protegida, aunque en menor escala son: Ecuador, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Perú. (Gráfica N° 1.)

Las coberturas de los países que nos ocupan y el hecho de que no todas las instituciones proporcionen prestaciones médicas al 100% de su población protegida, se debe a un sinnúmero de situaciones de tipo político y económico; sin embargo, sería sumamente halagüeño que la seguridad social latinoamericana siguiera los ejemplos de Costa Rica, Panamá y México, que rompiendo moldes tradicionalistas y a través de un esfuerzo encomiable, han propiciado un incremento en su población amparada, las dos primeras en base a la integración de sus servicios nacionales de salud y el tercero siguiendo esquemas modificados de seguridad y solidaridad social. Estos ejemplos deberían servir de punto de partida a naciones con coberturas menores al 10% del total de su población nacional, pues reiterando lo antes mencionado referente a que: "Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social", es de capital importancia que las prestaciones, sobre todo las del área médica se otorguen al total de la población que en alguna forma está ya protegida por la seguridad social del continente, a fin de lograr una superación relevante en la lucha contra los difíciles problemas sanitarios que se plantean en nuestros países.^{1, 4, 8}

Prestaciones médicas

En apoyo a lo comentado anteriormente, observamos una gran discrepancia en lo referente a la protección materno infantil de parte de las instituciones de seguridad social. La gráfica N° 2 demuestra en forma amplia, que las prestaciones médicas hacia el núcleo familiar se disocian, encontrando que van desde instituciones que dan atención médica a la esposa, todo el tiempo que el asegurado permanece protegido por la seguridad social y a los hijos hasta la adolescencia o más si continúan estudiando y no trabajan, casos concretos Costa Rica, México y Venezuela. En tanto que una gran mayoría sólo da protección temporal a la madre durante el embarazo, parto y puerperio y al hijo en los primeros meses de vida. Por último, el Instituto Ecuatoriano no otorga ningún tipo de prestación a éstos y sólo tienen derecho a servicios médicos los asegurados.⁹

La anterior situación es de gran trascendencia en nuestro medio, ya que en Latinoamérica el núcleo más vulnerable, dentro de la población en general se ubica en el binomio madre hijo y la amplitud o restricción de las prestaciones y derechos otorgados por las instituciones de seguridad social a ellos, hace que nos llame poderosamente la atención, pues a pesar de que los convenios internacionales promueven la atención materno infantil, ésta en realidad no alcanza límites de cobertura adecuada, ya que el otorgamiento de estos servicios se maneja en forma disímbola, no siguiendo parámetros que permitan el análisis y la comparación interinstitucional. (Tabla N° 2.) (Gráfica N° 2.)¹⁸

TABLA N° 1

COBERTURA DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN RELACION CON LA POBLACION

TOTAL DE LOS PAISES

1975

País	Institución	Población total del país	POBLACION AMPARADA POR LA INSTITUCION			
			Total	%	Con derecho a servicios médicos	%
Bolivia	IBSS	5 486 500	1 029 448	18.8	1 029 448	18.8
Colombia	ICSS	24 353 343 (a)	4 831 903	19.8	1 657 018	6.8
Costa Rica	CCSS	1 994 000	1 276 160	64.0	1 276 160	64.0
Ecuador	IESS	6 772 195	469 557	6.9	438 507	6.5
El Salvador	ISSS	4 210 400	241 585	5.7	169 600	4.0
Guatemala	IGSS	5 722 793	663 577	11.6	285 338	5.0
Honduras	IHSS	2 746 742 (a)	179 386	6.5	160 973	5.9
México	IMSS	57 051 883	15 815 646	27.7	15 815 646	27.7
Nicaragua	INSS	2 162 262	192 786	8.9	178 546	8.2
Panamá	CSSP	1 667 700	612 530	36.7	612 530	36.7
Paraguay	IPS	2 477 000 (b)	298 160 (a)	12.0	298 160 (a)	12.0
Perú	SSP	15 162 209	1 974 814	13.0	1 798 396	11.9
Rep. Dominicana	IDSS	4 632 950	185 028	4.0	185 028	4.0
Venezuela	IVSS	11 993 071	3 128 735	26.1	3 128 735	26.1

a) Dato estimado.

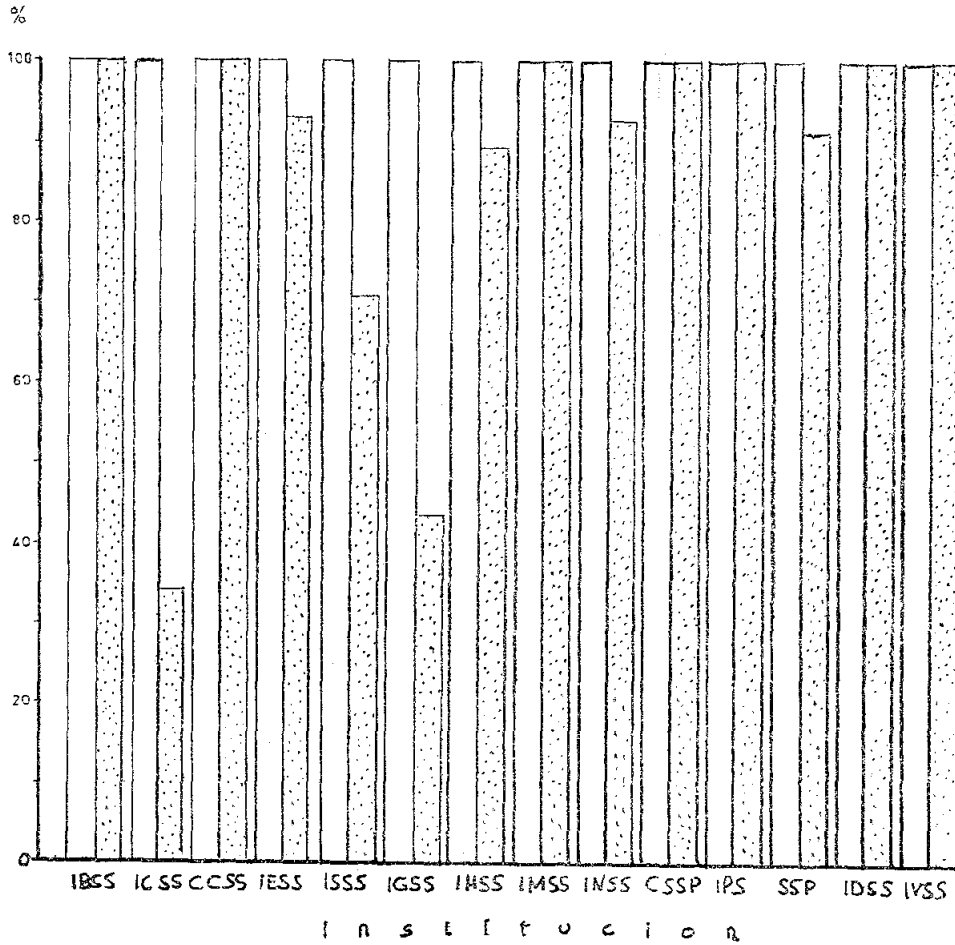
b) Año de 1974.

Referencia: Citas Bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

Gráfica Núm. 1

COBERTURA DE LA POBLACION AMPARADA POR LAS INSTITUCIONES
DE SEGURIDAD SOCIAL

1975



- Población amparada por la institución.
- ▒ Población con derecho a servicios médicos.

TABLA N° 2

PRESTACIONES MEDICAS A QUE TIENEN DERECHO LAS ESPOSAS O COMPAÑERAS DE LOS ASEGURADOS
1 9 7 5

País	Institución	DERECHO a SERVICIOS MEDICOS GRALES			OTROS SERVS. MEDICOS	
		A ninguno	A todos	Solo embarazo parto y puerp.	Método anticonceptivo	Detección de C.A. Cerv. Uter.
Bolivia	IBSS		X		—	X
Colombia	ICSS		10%	90%	—	X
Costa Rica	CCSS		X	X	X	X
Ecuador	IESS	X			—	—
El Salvador	ISSS			X	X	X
Guatemala	IGSS			X	X	X
Honduras	IHSS			X	*	—
México	IMSS		X		X	X
Nicaragua	CSSP		Z. Pacífico	Z. Atlántico	X	X
Panamá	INSS		X		X	X
Paraguay	IPS		X		X	X
Perú	SSP			X	—	—
Rep. Dominicana	IDSS			X	X	X
Venezuela	IVSS			X	**	—

* Sólo se practica esterilización por embarazo de alto riesgo.

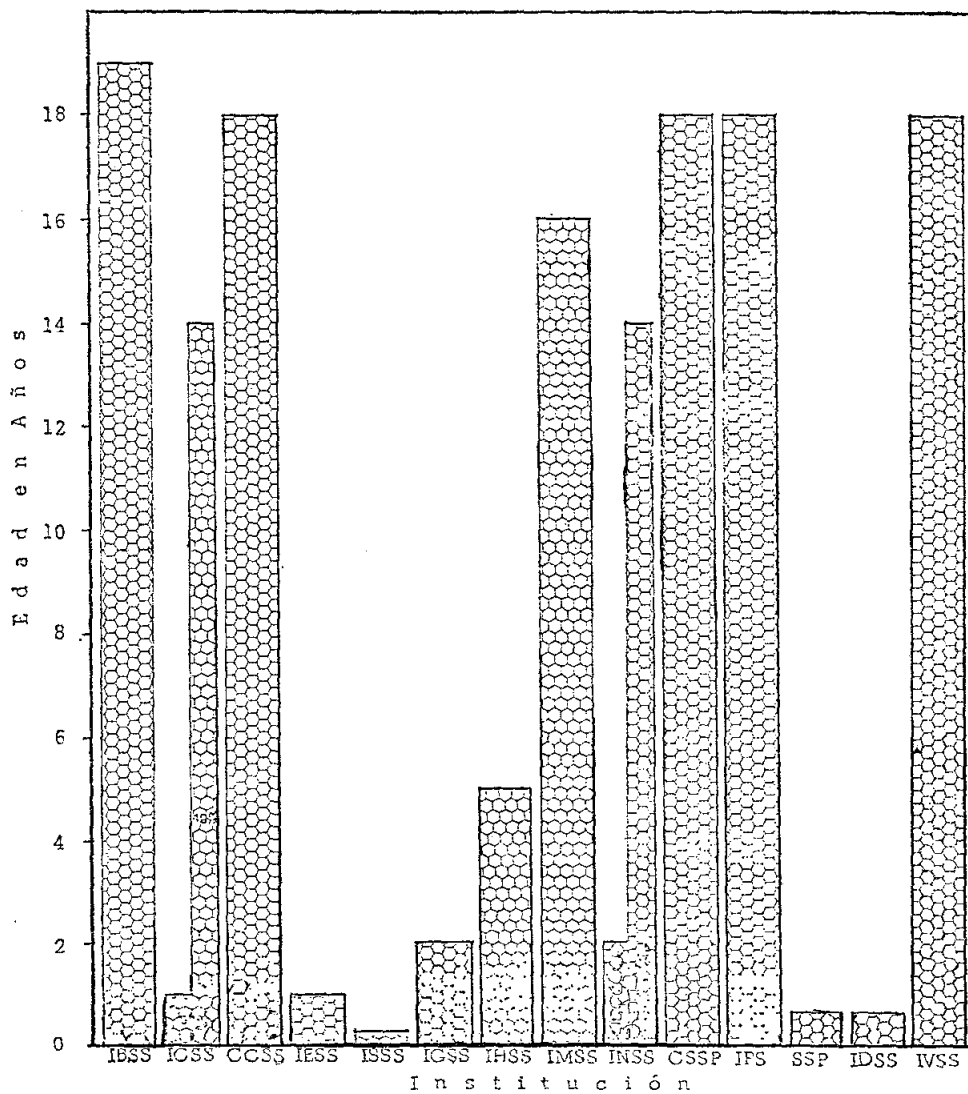
** Se dan métodos anticonceptivos por indicaciones médicas y no como una prestación.

Referencia: Citas Bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

Gráfica Núm. 2

LIMITE DE EDAD PARA DERECHO A SERVICIOS MEDICOS A HIJOS DE ASEGURADOS

1975



FUENTE: Encuestas (22 a 35).

Hablar de la atención materno infantil, implica no sólo la atención del binomio madre hijo, dentro de un concepto de medicina social, sino el promover la educación de esta población para lograr el bienestar familiar.

Mujeres en edad fértil

Es a través de convenios internacionales y por necesidades propias de la composición de la población latinoamericana, el que día con día se tienden a desarrollar acciones más amplias de atención materno infantil.

Debemos de considerar que es necesario conocer el universo sobre el que cada seguro social trabaja, ya que saber el número de mujeres en edad fértil dentro de la población amparada, permite realizar las programaciones en el área materno infantil, determinar la posible demanda de los servicios de gineco-obstetricia, de planificación familiar, de prestaciones que protegen al núcleo familiar, propiciando el cabal cumplimiento de los objetivos propuestos en cada una de estas áreas y desarrollar actividades a corto, mediano y largo plazo.^{12, 14}

De los 14 países estudiados, las variantes encontradas, referentes a mujeres en edad fértil, dentro de la población protegida con derecho a servicios médicos, la más alta corresponde a Nicaragua que tiene un 34.2% de mujeres en edad fértil y República Dominicana la más baja, ya que solamente abarca a un 9.9%. En general, la mayoría cae entre un 15 y un 25%, muy cercano a sus parámetros nacionales. (Tabla N° 3.)

Esta situación trae a la mente del investigador la pregunta de por qué existe esa gran variación en los porcentajes y vale la pena recordar que los diferentes esquemas que rigen a las instituciones de seguridad social, indudablemente impactan la composición de la población que amparan y que si queremos promover acciones de materno infantil, para mejorar la protección en los servicios médicos, esta cobertura debe ser mucho más amplia,

TABLA N° 3
COBERTURA DE MUJERES EN EDAD FERTIL
1975

País	Institución	Población protegida por la Inst. con derecho a Servs. Meds.		
		Total	M.E.F.	%
Bolivia	IBSS	1 029 448	142 800	13.9
Colombia	ICSS	1 657 018	378 054	22.8
Costa Rica	CCSS	1 276 160	280 755	22.0
Ecuador	IESS	438 507	71 757	16.4
El Salvador	ISSS	156 682 (a)	36 742 (a)	23.4
Guatemala	IGSS	285 338	55 070 (b)	19.3
Honduras	IHSS	160 973	27 961	17.4
México	IMSS	15 815 646	3 169 455	20.0
Nicaragua	INSS	178 546	61 009	34.2
Panamá	CSSP	612 530	143 861	23.5
Paraguay	IPS	298 160 (a)	44 724 (a)	23.5
Perú	SSP	1 798 396	425 520	23.7
Rep. Dominicana	IDSS	185 028	18 420 (b)	9.9
Venezuela	IVSS	3 128 735	657 484	21.0

a) Año de 1974.

b) Dato estimado.

Referencia: Citas Bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

pensando que la fundamentación de la seguridad social está basada, no solamente el proteger el recurso humano activo de nuestras poblaciones, sino también otorgarle el bienestar familiar y colectivo a esa fuerza de trabajo.

Por otro lado, hay que recordar que los porcentajes de cobertura a familiares que se presentan en la seguridad social, por lo general son bajos, ya que la mayoría de los países estudiados solamente dan atención de maternidad, en esquemas de otorgamiento limitado y caso muy particular, es el de República Dominicana, la cual reporta en este aspecto el porcentaje más bajo, éste tiene explicación ya que no protege a las esposas, y la fuerza de trabajo femenino, integrada al sector productivo del país, es aún escasa.

Sin embargo, al analizar los egresos totales generados institucionalmente con los del área materno infantil, queda demostrado que a pesar de que algunos países no otorgan prestaciones en esta área y de que en importante grupo de ellos la dación de los servicios tienen modalidades diferentes en cuanto a duración de las prestaciones, directa o indirectamente adquieren gran importancia, ya que las cifras obtenidas durante la investigación expresan que del total de egresos de las 14 instituciones estudiadas; en promedio, más del 50% de los mismos son generados por la atención materno infantil.

Egresos del área materno infantil

Tres instituciones: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto Boliviano de Seguro Social y el Instituto de Previsión Social del Paraguay, refieren en el área materno infantil, una proporción de egresos menor del 40% en relación con el total (Tabla N° 4), la explicación que encontramos a este hecho en el caso de Bolivia y Paraguay, es que son dos países con bajos índices de natalidad (Gráfica N° 3), uno de ellos con polí-

TABLA N° 4
EGRESOS DE AREA MATERNO INFANTIL EN RELACION
CON EGRESOS TOTALES
1975

País	Institución	EGRESOS		
		Totales	Area materno-infantil (obstetricia y pediat.)	%
Bolivia	IBSS	71 234	16 380 (b)	23.0
Colombia	ICSS	236 771 (a)	123 525 (a)	52.2
Costa Rica	CCSS	94 075	53 843 (c)	57.2
Ecuador	IESS	31 625 (a)	8 324 (a)	26.3
Guatemala	IGSS	54 677	34 041	62.2
Honduras	IHSS	23 790	11 141 (c)	46.8
México	IMSS	1 192 553	725 814	60.9
Nicaragua	INSS	19 542	10 547	54.0
Panamá	CSSP	17 640 (a)	7 106 (a)	40.3
Paraguay	IPS	11 568	4 262	36.8
Perú	SSP	96 430 (b)	55 487	57.5
Venezuela	IVSS	138 157 (a)	74 233 (a-c)	53.7

a) Dato al año de 1974.

b) Dato estimado.

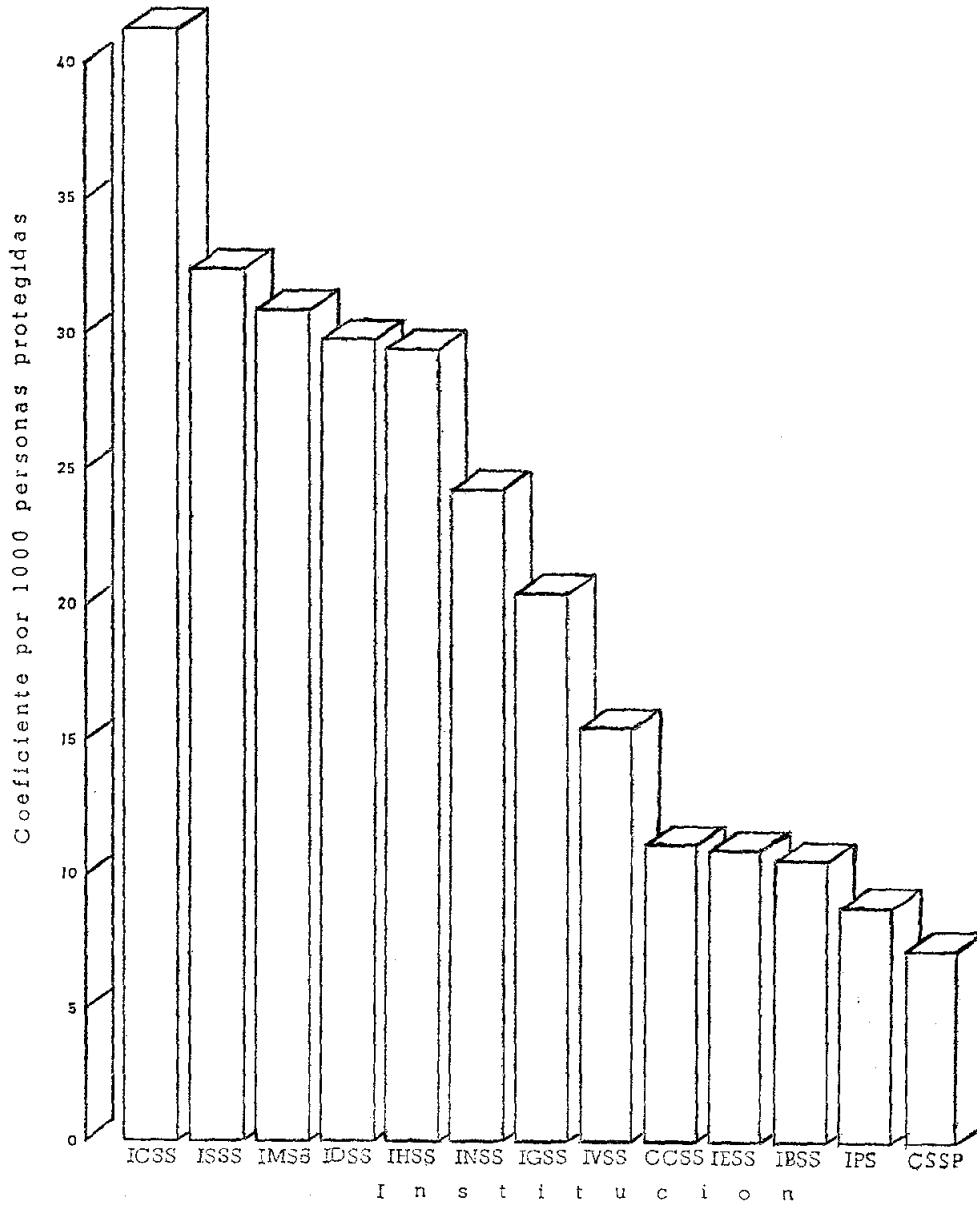
c) Incluye Ginecología.

Referencia: Citas Bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

Gráfica Núm. 3

TASAS DE NATALIDAD INSTITUCIONALES

1974



FUENTE: Encuestas (22 a 35).

tica nacional pronatalista, hecho que, sin duda, se refleja en la baja demanda de servicios en la mencionada área. El caso de Ecuador es diferente, aquí la institución no ofrece atención a ningún dependiente de asegurado, sólo en caso de mujeres aseguradas directas dispone el otorgamiento de atención médica. En el otro extremo se encuentran instituciones de países tales como Costa Rica, Perú, México y Guatemala, con egresos superiores al 50% del total.

Obviamente que existen características institucionales que impactan estos porcentajes, pero cabe recordar que al no proteger ampliamente al núcleo familiar del trabajador, directa o indirectamente, lo estamos afectando en su estabilidad económica, familiar y emocional, ya que cualquier eventualidad que incida en su familia, repercutirá tarde o temprano en esa fuerza de trabajo, esencia primordial y razón de ser de la seguridad social.^{17, 18}

Camas hospitalarias

Uno de los indicadores de mayor significancia dentro de la infraestructura hospitalaria de un país es el coeficiente de camas por 1,000 habitantes. De acuerdo con las recomendaciones de la Oficina Panamericana de la Salud, en Latinoamérica se debe tender a un mínimo de 2.5 camas por 1,000 habitantes; la seguridad social como institución, tiene características propias que influyen en esa relación, diferenciándola de las cifras nacionales.

Por abajo del índice mencionado sólo están tres de las instituciones visitadas y son México, Panamá y Paraguay (Tabla N° 5). En el caso de México es sabido que el incremento en el aseguramiento, ha superado el

TABLA N° 5

INDICE DE CAMAS PARA POBLACION PROTEGIDA POR LA INSTITUCION CON DERECHO A SERVICIOS MEDICOS 1975

País	POBLACION PROTEGIDA POR LA INSTITUCION CON DERECHO A SERVICIOS MEDICOS			
	Institución	Total		Camas totales de la institución
		1	2	3=2/1
Bolivia	IBSS	1 029 448	3 712	3.6
Colombia	ICSS	1 606 629 (a)	5 449 (a)	3.4
Costa Rica	CCSS	1 276 160	2 527	2.6
Ecuador	IESS	438 507	1 140	2.5
El Salvador	IESS	156 682 (a)	669 (a)	4.3
Guatemala	IGSS	285 338	2 274	8.0
Honduras	IHSS	160 973	455	2.8
México	IMSS	15 815 646	21 154	1.3
Nicaragua	INSS	178 546	496	2.8
Panamá	CSSP	612 530	537	0.9
Paraguay	IPS	298 160 (a)	440 (a)	1.5
Perú	SSP	1 798 396	4 188	2.3
Rep. Dominicana	IDSS	185 028	1 805	9.8
Venezuela	IVSS	2 611 292 (a)	7 372 (a)	2.8

a) Año de 1974.

Referencia: Citas Bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

ritmo de construcción de unidades médicas, existiendo en el momento actual un déficit de camas. Panamá y Paraguay parecen tener situaciones similares, en ambas existe contratación de camas fuera de la institución para poder completar las prestaciones médicas. En contraposición con los países citados y muy por arriba del índice recomendado por la Oficina Sanitaria Panamericana, se encuentran Guatemala y República Dominicana.

Sin embargo, lo importante es comentar que, existen instituciones con alto índice de camas subutilizadas, con las cuales se podría ampliar su cobertura y tratar de otorgar servicios de mayor amplitud al núcleo familiar dependiente del cotizante; de antemano sabemos que una cama no ocupada resulta más costosa que una que está en operación.

Ocupación hospitalaria

Reflejo de lo anterior se hace evidente en el análisis del por ciento de ocupación de las camas hospitalarias institucionales. Resaltan tres instituciones con bajo porcentaje de utilización de las camas instaladas, las tres sobrepasan el índice recomendado de 2.5 camas por 1,000 personas protegidas y son: Bolivia, Guatemala y República Dominicana (Tabla N° 6.)

TABLA N° 6
PROPORCION DE OCUPACION DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS
DE UNA INSTITUCION

1975

País	Institución	Días-cama totales de la institución	Días-cama ocupadas en el año	% de ocupa- ción
Bolivia	IBSS	1 354 880	569 872	42.1
Colombia	ICSS	1 988 885 (a)	1 444 302 (a)	72.7
Costa Rica	CCSS	922 355	610 240	66.2
Ecuador	IESS	396 025 (a)	324 022 (a)	81.8
El Salvador	ISSS	244 185	181 491	74.3
Guatemala	IGSS	830 010	239 609	28.9
Honduras	IHSS	166 075	110 965	66.8
México	IMSS	7 721 210	6 311 363	81.7
Nicaragua	INSS	181 140	151 594	83.7
Panamá	CSSP	193 815 (a)	145 640 (a)	75.1
Paraguay	IPS	158 410	109 648	69.2
Perú	SSP	1 528 620	1 195 185	78.2
Rep. Dominicana	IDSS	658 825 (a)	388 670 (a)	59.0
Venezuela	IVSS	2 690 780 (a)	2 163 575 (a)	80.4

a) Año de 1974.

Referencia: Citas Bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

En el primero la explicación podría estar dada, entre otras causas, por una falta de demanda de los servicios médicos y en las dos últimas esto quedaría explicado por el alto número de camas instaladas, exclusivamente.

Egresos obstétricos

La importancia relativa de la atención gineco-obstétrica en los seguros sociales latinoamericanos, no alcanza gran variedad en relación con el total de egresos de la institución, la mayoría está entre el 30 y el 45%. Al analizar este hecho, con los datos de las instituciones de seguridad social seleccionadas, encontramos que están en relación con el tipo de prestaciones que respecto a la maternidad otorgan. (Tablas N° 2 y 7.)

Por abajo de dichos parámetros se sitúan tres instituciones y de manera especial se comenta a Bolivia con un 14.7%, que sin duda es debido a su baja natalidad y a la pobre demanda de este tipo de servicios. Los otros países que le siguen son: Ecuador y República Dominicana con 22.8 y 23.4% respectivamente, Ecuador justifica su bajo índice por la ausencia del otorgamiento de prestaciones a los dependientes del asegurado y en República Dominicana a que a los familiares sólo se les da atención al final del embarazo, durante el parto y el puerperio inmediato. (Tabla N° 7.)

Días de estancia hospitalaria

Para apreciar mejor el promedio de días de estancia en los egresos obstétricos, se relacionó éste con el número de días de estancia para todas las causas ocurridas en las instituciones. (Tabla N° 8.) El promedio de

TABLA N° 7
PROPORCION DE EGRESOS OBSTETRICOS EN RELACION
A LOS TOTALES DE LA INSTITUCION

1975

País	Institución	EGRESOS HOSPITALARIOS		
		Totales	Obstétricos	%
		1	2	3=2/1
Bolivia	IBSS	71 234	10 500 (b)	14.7
Colombia	ICSS	236 771 (a)	99 660 (a)	42.1
Costa Rica	CCSS	94 079	38 920 (c)	41.4
Ecuador	IESS	31 625 (a)	7 206 (a)	22.8
El Salvador	ISSS	32 322	15 136 (c)	46.8
Guatemala	IGSS	54 677	20 086	36.7
Honduras	IHSS	23 790	8 128 (c)	34.2
México	IMSS	1 192 553	529 643	44.4
Nicaragua	INSS	19 542	7 445	38.1
Panamá	CPSS	17 640 (a)	6 027 (a+b)	34.2
Paraguay	IPS	11 568	3 433	29.7
Perú	SSP	96 430 (b)	30 394	31.5
Rep. Dominicana	IDSS	37 044 (a)	8 657 (a+b)	23.4
Venezuela	IVSS	138 157 (a)	48 189 (a+c)	34.9

a) Año de 1974.

b) Dato estimado.

c) Incluye Ginecología.

Referencia: Citas Bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

TABLA N° 8
 PROMEDIOS DE DIAS-ESTANCIA HOSPITALARIA
 1975

País	Institución	Egresos hospitalarios totales	Días-cama ocupados totales	Prom. días-estancia	Egresos hospitalarios obstetricia	Días-cama ocupados obstetricia	Prom. días-estancia
		1	2	3=2/1	4	obstetricia	estancia
Bolivia	IBSS	71,234	569,872 ^b	8.0	10,500 ^b	42,000 ^b	4.0
Colombia	ICSS	236,771 ^a	1.444,302 ^a	6.1	99,660 ^a	283,653 ^a	2.8
Costa Rica	CCSS	94,075	610,240	6.5	38,920 ^c	126,601 ^c	3.2
Ecuador	IESS	31,625 ^a	324,022 ^a	10.2	7,206 ^a	29,933 ^a	4.1
El Salvador	ISSS	32,322	181,491	5.6	15,136 ^c	48,516 ^c	3.2
Guatemala	IGSS	54,677	239,609	4.4	20,086	85,571	4.3
Honduras	IHSS	23,790	110,965	4.7	8,128 ^c	24,503 ^c	3.0
México	IMSS	1.192,553	6.311,363	5.3	529,643	1.385,354	2.6
Nicaragua	INSS	19,542	151,594	7.8	7,445	24,035	3.2
Panamá	CSSP	17,640 ^a	145,640 ^a	8.3	6,027 ^{a+b}	18,496 ^{a-b}	3.1
Paraguay	IPS	11,568	109,648	9.5	3,433	17,567	5.1
Perú	SSP	96,430 ^b	1.195,185 ^b	12.4	30,394	149,078	4.9
Rep. Dominicana	IDSS	37,044 ^a	388,670 ^a	10.5	8,657 ^{a+b}	34,628 ^{a-b}	4.0
Venezuela	IVSS	138,157 ^a	2.163,575 ^a	15.7	48,189 ^{a+c}	166,647 ^{a-c}	3.4

^a Año de 1974.

^b Dato estimado.

^c Incluye Ginecología.

REFERENCIA: Citas bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

días estancia por causas obstétricas fue aproximadamente el 50% del general; sin embargo, cabe hacer notar que en Guatemala resultó casi el mismo promedio para hospitalización general que para obstetricia, hecho que no podemos explicar. Por otra parte Paraguay y Perú, consideramos que tienen un promedio de días de estancia muy elevado, tanto para obstetricia, como para todas las causas.⁵

Días cama obstétricas

Las cifras obtenidas de días cama ocupadas en obstetricia, relacionadas con días cama ocupadas por la institución evidencian una escala en por ciento muy amplia, que va desde 7.3 y 7.7 en Bolivia y Venezuela, hasta 26.7 y 35.7% en El Salvador y Guatemala, respectivamente. (Tabla N° 9.)

TABLA N° 9
PROPORCION DE DIAS-CAMA OCUPADAS EN OBSTETRICIA DEL TOTAL
DE DIAS-CAMA OCUPADAS POR LA INSTITUCION

1975

País	Institución	Días-cama ocupados		%
		Todas las causas	Causas obstétricas	
Bolivia	IBSS	569,872 ^c	42,000	7.3
Colombia	ICSS	1.444,302 ^a	283,653 ^a	20.0
Costa Rica	CCSS	610,240	126,601 ^b	20.7
Ecuador	IESS	324,022 ^a	29,933 ^a	9.2
El Salvador	ISSS	181,491	48,516 ^b	26.7
Guatemala	IGSS	239,609	85,571	35.7
Honduras	IHSS	110,965	23,790	22.1
México	IMSS	6.311,363	1.385,354	21.9
Nicaragua	INSS	151,594	24,035	15.9
Panamá	CSSP	145,640 ^a	18,496	12.7
Paraguay	IPS	109,648	17,567	16.0
Perú	SSP	1.195,185 ^c	149,078	12.5
Rep. Dominicana	IDSS	388,670 ^a	34,628 ^{a+c}	8.9
Venezuela	IVSS	2.163,575 ^a	166,647 ^{a+b}	7.7

^a Año de 1974.

^c Incluye Ginecología.

^b Dato estimado.

REFERENCIA: Citas bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

Es recomendable que el desarrollo de las prestaciones en salud, vayan congruentes con la pirámide de población institucional y se utilicen los recursos en forma tal, que su optimización sea al máximo, para que se eviten dispendios y reditúen los recursos en una mejor atención de la población amparada.⁶

Vale la pena dejar aclarada la forma tan variada que tuvieron las instituciones de presentar sus datos estadísticos al respecto, así tenemos que en algunos casos se incluyó solamente ginecología, en otros sólo mater-

nidad, en otros más dan los datos unidos de ginecología y obstetricia y algunos solamente proporcionaron los egresos producidos en las unidades hospitalarias pertenecientes a las instituciones de seguridad social, no considerando los egresos generados por aquella población amparada que se atendió en otras unidades no dependientes directamente de la institución.

Partos, abortos y complicaciones obstétricas

Se analizó la importancia relativa de los partos, abortos y las complicaciones obstétricas, utilizando como parámetro los egresos obstétricos reportados por las instituciones. La proporción que existe entre los egresos obstétricos y los partos es concordante en general, fluctuando entre un 65 y un 80%, situación que corresponde a lo observado en las estadísticas médicas de Latinoamérica. (Tabla N° 10.) (Gráfica N° 4.)⁵

De los hallazgos del estudio, se comprobó que los egresos por abortos atendidos institucionalmente varía de 0.1 en Perú, a 16.9 en Panamá por cada 100 egresos obstétricos.

La evolución del aborto en los últimos años muestra una tendencia mantenida del fenómeno. Claro que, evidentemente, el aborto y su riesgo, dentro de este estudio, se considera con subregistro de datos, sea por razones de mala captación estadística o por encubrimiento consciente o inconsciente del diagnóstico.

Hay que agregar a esto, la acción ya comprobada de que solamente un bajo porcentaje de abortos llegan a las unidades médicas y son aquellos que presentan complicaciones.

Como situación que redondea este fenómeno y corolario del análisis efectuado, se puede preguntar cuántos de éstos podrían haberse prevenido y cuántos habrán sido efecto de un embarazo no deseado.

También cabe agregar que llama grandemente la atención el número elevado de egresos por complicaciones obstétricas reportadas institucionalmente por cada 100 egresos obstétricos, alcanzando cifras de 23.5 para Perú y República Dominicana, 24.6 para Colombia y 25.8 para Bolivia. (Tabla N° 10.)

Claro que las variables a considerar en estos fenómenos por institución, pueden verse afectadas si se toman en cuenta los diferentes criterios clínicos existentes, usados tanto por el cuerpo médico, como por cada seguro social referente a los conceptos de aborto, complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Insistiendo en el fenómeno aborto y complicaciones obstétricas, se elaboró una tabla que efectúa la comparación y la proporción que guardan estos daños a la salud materna, con respecto a número de egresos por parto; observándose que la relación de partos con respecto a abortos y complicaciones obstétricas, guarda la misma proporción ya mencionada. (Tabla N° 11.) (Gráfica N° 5.)

Después del análisis de la atención materna institucional dentro de la seguridad social americana, en la cual se presentaron los datos obtenidos en la investigación, es conveniente mostrar los comentarios de las cifras que respecto a la atención pediátrica se recolectaron, ya que de esta forma el panorama de la atención médica otorgada al binomio madre hijo se proyectará en una dimensión más exacta.

La amplitud o restricción con que estos servicios se otorgan, queda reflejada en los siguientes rubros. El análisis de los fenómenos hacen posibles las comparaciones del área de atención pediátrica.

Gráfica Núm. 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE EGRESOS OBSTETRICOS

1975

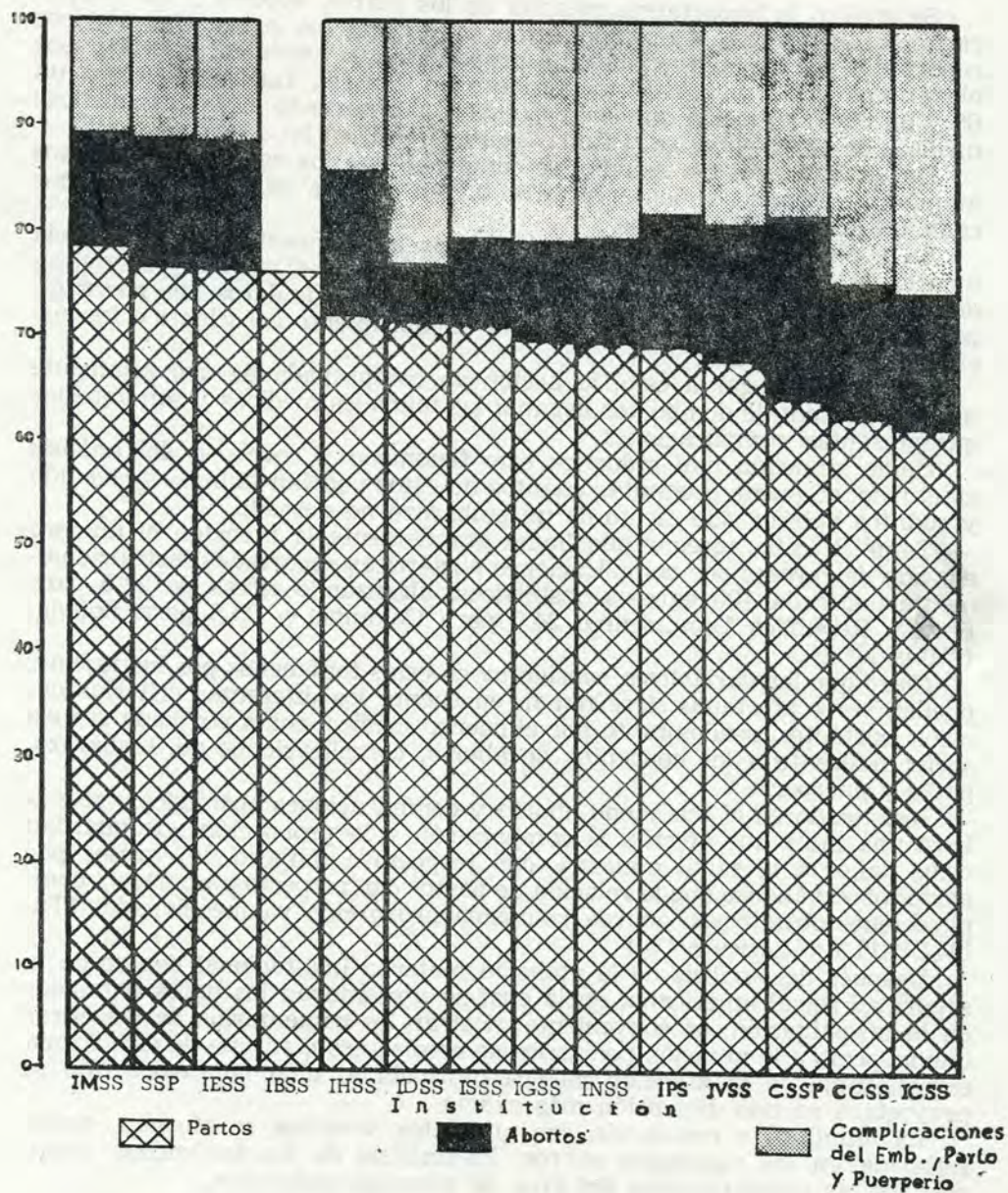


TABLA N° 10

PROPORCION DE EGRESOS POR PARTOS, ABORTOS Y COMPLICACIONES
OBSTETRICAS RESPECTO AL TOTAL DE LOS EGRESOS OBSTETRICOS

1 9 7 5

País	Institución	Egresos obstétricos	Partos		Abortos		Complicaciones obstétricas	
			Número	%	Número	%	Número	%
Bolivia	IBSS	10,550 ^b	7,896 ^b	75.2	*	—	*	—
Colombia	ICSS	99,660 ^a	61,265 ^a	61.5	12,645 ^a	12.7	25,750 ^a	25.8
Costa Rica	CCSS	38,920 ^c	24,381	62.6	4,943 ^b	12.7	9,596 ^b	24.6
Ecuador	IESS	7,206 ^a	5,492 ^a	76.2	886 ^a	12.3	828 ^a	11.4
El Salvador	ISSS	15,136 ^c	10,763	71.1	1,223	8.1	3,150 ^c	20.8
Guatemala	IGSS	20,086	13,999	69.7	1,866	9.3	4,221	21.0
Honduras	IHSS	6,677 ^a	4,810 ^a	72.0	911 ^a	13.6	956 ^a	14.3
México	IMSS	535,074 ^a	419,805 ^a	78.4	57,652 ^a	10.8	57,610 ^a	10.8
Nicaragua	INSS	7,445	5,180	69.6	706	9.5	1,559	20.9
Panamá	CSSP	6,027 ^{a+b}	3,875 ^a	64.3	1,016 ^a	16.9	1,136 ^{a+b}	18.8
Paraguay	IPS	3,433	2,375	69.2	424	12.4	634	18.5
Perú	SSP	30,394	23,221	76.4	25 ^d	0.1	7,148	23.5
Rep. Dominicana	IDSS	7,157 ^{a+b}	5,100 ^a	71.3	370 ^a	5.2	1,683 ^{a+b}	23.5
Venezuela	IVSS	48,189 ^{a+c}	32,965 ^{a+b}	68.4	5,857 ^a	12.1	9,367 ^{a+b+c}	19.4

^a Año de 1974.

^b Dato estimado.

^c Incluye Ginecología.

^d Dato no confiable.

* Dato no proporcionado.

REFERENCIA: Citas bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

TABLA N° 11
 PROPORCION DE EGRESOS POR ABORTO Y POR COMPLICACIONES OBSTETRICAS CON RELACION
 A EGRESOS POR PARTO

1 9 7 5

País	Institución	Partos	ABORTOS		COMPLICACIONES OBSTETRICAS	
			Núm.	%	Núm.	%
Bolivia	IBSS	7 896 (b)	*	—	*	—
Colombia	ICSS	61 265 (a)	12 645 (a)	20.6	25 750 (a)	42.0
Costa Rica	CCSS	24 381	4 943 (b)	20.3	9 596 (b)	39.3
Ecuador	IESS	5 492 (a)	886 (a)	16.1	828 (a)	15.1
El Salvador	ISSS	10 763	1 223	11.4	3 150 (c)	29.3
Guatemala	IGSS	13 999	1 866	13.3	4 221	30.1
Honduras	IHSS	4 810 (a)	911 (a)	18.9	956 (a)	19.9
México	IMSS	419 805 (a)	57 652 (a)	13.7	57 617 (a)	13.7
Nicaragua	INSS	5 180	706	13.6	1 559	30.1
Panamá	CSSP	3 875 (a)	1 016 (a)	26.2	1 136 (a+b)	29.3
Paraguay	IPS	2 375	424	17.8	634	26.7
Perú	SSP	23 221	25 (d)	0.1	7 148	30.8
Rep. Dominicana	IDSS	5 100 (a)	370 (a)	7.2	1 683 (a+b)	33.0
Venezuela	IVSS	32 965 (a+b)	5 857 (a)	17.8	9 367 (a+b+c)	28.4

a) Año de 1974.

b) Dato estimado.

c) Incluye ginecología.

d) Dato no confiable.

* Dato no proporcionado.

Referencia: Citas Bibliográficas Núms. 21 a 35 y 72 a 85.

Egresos pediátricos

La proporción de egresos pediátricos en relación a 100 egresos totales reportados por las instituciones, van desde un 3.5 hasta 26.0%. (Tabla N° 12.) Resaltan con los más bajos porcentajes de egresos pediátricos, menos del 10%, las instituciones de Ecuador, Bolivia, Panamá y Paraguay. La primera, como se ha explicado anteriormente, es motivada por la ausencia de prestaciones que protejan a su población infantil. De las otras tres, su bajo porcentaje está influido por sus tasas de natalidad. (Gráfica N° 3.) Entre los países con mayor proporción de egresos pediátricos están Guatemala y Perú con cifras superiores al 25%.¹³

TABLA N° 12
PROPORCION DE EGRESOS PEDIATRICOS CON RELACION
A EGRESOS TOTALES

1 9 7 5

País	Institución	EGRESOS HOSPITALARIOS		
		Totales	De Pediatría	%
Bolivia	IBSS	71 234	5 880 (b)	8.2
Colombia	ICSS	236 771 (a)	23 865 (b)	10.1
Costa Rica	CCSS	94 975	14 923	15.9
Ecuador	IESS	31 625 (a)	1 118 (a)	3.5
Guatemala	IGSS	54 677	13 955	25.5
Honduras	IHSS	23 790	3 013	12.7
México	IMSS	1 192 553	196 171	16.4
Nicaragua	INSS	19 542	3 102	15.8
Panamá	CSSP	17 640 (a)	1 079 (a)	6.1
Paraguay	IPS	11 568	829	7.2
Perú	SSP	96 430 (b)	25 093	26.0
Venezuela	IVSS	138 157 (a)	26 044 (a)	18.9

a) Año de 1974.

b) Dato estimado.

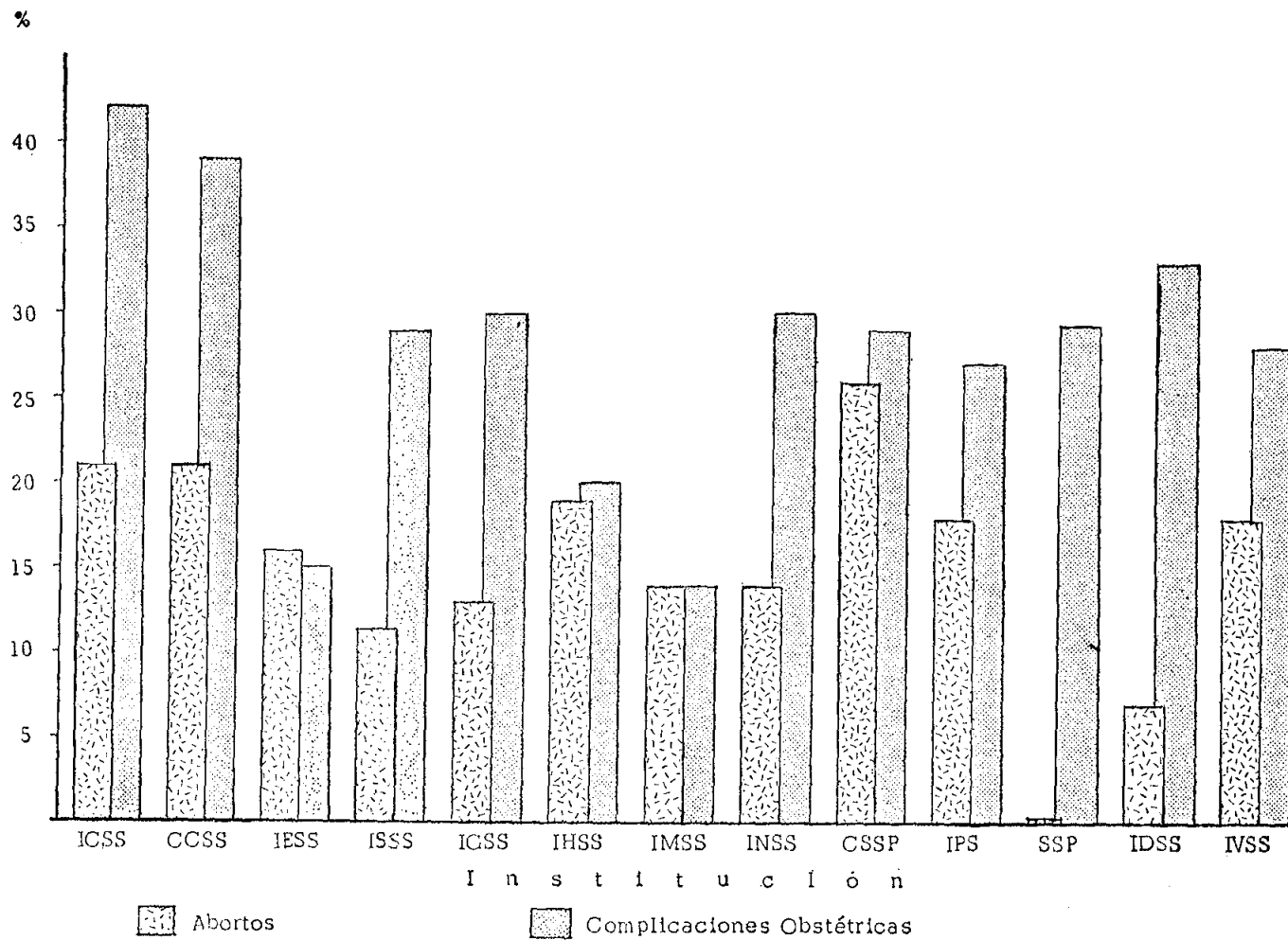
Referencia: Citas Bibliográficas Núms. 21 a 35 y 72 a 85.

Ocupación hospitalaria en pediatría

Obviamente, se pensaría que la proporción de días cama ocupadas en pediatría con respecto al total de días cama institucionales debiera guardar relación directa con los egresos pediátricos. (Tabla N° 12.) Sin embargo, los factores que inciden en esta relación son, diferencias de criterio institucional con respecto a la atención de cuadros similares; los grupos de edad protegidos por la seguridad social varían de un país a otro, los recursos destinados a la atención pediátrica difieren de una institución a otra.

El análisis de la ocupación en días cama pediátricas con relación al total de días cama ocupadas por la institución, muestra una clara divergencia.

PROPORCIÓN DE ABORTOS Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN RELACION A PARTOS



Fuente: Tabla No. 11

Los por cientos en relación a los totales, van desde 1.3 y 4.1 en Ecuador y Paraguay, hasta 23.7 y 25.9 en Perú y Guatemala. (Tabla N° 13.) El comentario hecho a los por cientos reportados por Ecuador y Paraguay, debe entenderse que es por la misma situación ya referida en tablas anteriores.

TABLA N° 13

PROPORCION DE DIAS-CAMA OCUPADAS EN PEDIATRIA DEL TOTAL
DE DIAS-CAMA OCUPADAS POR LA INSTITUCION

1975

País	Institución	Días-cama ocupados		%
		Todas las causas	Pediatría	
Bolivia	IBSS	569,872	88,200 ^b	15.5
Colombia	ICSS	1.444,302 ^a	137,488 ^a	9.5
Costa Rica	CCSS	610,240	124,079	20.3
Ecuador	IESS	324,022 ^a	4,396 ^a	1.3
Guatemala	IGSS	239,609	62,154	25.9
Honduras	IHSS	110,965	20,664	18.6
México	IMSS	6.311,363	1.340,815	21.2
Nicaragua	INSS	151,594	20,416	13.5
Paraguay	IPS	109,648	4,498	4.1
Perú	SSP	1.195,185 ^b	283 551	23.7
Venezuela	IVSS	2.163,575 ^a	219,800 ^a	10.1

^a Año de 1974.

^b Dato estimado.

REFERENCIA: Citas bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

Estancia pediátrica

Por otro lado, el promedio de estancia hospitalaria para pediatría reportado, varía desde 3.9 días en Ecuador, hasta 15.0 días en Bolivia. (Tabla N° 14.)

Como médico y como colaborador de una organización internacional, despierta mi inquietud la enorme diferencia que existe, aun entre países vecinos, del promedio de días estancia en el área pediátrica, así tenemos que la Caja Costarricense de Seguridad Social supera por casi el doble al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y que el Instituto Boliviano de Seguro Social, igualmente casi dobla la cifra de Costa Rica.

En las estadísticas de pediatría es posible que muchas veces se incluyan casos de urgencia leves, en los que sólo se da tratamiento y se da de alta al paciente considerándolo como caso hospitalario, lo que va reduciendo en forma espectacular su promedio de días estancia pediátrica. En tanto que otros países sólo incluyen en sus datos, patología aguda, semiaguda y crónica, aumentando el promedio de días estancia. Es difícil en el caso específico de Bolivia explicar qué es lo que motiva su elevado índice, pero sería deseable, en vez de especular al respecto, poder realizar una investigación en la seguridad social latinoamericana sobre el área de pediatría, que per-

TABLA N° 14

PROMEDIO DE DIAS-ESTANCIA HOSPITALARIA PEDIATRICA

1975

País	Institución	Número de egresos hospitalarios de pediatría	Días-cama ocupados de pediatría	Promedio de días-estancia
		1	2	3=2/1
Bolivia	IBSS	5,880 ^b	88,200 ^b	15.0
Colombia	ICSS	23,865 ^a	137,488 ^a	5.8
Costa Rica	CCSS	14,923	124,079	8.3
Ecuador	IESS	1,118 ^a	4,393 ^a	3.9
Guatemala	IGSS	13,955	62,154	4.4
Honduras	IHSS	3,013	20,664	6.8
México	IMSS	196,171	1,340,815	6.8
Nicaragua	INSS	3,102	20,416	6.6
Paraguay	IPS	829	4,498	5.4
Perú	SSP	25,093	283,551	11.3
Venezuela	IVSS	26,044 ^a	219,800 ^a	8.4

^a Año de 1974.^b Dato estimado.

REFERENCIA: Citas bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

mitiera conocer directamente las causas de tan enorme disparidad, no sólo con el afán de investigar, sino para que pudieran emitirse normas o convenios que lleven a una mejor y más uniforme atención.

El comentario sobre los datos observados en las tablas Nos. 12, 13 y 14, refleja el interés que tiene la Organización Internacional del Trabajo, justificando cualquier esfuerzo que se lleva a cabo para desarrollar e incrementar el tipo de prestaciones y ampliar la cobertura con respecto a la atención materno infantil dentro de la seguridad social americana, ya sea modificando esquemas, objetivos y metas o incluyendo acciones o programas que por su gran proyección de servicio y necesidades a resolver, merezcan su inclusión dentro de la seguridad social, específicamente si atañen a la madre y al niño, como sucede con aquellos relacionados al bienestar familiar, protección familiar o planificación familiar.

A este respecto y siendo, en nuestra opinión, una acción cuya trascendencia no se pone en duda, deseamos continuar con el análisis del área de planificación familiar del gran marco de referencia que forman la atención materno infantil. Teniendo presente que para los fines de este estudio, consideramos como planificación familiar aquellas acciones educativas y de servicios tendientes a concientizar a la población sobre el derecho que tiene cada pareja de decidir el número y el espaciamiento de los integrantes de su familia y que éstos no deben ser el producto de un acto fortuito, sino todo lo contrario, enseñar que deben ser el resultado de un acto consciente y razonado de una pareja que desea trascender en algo, más allá del simple contacto sexual.

En el entendido de que cada país es libre de aplicar el criterio a este

respecto, que sea congruente con sus objetivos de desarrollo integral y con el respeto individual y colectivo de sus habitantes.¹⁹

Marco de referencia esencial ha sido para nuestros países, el concepto de paternidad responsable, “que no se agota en la regulación de los nacimientos, sino que se expresa, además, y principalmente, en el cuidado, alimentación, educación y vida familiar para con los hijos”.⁸

Con este punto de vista, algunas de las instituciones de seguridad social latinoamericanas estudiadas, han complementado sus prestaciones médicas a la mujer con actividades de planificación familiar.^{17, 19}

Inicio de las actividades

Es así como en 1965 lo hacen el Instituto Guatemalteco y la Caja de Seguridad Social de Panamá, en 1966 el Instituto Ecuatoriano, en 1968 el Instituto de El Salvador, en 1969 lo hacen el Instituto de Previsión Social de Paraguay, el Instituto Nicaragüense del Seguro Social y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, este último a través de una institución de servicio privado (PROFAMILIA); en 1970 inicia actividades la Caja Costarricense del Seguro Social, en 1972 el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto Dominicano de Seguro Social y quedan cuatro institutos de los visitados que no han iniciado labores al respecto, el Boliviano, el Hondureño, el Peruano y el Venezolano. (Tabla N° 15.) Casi todos ellos desarrollan sus primeras acciones en la consulta ambulatoria y sólo tres en hospitalización.

TABLA N° 15

ANO Y NIVEL DEL INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

País	Institución	Año	Nivel
Bolivia	IBSS	No ha iniciado	
Colombia *	ICSS	1969	Hospitalario
Costa Rica	CCSS	1970	Consulta externa
Ecuador	IESS	1966	Consulta externa
El Salvador	ISSS	1968	Consulta externa
Guatemala	IGSS	1965	Hospitalario
Honduras	IHSS	No ha iniciado	
México	IMSS	1972	Consulta externa
Nicaragua	INSS	1969	Consulta externa
Panamá	CSSP	1965	Consulta externa
Paraguay	IPS	1969	Hospitalario
Perú	SSP	No ha iniciado	
República Dominicana	IDSS	1972	Consulta externa
Venezuela	IVSS	No ha iniciado	

* A través de una Institución Privada (PROFAMILIA).

Referencia: Citas Bibliográficas Núms. 21 a 35 y 72 a 85.

Propósitos de la planificación familiar

Las acciones de Planificación Familiar desarrolladas por las instituciones, tienen en el momento actual, objetivos o propósitos bien definidos. En primer lugar se menciona la prevención de la morbi-mortalidad materno infantil, en segundo lugar la prevención del embarazo no deseado y también, en sitio preferente, la contribución al bienestar familiar a través de estas acciones; sólo en Colombia y República Dominicana se planten objetivos demográficos. (Tabla N° 16.)¹⁹

En todos ellos se enuncia claramente “el respeto a la pareja humana para decidir libremente el uso de anticonceptivos y su elección específica”.

Servicios con planificación familiar

La importancia y desarrollo que han alcanzado las actividades de Planificación Familiar dentro de la seguridad social americana, hacen aparente el esfuerzo por expansión de cada una de las instituciones al comparar el número de unidades que tiene cada institución y el número de ellas que cuenten ya con acciones de esta naturaleza.

Es así como encontramos que las instituciones que tienen mayor porcentaje de servicios de Planificación Familiar en relación al número de sus unidades son Panamá y El Salvador, con 97,5 y 84,1%, respectivamente, y las de menor expansión con Guatemala, Paraguay y República Dominicana. (Tabla N° 17.)

Mujeres en activo

Reflejo de gran trascendencia en este tipo de acciones es el por ciento de mujeres activas en Planificación Familiar con respecto al universo institucional de mujeres en edad fértil.

Para poder valorar este dato se deben tener en cuenta diversos factores que de una forma u otra afectan su veracidad, como, por ejemplo, la antigüedad de las acciones es de suma importancia, ya que de todas las usuarias inscritas en un año, sólo permanecerán en activo un porcentaje al año siguiente, volviendo a repetirse esta situación cada año. Otro factor que afecta igualmente el análisis, es el grado de incremento anual de nuevas usuarias.

No siempre las cifras de usuarias activas reflejan la realidad ya que también puede existir subregistro de datos, deficiencia en la captación estadística o falta de seguimiento. Por otro lado deberá tenerse en cuenta aquel porcentaje, habitualmente escaso, de mujeres amparadas institucionalmente pero que asisten a otros centros de Planificación Familiar o médicos particulares y realizan acciones de regulación de la fertilidad.

En tales circunstancias, nos encontramos que al analizar la presente situación, vemos que el número de usuarias activas en relación a 100 mujeres en edad fértil, van desde 1,5, 2,7 y 5,6 en Paraguay, Guatemala y Ecuador, hasta 16,4, 16,9 y 21,5 en México, Costa Rica y El Salvador. (Tabla N° 18.)

Desde luego que el impulso oficial es definitivo en el desarrollo de las acciones que estamos analizando y ejemplo de ello es Costa Rica y México.

De acuerdo con los propósitos expuestos por las instituciones de seguridad social latinoamericana, de prevenir la morbi-mortalidad materno

TABLA N° 16

PROPOSITOS FUNDAMENTALES DE LAS INSTITUCIONES RESPECTO A LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR POR ORDEN DE IMPORTANCIA

1975

Pais	Institución	PROPOSITOS					Atender demanda
		Demográficos	Prevención de embarazos no deseados	Contribuir al bienestar familiar	Prevención de morbi-mortalidad materno infantil		
Colombia	ICSS	1°	2°	4°	3°	—	
Costa Rica	CCSS	—	2°	3°	1°	4°	
Ecuador	IESS	—	3°	2°	1°	—	
El Salvador	ISSS	—	2°	1°	3°	4°	
Guatemala	IGSS	—	2°	3°	1°	—	
México	IMSS	5°	1°	3°	2°	4°	
Nicaragua	INSS	—	2°	3°	1°	4°	
Panamá	CSSP	4°	1°	3°	2°	—	
Paraguay	IPS	—	3°	1°	2°	4°	
República Dominicana	IDSS	1°	3°	4°	2°	—	

Referencia: Citas Bibliográficas Núms. 21 a 35 y 72 a 85.

TABLA N° 17
SERVICIOS CON ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR
1 9 7 5

País	Institución	UNIDADES O SERVICIOS DE ATENCION MEDICA		
		Total	Con actividades de planificación familiar	%
		1	2	3=2/1
Costa Rica	CCSS	87	31	35.6
Ecuador	IESS	84	17	20.2
El Salvador	ISSS	44	37	84.1
Guatemala	IGSS	80	1	1.2
México	IMSS	943	406	43.0
Nicaragua	INSS	50	22	44.0
Panamá	CSSP	81 (a)	79 (a)	97.5
Paraguay	IPS	46	1	2.2
República Dominicana	IDSS	137	3	2.2

a) Año de 1974.

Referencia: Citas Bibliográficas Núm. 21 a 35 y 72 a 85.

TABLA N° 18
USUARIAS ACTIVAS EN RELACION CON POBLACION PROTEGIDA
DE MUJERES EN EDAD FERTIL
1 9 7 5

País	Institución	Población protegida de M.E.F.	USUARIAS ACTIVAS	
			Núm.	%
			1	2
Costa Rica	CCSS	280,755	47,492	16.9
Ecuador	IESS	71,757 (a)	4,061 (a)	5.6
El Salvador	ISSS	75,582	16,307	21.5
Guatemala	IGSS	128,070 (b)	3,526	2.7
México	IMSS	3,169,455	520,114 (b)	16.4
Nicaragua	INSS	61,009	5,886	9.6
Paraguay	IPS	39,000 (a)	602 (a)	1.5
República Dominicana	IDSS	17,420	1,457	8.4

a) Año de 1974.

b) Dato estimado.

Referencia: Citas Bibliográficas Núms. 21 a 35 y 72 a 85.

infantil y evitar el embarazo no deseado, cuya principal manifestación es el aborto provocado; es imperativo que las coberturas de mujeres en edad fértil, dentro de las acciones de Planificación Familiar, lleguen a un límite de cuando menos un 20%, a partir de este momento empezarian a incidir, tanto en las tasas institucionales, como en las de aborto y en las de natalidad.

El único país visitado cuya cobertura está por arriba de esta cifra es El Salvador y si comparamos el porcentaje de abortos reportados por el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (Tabla N° 11), se verá que efectivamente parece indicar que existe ya una disminución de abortos en relación con los otros países. Sin embargo, para poder afirmar que esta disminución es causada directamente por las actividades de Planificación Familiar, debería realizarse una evaluación profunda de ellas. Debe considerarse como una excepción a República Dominicana cuya institución no atiende abortos en las mujeres dependientes de asegurado.

Métodos anticonceptivos

El armamentarium médico sobre Planificación Familiar con que cuenta cada institución, varía grandemente. Aunque algunos de los métodos anticonceptivos son usados en todas ellas, consideramos de suma importancia hacer comentarios institución por institución, ya que ha habido cambios en el criterio, para la inclusión de este tipo de métodos, desechando algunos de ellos después del análisis de las evaluaciones sobre su efectividad y efectos secundarios.

Es así como el Instituto Hondureño de Seguridad Social cuenta con un tipo de hormonal combinado y el método quirúrgico femenino, la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con un método hormonal oral combinado, el cual, a raíz de una sesión médica efectuada, la institución sustituyó a un hormonal oral de tipo secuencial, además tiene un hormonal inyectable, un tipo de DIU inerte, desechando los dos activados con que contaba anteriormente, un espermicida, preservativos, el método del ritmo y la esterilización femenina de tipo quirúrgico, en total ocho métodos.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por su parte, tiene un hormonal combinado, un hormonal inyectable, un tipo de DIU, espermicidas, preservativos, el ritmo y técnicas de esterilización quirúrgica para ambos sexos, en total ocho métodos.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social otorga un hormonal oral combinado, dos tipo de DIU, uno de ellos activado, preservativos y esterilización femenina, en total cinco métodos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social usa dos tipos de hormonales, combinados y continuos, habiendo desechado el secuencial, en cuanto a DIU tiene en uso tres tipos de ellos, dos son activados, ha desechado el Dalkon Shield, tiene espermicidas y practica la esterilización quirúrgica para hombres y mujeres, con un total de ocho métodos.

En tanto que el Instituto Dominicano de Seguro Social utiliza un hormonal oral combinado, un tipo de DIU inerte, espermicidas, preservativos, el ritmo y la esterilización quirúrgica femenina, con un total de cinco métodos.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social cuenta con tres tipos de hormonales por vía oral: secuencial, combinado y continuo; un hormo-

nal inyectable, un tipo de DIU no activado, espermicidas, preservativos y esterilización quirúrgica femenina, con un total de ocho métodos.

La Caja del Seguro Social del Panamá ofrece un hormonal oral combinado, un hormonal inyectable, un tipo de DIU no activado; desechó el Dalkon Shield y tiene, además, el método quirúrgico femenino, con un total de cuatro métodos.

El Instituto de Previsión Social del Paraguay emplea dos tipos de hormonas orales: secuencial y continuo, habiendo eliminado el combinado; tiene un tipo de DIU no activado, espermicidas, preservativos y el diafragma, así como el método quirúrgico femenino, con un total de siete métodos.

El Instituto Salvadoreño de Seguridad Social tiene un hormonal oral de tipo combinado, dos tipos de DIU no activados, uno de ellos el Dalkon, único país que continúa usándolo en un programa; espermicidas, preservativos, el método del ritmo y la esterilización quirúrgica a hombres y mujeres, lo que hace un total de siete métodos.

Por último, el Instituto Venezolano de Seguros Sociales cuenta con un método oral combinado y tres tipos de DIU, dos de los cuales son activados, con un total de cuatro métodos. (Tabla N° 19.)

Como comentario, de 1974 a 1975 se desechó el Dalkon Shield, en la actualidad sólo el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social continúa utilizándolo. En el momento actual el dispositivo más usado es el Asa de Lippes.

En los hormonales por vía oral, el método combinado es el más aceptado como anticonceptivo, por su mayor eficacia y buena tolerancia. El único país de los visitados que no lo usa es el Paraguay que, en cambio, ofrece el secuencial y el continuo.

En 10 países se practica esterilización quirúrgica femenina y sólo en tres esterilización masculina.

Queda en el aire la pregunta hacia las instituciones de seguridad social, si se puede o debe uniformar la tecnología anticonceptiva, criterios para la utilización y normas de selección de los métodos anticonceptivos dentro de la seguridad social latinoamericana ¿Redundaría esto en un mejor aprovechamiento de los recursos en la área? ¿Permitiría comparar fácilmente las acciones emprendidas por cada institución?

Actividades de medicina preventiva

Existen programas y acciones de medicina preventiva que indudablemente forman parte y/o complementan las prestaciones del área materno infantil o bien permiten una mayor protección de la madre e hijo; es pues de interés conocer cuáles son las actividades de medicina preventiva que con mayor frecuencia se asocian con las de Planificación Familiar.

Salvo el Instituto Colombiano que no respondió a esta área, las demás instituciones sí actúan en coordinación con otras actividades de prevención, básicamente detección precoz de cáncer cérvico uterino y mamario y patologías venéreas. (Tabla N° 20.)

En la Caja Costarricense del Seguro Social, saliéndose de lo tradicional en cuanto a actividades de medicina preventiva que se relacionan con Planificación Familiar, incluye, junto a las antes mencionadas, una que por su modalidad parece ser muy interesante, siendo ésta la de detección y tratamiento de enfermedades sociales (alcoholismo y prostitución, entre otras).

TABLA N° 19

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LAS INSTITUCIONES

1 9 7 5

País	Institución	HORMONALES				DIU				OTROS				QUIRUR- GICOS	
		Orales			Inyec.	Lippes	Dalkon	T. de cobre	Gravigard	Espermicida	Condón	Diafragma	Ritmo	Femenina	Masculina
		Secuencial	Combinado	Continuo	Medroxi P.										
Costa Rica	CCSS		X		X	X				X					
Ecuador	IESS		X		X	X				X			X		X
Guatemala	IGSS		X			X				X			X		
Honduras	IHSS		X												X
México	IMSS		X	X		X		X	X						X
Nicaragua	INSS	X	X	X	X	X			X	X					X
Panamá	CSSP		X		X	X				X					X
Paraguay	IPS	X		X		X				X		X			X
Rep. Dominicana	IDSS		X			X				X			X		X
Salvador (El)	ISSS		X			X		X		X			X		X
Venezuela	IVSS		X			X		X	X				X		X

Referencia: Citas Bibliográficas Núms. 21 a 35 y 72 a 85.

Al parecer, por no efectuarse en ninguna otra institución de seguridad social, resulta una faceta nueva, debiéndose estar pendientes de sus resultados a corto y largo plazo.

TABLA N° 20
ACTIVIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA QUE SE COORDINAN
CON LAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

País	Institución	DETECCION PRECOZ DE				
		Cáncer cérvico uterino	Cáncer mamario	Patologías venéreas	Enfermedades transmisibles	Enf. sociales (alcohol, prostitución, etc.)
Costa Rica	CCSS	X	X	X		X
Ecuador	IESS	X	X	X		
El Salvador	ISSS	X	X	X		
Guatemala	IGSS	X	X	X		
Honduras	IHSS	X				
México	IMSS	X	X	X		
Nicaragua	IDSS	X	X	X	X	
Paraguay	INSS	X	X			
República Dominicana	IPS	X	X	X		

Referencia: Citas Bibliográficas Núms. 21 a 35 y 72 a 85.

Consultas

Parámetro importante dentro de las actividades de Planificación Familiar son el número de consultas al año por usuario del programa, ya que esto refleja indirectamente parte de las acciones que se realizan. Haciendo un análisis indirecto de ellas y cruzando los resultados con la proporción de mujeres en activo por cada uno de los métodos contraceptivos en uso institucional, se pueden inferir aspectos programáticos de tipo operacional, administrativos y económicos, interesantes.

En este aspecto, nos encontramos que reportan como promedio de consultas por usuario de Planificación Familiar al año, variantes que fluctúan de 3.9 en Nicaragua a 1.3 en México. (Tabla N° 21.)

Desde luego que dependiendo de las proporciones que guarden los diferentes métodos anticonceptivos en uso, esta relación de consultas por usuaria al año puede variar, ya que no será el mismo número de consultas para una institución que solamente use hormonales de tipo oral que otra que utilice DIU o métodos quirúrgicos.

Seguimiento

No cabe duda que el índice de seguimiento obtenido en un programa, va a dar un reflejo fiel de los resultados positivos del mismo, más aún las orientaciones internacionales a este respecto, indican que este parámetro como significativamente útil en análisis de las acciones de Planificación

TABLA N° 21

CONSULTAS POR USUARIO DE PLANIFICACION FAMILIAR

1975

País	Institución	Consultas	Usuarios en activo acumulados	Promedio de consultas por usuario activo
Costa Rica	CCSS	80,735	47,492	1.7
Ecuador	IESS	7,929 ^a	3,541 ^a	2.2
El Salvador	ISSS	63,833	23,452	2.7
Guatemala	IGSS	7,688	3,526	2.2
México	IMSS	682,112	520,114 ^b	1.3
Nicaragua	INSS	22,688	5,886	3.9
Paraguay	IPS	1,285	574	2.2

^a Año de 1974.^b Dato estimado.

REFERENCIA: Citas bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

Familiar, sobre todo en lo referente a trascendencia, profundidad y permanencia de este tipo de programas, dentro de la población a la cual se enfocan los objetivos de los mismos.

Claro está que el análisis escueto y unilateral de este dato debe ser complementado con el número de años de actividad por cada programa, el volumen general de mujeres en edad fértil que tienen como universo, los criterios diferentes usados para el cese de usuarios, actividades educativas y los elementos de apoyo institucional para poder así apreciar realmente la efectividad alcanzada por un programa o una institución.

Educación

Desde luego que para impactar adecuadamente a la población, blanco de estas actividades, como ya se comentó en el párrafo anterior, es indispensable contar con una amplia red de difusión que abarque las tres etapas básicas de la educación, es decir, información, sensibilización y motivación, a fin de que se logre realmente conseguir los objetivos de aceptación, participación y permanencia de los usuarios en el programa.

El 50% de los países investigados sí utilizan los medios de difusión para la comunicación masiva de los mensajes sobre planificación familiar a su población protegida y entre ellos destacan en orden de importancia los carteles, los folletos y la educación individual. (Tabla N° 23.)

Sin embargo, al analizar la tabla en detalle, se observa que se mezclan medios con áreas y sistemas con organizaciones, por lo tanto una justificación más hacia la presentación de este concentrado, es insistir en la importancia que esta área "Educativa" debe y tiene que adquirir en cualquier programa de atención médica, sobre todo en el área materno infantil.

Los datos presentados son exactamente los que fueron proporcionados por cada Institución, como se puede apreciar las respuestas indican dificultad aún intrainstitucionalmente para delimitar efectivamente las áreas de acción educativas.

TABLA N° 22
INDICE DE SEGUIMIENTO
1975

País	Institución	Nuevos aceptantes acumulados	Usuarios en activo acumulados	% de seguimiento
Costa Rica	CCSS	55,790	47,492	85.1
Ecuador	IESS	4,847 ^a	3,541 ^a	73.1
El Salvador	ISSS	47,271	23,452	49.6
Guatemala	IGSS	11,079	3,526	31.8
México	IMSS	758,299	520,114 ^b	68.6
Nicaragua	INSS	12,703	5,886	46.3
Paraguay	IPS	939	574	61.1

^a Año de 1974.

^b Dato estimado.

REFERENCIA: Citas bibliográficas Nos. 21 a 35 y 72 a 85.

Costos

Por último únicamente presentaremos los reportes en US dólares de los costos obtenidos por consulta externa y por día cama de hospitalización general, pues respecto a costos de atención materno infantil y de planificación familiar, prácticamente casi ninguna institución puede facilitarlos. Las cifras son de tipo genérico y reflejan los datos obtenidos en la recolección o inferidos en base a datos indirectos proporcionados por cada una de las instituciones encuestadas. (Tabla N° 24.)

Vale la pena hacer la aclaración en el sentido de que estos costos más bien son de utilidad para cada institución, toda vez que de una institución a otra existen una gran cantidad de factores, que hacen inoperante su comparación. Entre éstos tenemos facilidades o gravámenes hacendarios a la importación del equipo médico, en los diferentes países. Volúmenes de compra que afectan costos y que no son iguales en los diferentes seguros sociales; los costos de fábrica del mismo equipo médico que difieren de un país a otro. La situación económica del país en relación con la internacional y muchos más.

De esta manera queda clara la enorme dificultad que representaría un análisis a fondo de estos datos. Por lo expuesto preferimos únicamente exponer las cifras recogidas y abstenernos de emitir algún comentario.

NOTA: Los comentarios obtenidos de las entrevistas efectuadas durante el desarrollo de la investigación están considerados en el contenido del documento (36, 71).

Conclusiones

Después de la exposición sobre la atención materno infantil y de planificación familiar dentro de la seguridad social latinoamericana, a través de datos recolectados en las 14 instituciones de seguridad social investiga-

TABLA N° 23

MEDIOS DE DIFUSION UTILIZADOS PARA LA COMUNICACION MASIVA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Medio de difusión	PAIS E INSTITUCION						
	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Guatemala	México	Nicaragua	Paraguay
	CCSS	IESS	ISSS	IGSS	IMSS	INSS	IPS
Radio	X					X	
Prensa	X						
Carteles	X	X	X		X	X	
Folleto	X	X	X		X	X	
Educación individual	X	X	X		X	X	X
Intra-hospitalario	X		X	X	X	X	
Consulta externa	X	X	X	X	X	X	X
Fábricas	X	X	X		X	X	
Sindicatos	X	X	X		X		
Cooperativas	X	X	X		X		
Patrones	X				X	X	
Grupos organizados de la comunidad	X		X	X	X		

Referencia: Citas Bibliográficas Núms. 21 a 35 y 72 a 85.

TABLA N° 24
 COSTOS DE ATENCION MEDICA EN US DOLARES
 1 9 7 5

País	Institución	Consulta general	Día-cama hospitalización general
Bolivia	IBSS	3.60	19.44
Costa Rica	CCSS	6.97	37.29
Ecuador	IESS	4.00	18.00
El Salvador	ISSS	3.39 (a)	27.29 (a)
Guatemala	IGSS	9.16	34.10
Honduras	IHSS	2.85	32.49
México	IMSS	11.00 (a)	42.61 (a)
Nicaragua	INSS	6.20	24.09
Panamá	CSSP	6.62 (a)	58.04 (a)
Paraguay	IPS	4.00	16.50
Perú	SSP	8.21	12.80
República Dominicana	IDSS	2.80 (a)	13.41 (b)
Venezuela	IVSS	9.25	75.49

a) Año de 1974.
 b) Dato estimado.
 Referencia: Citas Bibliográficas Núms. 21 a 35 y 72 a 85.

das y presentados para su consideración en el desarrollo del presente documento.

A fin de imprimir en el ánimo de todos y cada uno de ustedes una serie de puntos que en nuestra opinión vale la pena seguir considerando y tenerlos en mente dentro de los objetivos a conseguir en los planes que se estimen alcanzables, dentro de las actividades que la seguridad social desarrolle, en el área materno infantil, creemos conveniente hacer las siguientes conclusiones:

- Ampliar los esquemas de prestaciones en las ramas de seguro correspondientes, a fin de que se cubra al núcleo familiar del asegurado; desde luego de acuerdo a las posibilidades de cada institución y basados en estudios actuariales que garanticen la operabilidad del sistema.
- Tener presente que el niño es el ser más susceptible a cualquier daño en la salud, sobre todo en los primeros años de vida en la cual la relación con la madre es más estrecha y donde el hijo necesita mayor apoyo y protección.
- Recordar que en nuestro medio el fenómeno del aborto ilegalmente producido, está tomando proporciones alarmantes, que afecta principalmente a la población en etapa reproductiva y que ésta es obviamente factor de estabilidad socio-económica en las fuerzas produc-

tivas. Por lo tanto, este daño a la salud debe interesar a la seguridad social latinoamericana.

- Nos adherimos a la inquietud imperante y a las recomendaciones emanadas de los expertos en demografía, estadística y dinámica de población, respecto a la necesidad de uniformar los datos estadísticos del área médica en la seguridad social americana, con objeto de que éstos puedan ser fácilmente comparables de un país a otro.
- Resultaría beneficioso que expertos en las diferentes disciplinas, tanto de atención médica materno infantil, planificación familiar, aspectos clínicos de la contracepción, cirugía, cuadro básico de medicamentos y aspectos administrativos, se reunieran para discutir y presentar a sus autoridades institucionales, las sugerencias, normas y procedimientos que regulen, a nivel de la seguridad social del continente, en cada una de las áreas de su competencia, estos importantes aspectos, ya que la variedad de la información y su disponibilidad actual hacen difícil su interpretación, ajuste y comparación continental.
- Es conveniente desarrollar programas educativos, dirigidos tanto al personal institucional como al público en general, logrando en ambos grupos la información, sensibilización y motivación, que permitan percatarse de la importancia de las acciones al binomio madre hijo; otorgando por un lado un más amplio y mejor servicio y, por el otro, aumentando la demanda en los programas materno infantiles, de protección familiar, paternidad responsable y otros, facilitando que los beneficios, por las acciones en estas áreas, lleguen efectivamente al núcleo familiar.
- La Organización Internacional del Trabajo pone a disposición de los seguros sociales del área, la asesoría técnica necesaria para: implantar, ampliar, complementar, modificar y evaluar las acciones que, en los campos de enfermedad y maternidad, materno infantil y planificación familiar requieran, apegándose a las normas y políticas, que en esta materia, tenga cada una de las instituciones.

Resumen

En el documento se aspira a presentar un panorama de la atención materno infantil y de las acciones de planificación familiar que se desarrollan dentro de la seguridad social de América Latina.

La investigación que sirvió de base para la preparación del trabajo, está fundamentada en el estudio de 14 instituciones de seguridad social.

La referencia hacia este tipo de colaboración está enfocada en el trabajo presentado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, celebrado en la ciudad de Asunción, Paraguay, en 1974 y considera las recomendaciones emanadas de dicho evento, por lo tanto, trata de ser una continuación de él.

La información va desde los antecedentes internacionales que apoyan y promueven la atención materno infantil, hasta el análisis generalizado y comparativo de las acciones de planificación familiar desarrolladas por cada institución.

Obviamente basadas en las acciones de las áreas de atención a la mujer y al niño, cada una de ellas consideradas individualmente y en conjunto,

buscando llevar a cabo una relación que permitiera demostrar que estos aspectos tienen y cobran cada día mayor importancia y trascendencia dentro de la seguridad social y, por ende, en la población que amparan este tipo de instituciones.

Con los datos obtenidos en el estudio, se elaboraron cuadros de concentración informativa, que apoyan y sirven de base a los comentarios que se hacen, permitiendo llevar a través de su comparación el análisis institucional e interinstitucional.

Cuenta también con un área de conclusiones y las referencias bibliográficas expuestas, sirven de colofón al mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Internacional del Trabajo (OIT). *La evolución de las normas internacionales de la OIT y de los sistemas para la protección de la salud por la seguridad social de Latinoamérica*. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, p. 115. Panamá, 12-18, noviembre, 1972.
2. Organización Mundial de la Salud. *Asistencia médica individual y seguridad social*. Informe del Comité Mixto de Expertos, OIT/OMS, Serv. Inf., Tecn. 480, pp. 55 a 62, 1971.
3. Oficina Sanitaria Panamericana. *Salud materno infantil en Latinoamérica*. Vol. LXX N° 5, mayo, 1971.
4. NOVELO, G. DR., y SÁNCHEZ, Z. DR. *La protección de la madre y del niño en la seguridad social*. Sobretiro de la revista Seguridad Social, N° 82, julio y agosto, 1973.
5. TIETZE, CHRISTOPHER, y DAWSON, A. DEBORAH. *Induced abortion*. A fact book reports on population family planning, N° 14, december, 1973.
6. TEGUALDA MONREAL. *La planificación familiar en América Latina*. XII Congreso Médico Social Panamericano, Quito, Ecuador, 8-12, abril.
7. MOLINA, OIT. *La paternidad responsable y la atención médica integral en la mujer*. Congreso conmemorativo de los XXX años de iniciación de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 13-19, enero, 1974.
8. CELADE. *Políticas de población y la familia. El caso latinoamericano*. Reunión Latinoamericana Preparatoria de la Conferencia Mundial de Población. ST/ECLA/Conf. 48/L4, San José, Costa Rica, 25 de marzo de 1974.
9. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos. *Programas de Seguridad Social en el Mundo*. Informe de Investigación, 1971.
10. América en Cifras. *Situación demográfica: Estado y movimiento de la población*. Sria. Gral. de la OEA, Washington, D.C., EUA, 1972.
11. América en Cifras, 1974. *Situación demográfica, estado y movimiento de la población*. Sria. Gral. de la OEA, Washington, D.C., EUA, 1974.
12. MOLINA, OIT. *La planificación familiar en el régimen de la seguridad social*. Primer Congreso de Planificación Familiar en Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá, Guatemala, noviembre, 1973.
13. DA SILVA, MELO R. DR. *Primer seminario de pediatría y bienestar de la familia*. Noviembre, 1973, IPS, Asunción, Paraguay.
14. GÓMEZ, V. *Algunos resultados de las encuestas comparativas de fecundidad en América Latina relacionadas con la participación femenina en actividades económicas*. CELADE, Documento c/145.
15. Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Población y Trabajo*. Ginebra, 1973.
16. DE JARDÍN, J. DR. *Discurso en la ceremonia inaugural de los seminarios médicos-sociales*. Congreso conmemorativo de los XXX años de iniciación de los servicios médicos del IMSS, México, enero, 1974.
17. STILON, DE PIRO M., OIT. *Social security and family planning. Arabia regional employers*. Seminar on Population and Family Welfare Planning, Beirut (Lebanon), AES/PFP/ 1974/D.S.

18. IMSS-OIT. *Seminario latinoamericano de planificación familiar para médicos de instituciones de seguridad social*. CPISS-CIESS, octubre, 1975, México.
19. MOLINA-OIT. *Protección materno infantil y su proyección en las políticas de planificación familiar*. Informe OIT, IV CAMSS, Asunción, Paraguay, del 22 al 27 de septiembre de 1974.
20. Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. *Acción de la conferencia, resoluciones, 1946 a 1974*. México, CPISS, 1975.
21. IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. *Resoluciones, IV Sesión, PPF*. Asunción, Paraguay, 1974.
22. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
23. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Encuesta*. OIT-CAMSS/PF, 1976.
24. Instituto Salvadoreño de Seguridad Social. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
25. Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
26. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
27. Caja Costarricense de Seguridad Social. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
28. Caja de Seguro Social (Panamá). *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
29. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
30. Instituto Dominicano de Seguros Sociales. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
31. Instituto Colombiano de Seguros Sociales. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
32. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
33. Seguro Social del Perú. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
34. Instituto Boliviano de Seguridad Social. *Encuesta*. OIT-CAMSS/PF, 1976.
35. Instituto de Previsión Social del Paraguay. *Encuesta*. OIT-V CAMSS/PF, 1976.
36. PELLECCER GÓMEZ, JORGE DR., Subgerente Médico. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
37. AGUJA, JAVIER DR., Asesor Médico. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
38. PENADOS DEL BARRIO, JULIO DR., Jefe de Medicina Preventiva. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
39. AVILA NAVAS, ALBERTO DR., Jefe de la Sección de Registros Médicos y Bioestadística. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
40. CASTELAZO AYALA, LUIS DR., Subdirector General Médico. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Entrevista personal*. 1976.
41. SCARPITA HERRERA, ARTURO DR., Titular del Departamento de Planificación Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Entrevista personal*. 1976.
42. ROMERO GARCÍA, ARMANDO DR., Jefe de Logística, Depto. de Planificación Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Entrevista personal*. 1976.
43. GUILLAUMIN, JUAN DR., Subjefe del Departamento de Bioestadística. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Entrevista personal*. 1976.
44. DE HAISS CONTRERAS, MAURICIO DR., Subdirector Médico General. Instituto Salvadoreño de Seguro Social. *Entrevista personal*. 1976.
45. ESMAHAN GRANADOS, TAUFICK DR., Titular del Departamento de Planificación. Instituto Salvadoreño de Seguro Social. *Entrevista personal*. 1976.
46. MENDOZA T., RICARDO S. DR., Jefe de Medicina Preventiva. Instituto Salvadoreño de Seguro Social. *Entrevista personal*. 1976.
47. REGALADO C., SALVADOR ING., Director General. Instituto Salvadoreño de Seguro Social. *Entrevista personal*. 1976.
48. RIVERA MEDINA, HUMBERTO DR., Director General. Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Entrevista personal*, 1976.
49. PINEDA MONTOYA, GLADYS A. SRA., Titular del Departamento de Estadística y Actuaría. Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
50. M. DE BELLO, GLADYS LIC., Titular del Depto. de Estadística. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
51. LACAYO, ROLANDO DR., Director del Programa de Orientación Familiar. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
52. CHÁVEZ SOSA, REYNALDO ACT., Asesor Técnico y de Asuntos Internacionales. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.

53. MIRANDA GUTIÉRREZ, GUIDO DR., Subgerente Médico. Caja Costarricense de Seguro Social. *Entrevista personal*. 1976.
54. CARRASCO SOLANO, ARMANDO DR., Asesor del Programa de Planificación Familiar. Caja Costarricense de Seguro Social. *Entrevista personal*. 1976.
55. MELO VALDOMAR, LUZ E. SRITA., Subjefa de Estadística. Caja de Seguro Social (Panamá). *Entrevista personal*. 1976.
56. SÁNCHEZ CABRAL, ARÍSTIDES E. DR., Subdirector Médico. Instituto Dominicano de Seguros Sociales. *Entrevista personal*. 1976.
57. PUELLO PAGÁN, LUIS A. DR., Director Médico. Instituto Dominicano de Seguros Sociales. *Entrevista personal*. 1976.
58. VELASCO ASTUDILLO, PEDRO SR., Supervisor Médico. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. *Entrevista personal*. 1976.
59. ARANDIA, FLOR LIC., Asesor. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. *Entrevista personal*. 1976.
60. LUSINCHI, FRANCISCO DR., Director de Salud. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. *Entrevista personal*. 1976.
61. QUINTERO VERGEL, VOLMAR DR., Subjefe de la División Médica Nacional. Instituto Colombiano de Seguros Sociales. *Entrevista personal*. 1976.
62. BASAVE, VLADIMIR DR., Director Nacional Médico Social. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
63. CEVALLOS PAZMIÑO, EDUARDO DR., Titular del Departamento Nacional de Medicina Preventiva. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
64. BARRERA, HUGO E. DR., Titular de la División de Programación y Evaluación. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
65. LI VERÁSTEGUI, HUMBERTO LIC., Titular de la Dirección de Programación y Racionalización. Seguro Social del Perú. *Entrevista personal*. 1976.
66. CHÁVEZ FERRER, JULIO DR., Gerente General. Seguro Social de Perú. *Entrevista personal*. 1976.
67. DÁVILA M., ARMANDO DR., Caja Ferroviaria de Seguro Social (Bolivia). *Entrevista personal*. 1976.
68. BALDIVIESO, CARLOS DR., Técnico en Estadísticas. Instituto Boliviano de Seguridad Social. *Entrevista personal*. 1976.
69. DA SILVA M., RUBÉN DR., Instituto de Previsión Social (Paraguay). *Entrevista personal*. 1976.
70. OVIEDO, OSVALDO EDGAR DR., Director General. Instituto de Previsión Social (Paraguay). *Entrevista personal*. 1976.
71. BOETTNER, CARLOS RAÚL DR., Subdirector del Hospital Central. Instituto de Previsión Social (Paraguay). *Entrevista personal*. 1976.
72. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
73. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
74. Instituto Salvadoreño de Seguridad Social. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
75. Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
76. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. *Anuario y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
77. Caja Costarricense de Seguro Social. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
78. Caja del Seguro Social (Panamá). *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
79. Instituto Dominicano de Seguros Sociales. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
80. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
81. Instituto Colombiano de Seguros Sociales. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.

82. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
83. Seguro Social del Perú. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
84. Instituto Boliviano de Seguridad Social. *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.
85. Instituto de Previsión Social (Paraguay). *Anuarios y documentos estadísticos de diferentes fuentes*. Recolección en 1976.