

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXVI

EPOCA IV

Núms. 105-106

MAYO - AGOSTO

1977

MEXICO, D.F.

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

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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

INDICE

ESTUDIOS	Página
Nuevos enfoques para el estudio de la Seguridad Social en América Latina Ernesto Aldo Isuani.	7
Protección de los ingresos de los beneficiarios de la Seguridad Social en contra de la inflación: la experiencia extranjera Elizabeth Kreitler Kirkpatrick.	17
Investigación multidisciplinaria comparativa sobre los sistemas de Seguridad Social de América Latina Carmelo Mesa-Lago.	49
Desarrollo de los programas de Seguridad Social en Costa Rica. Universalización y extensión de los servicios médico asistenciales Dr. Fernando Naranjo V., Lic. Laureano Echandi V., Alvaro Viquez N., MI. Antonio Quesada S.	59
RESEÑA SOBRE EVOLUCION Y TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
Evolución y tendencias de la previsión social brasileira 1974-1976 Ministerio de Previsión Social y Asistencia Social. Secretaría de Previsión Social.	143
Avances en la Seguridad Social Boliviana Dr. Alfredo Bocangel Peñaranda.	155
Cuba: Evolución y tendencias de la Seguridad Social en el trienio 1974-1976 Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social. Dirección de Seguridad Social.	161
La reestructuración del Instituto de Seguros Sociales en Colombia Dr. Alfonso Miranda Talero.	177
Evolución y tendencias del régimen de seguros sociales en la República Dominicana 1974-1976 Instituto Dominicano de Seguros Sociales.	183
MONOGRAFÍAS NACIONALES AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL	
Seguro Social en la República de Honduras Lic. Mario E. Figueroa Flores, Lic. Ramón Cerrillos Olivera.	191

**RESEÑAS SOBRE EVOLUCION Y TENDENCIAS
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

CUBA

INVESTIGACION SOBRE EVOLUCION Y TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL TRIENIO 1974-1976 *

I. Información básica sobre reformas legislativas que propician la extensión de la Seguridad Social

a) *La Constitución de la República de Cuba*

Aprobada mediante referéndum, y vigente desde el 24 de febrero de 1976, elevó a rango constitucional los derechos contenidos en el sistema de seguridad social, Art. 46, la asistencia social, Art. 47, el derecho a la protección, seguridad e higiene del trabajo, Art. 48, y el derecho a la salud en el Art. 49.

La nueva ley fundamental que juega un importante papel en el proceso de institucionalización, prescribe en calidad de derechos y garantías fundamentales, los beneficios que hemos señalado.

El conjunto de beneficios que concede el régimen de seguridad social se encuentran en la ley básica de seguridad social, N° 1100 de 1963. Texto que comprende las prestaciones monetarias, en servicio y en especie.

Las prestaciones en servicio y en especie están constituidas por los siguientes beneficios:

- a) Asistencia médica y odontológica, preventiva y curativa, hospitalaria general y especializada;
- b) La rehabilitación y reeducación médico-social;
- c) El suministro de medicamentos y alimentación adecuada mientras el paciente se halla hospitalizado.

Estos beneficios son administrados por el Ministerio de Salud Pública, extensivos a toda la población y de modo íntegramente gratuito.

La Ley 1165 de septiembre de 1964 hizo extensivo el régimen de la Ley 1100 a los trabajadores por cuenta propia, cooperativistas pesqueros y carboneros y profesionales universitarios y no universitarios.

Desde 1961 la Ley 998 suprimió totalmente el descuento sobre el salario de los trabajadores como cotización a la seguridad social.

Las Prestaciones Complementarias están contenidas en un conjunto de resoluciones, cada una de ellas establece el régimen y su respectiva prestación. Entre éstas mencionaremos la número 258 para los trabajadores estudiantes; la número 88 que exime el pago del comedor obrero; la número 675 que concede el 100% del salario a los tuberculosos.

b) *Reformas legislativas de mayor importancia 1974-1976*

Ley 1258 ** de diciembre de 1973 que estableció un régimen de subvenciones destinado a los expropietarios de fincas rústicas indemnizados por

* Información proporcionada por el Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social. Dirección de Seguridad Social. Abril de 1977.

** No se informó trienio anterior.

la II Ley de Reforma Agraria de 1963, no aptos para el trabajo por razón de edad o incapacidad física. Su administración es de la competencia del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social y su financiamiento es con cargo a los fondos generales de seguridad social.

Ley 1263 de enero de 1974, de Maternidad, que mejoró el régimen vigente, prolongando de 12 a 18 semanas de licencia retribuida por este concepto. Esta prestación es administrada por los respectivos centros de trabajo y se financia con cargo a los fondos generales de seguridad social.

Ley 1322 de 30 de noviembre de 1976 de seguridad social de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. El personal de las FAR estaba incluido en la Ley 1100 de seguridad social, pero las particularidades de su desempeño profesional ha llevado a establecer este régimen especial, cuyo fundamento reside en las condiciones del servicio, singularizado por un constante sacrificio originado en el carácter específico de la actividad militar.

Con respecto a la seguridad social y su extensión, particularmente en el medio rural, debemos manifestar que la Ley 1100, en 1963 hizo aplicable sus disposiciones a todos los trabajadores que laboran en el campo; tanto en las granjas estatales, como para los trabajadores agrícolas de los pequeños propietarios rurales.

c) *En el curso del trienio se han celebrado los siguientes convenios bilaterales:*

1. Convenios de Asistencia Técnica, Capacitación e Intercambio de Información:

Con la República Democrática Alemana en 1975; Checoslovaquia, 1975; con Polonia y la URSS, 1976; Bulgaria y Hungría, 1976; con Angola en 1976.

2. Con México, para el intercambio de especialistas, con el centro de estudios universitarios de Xochicalco y el Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, en 1976.

II. Campo de aplicación

Para los efectos de la seguridad social la población que constituye la fuerza de trabajo en Cuba está formada por un sector ampliamente mayoritario de asalariados y un sector pequeño que comprende: profesionales, trabajadores por cuenta propia y algunos cooperativistas pesqueros y carboneros. La aplicación del régimen de seguridad social contenido en la Ley 1100 se extiende en forma íntegra a ambos sectores.

No hay en Cuba ninguna distinción de orden territorial, para la aplicación de la legislación de seguridad social, ésta es aplicada en todo el territorio nacional a todos los trabajadores. En estas circunstancias es inapropiado para nuestro caso hablar de "evolución de la extensión geográfica de la seguridad social".

Distinta es la situación de los trabajadores de alta edad de la base naval de Caimanera, Guantánamo, y a quienes el Servicio Civil de Estados Unidos, denegó el pago de sus prestaciones. La resolución 81 de 25 de noviembre de 1974, del Ministerio del Trabajo, los incorporó a la seguridad social e hizo extensivo los beneficios a sus familiares.

Las prestaciones de salud, administradas por el Ministerio de Salud Pública, son proporcionadas en forma gratuita a toda la población residente en Cuba, sin distinción entre trabajadores y no trabajadores.

III. Contingencias cubiertas y prestaciones

a) *Las contingencias o riesgos cubiertos por el sistema de seguridad social son los siguientes:*

Vejez, incapacidad y muerte; enfermedad común y accidente común; enfermedad profesional y accidente del trabajo y maternidad. Otras contingencias económico sociales a través del régimen de prestaciones complementarias y los estados de necesidad económica por intermedio de la Asistencia Social.

b) *En el régimen de prestaciones ordinarias distinguimos dos tipos, éstas son: de largo plazo y de corto plazo*

Prestaciones de largo plazo:

1. *Jubilación por vejez.* En la primera categoría, trabajos en condiciones normales: 25 años de servicios y 55 años de edad en las mujeres y 60 en los hombres. En la segunda categoría, trabajos en condiciones nocivas o peligrosas: 25 años de servicio y 50 años de edad en las mujeres y 55 en los hombres. Haber trabajado precisamente en trabajos de la referida categoría II no menos de 12 años en la época inmediata anterior a la prestación de su solicitud; o en su defecto, el 75% del total de su tiempo de servicio. En ambas categorías es requisito indispensable encontrarse activo al momento de presentar solicitud de jubilación.

El monto de la prestación: por los primeros 25 años de servicio, el 50% del salario anual, por cada año de servicio en exceso de 25 se incrementa el 1% para los trabajadores de I categoría y el 1.5% para los trabajadores de II categoría.

2. *Jubilación por incapacidad.* Requisitos: encontrarse vinculado laboralmente y en servicio activo al momento de producirse la incapacidad. Esta prestación se calcula según las reglas de la jubilación por vejez, sin que pueda ser inferior al 50% del salario. Se entiende por incapacidad el estado físico o mental del trabajador que le impide permanentemente, en grado total o parcial, realizar su trabajo como consecuencia de una enfermedad o lesión. Si la incapacidad se hubiere originado en enfermedad profesional o accidente del trabajo, se incrementa en el 10% de su propio monto.

Hasta hoy la legislación de seguridad social no ha establecido períodos de calificación; sin embargo, este problema es materia de intensos estudios en la actualidad.

3. *Pensión por causa de muerte.* Son causantes de esta prestación tanto los trabajadores en servicio activo, como los jubilados. El monto de ella varía según sus beneficiarios y es el 60% si hay uno, el 80% si son dos y el 100% de la respectiva jubilación si son tres o más.

Las prestaciones a corto plazo, vale decir los subsidios por enfermedad y accidente común y los subsidios por accidente del trabajo y enfermedad profesional y la licencia remunerada por maternidad.

En todos ellos, salvo la maternidad, es requisito suficiente encontrarse vinculado a un centro de trabajo. No es preciso un tiempo determinado de antigüedad en el trabajo.

El monto de la prestación: el 50% del salario promedio diario si no hay hospitalización y el 40% si la hay. En el accidente del trabajo y enfermedad profesional, el monto es el 70% si no hay hospitalización y el 60% si la hay.

Los subsidios se pagan por 26 semanas, prorrogables por otras 26. Si no se produce la recuperación, la Comisión de Peritaje respectiva debe pronunciarse por la incapacidad a los efectos de su jubilación.

La maternidad está protegida por una licencia remunerada equivalente a 18 semanas. La prestación es equivalente al salario promedio percibido en los últimos doce meses. Los requisitos de esta prestación son los siguientes: 1) la trabajadora debe estar expedientada; 2) haber trabajado a lo menos 75 días en los últimos doce meses.

El régimen de prestaciones complementarias

Surgidas como producto de la política revolucionaria aplicada a la solución de determinados problemas concernientes a necesidades de grupos específicos, en lo relativo a educación, salud o asistencia económica, no comprenden la cobertura frente a un riesgo en su sentido propio, sino que facilitan o coadyuvan a determinadas actividades.

El régimen comprende las siguientes resoluciones e instrucciones:

1. Resolución 258 de 25 de noviembre de 1967.

Concede a los trabajadores que se incorporan a determinadas carreras universitarias una subvención no reintegrable en sustitución del salario.

2. Resolución 83 de 4 de abril de 1968.

Establece una prestación económica con cargo a la seguridad social para el sostenimiento de la familia dependiente de los trabajadores jóvenes llamados al Servicio Militar General.

3. Resolución 675 (Convenio Ministerio de Salud Pública-Ministerio del Trabajo).

Fue adoptada con el propósito de contribuir a erradicar la tuberculosis pulmonar y evitar su propagación, facilitando la hospitalización de los trabajadores en fase activa, con derecho al disfrute del 100% del salario (prestación en vías de extinción por la erradicación de la enfermedad).

4. Instrucción 30 de 21 de diciembre de 1970.

Organizó el procedimiento para conceder a los trabajadores que aún no resulten propietarios de sus viviendas y a los jubilados la exoneración del pago del alquiler cuando los ingresos del núcleo familiar no resultaren superiores a \$25 mensuales per cápita.

5. Resolución 88 de 19 de noviembre de 1971.

Estableció una subvención para el pago de la alimentación a los trabajadores en los comedores obreros. Disfrutan de ella aquellos trabajadores cuyo núcleo familiar perciben un ingreso per cápita mensual no superior a \$25.

c) *Prestaciones a los beneficiarios a cargo*

Las prestaciones en servicio y en especie para los miembros dependientes de cualquier familia son gratuitas y para ellas no se exige ningún requisito. Están administradas por el Ministerio de Salud Pública. En cuanto a las prestaciones monetarias. La pensión de viudez y orfandad considera los siguientes beneficiarios con sus respectivos requisitos:

1. Viuda al abrigo y protección del trabajador. En ausencia de viuda la compañera que vivía en forma estable y singular, bajo el abrigo y protección del trabajador.

2. El viudo sexagenario o incapacitado para el trabajo o que en cualquiera de ambos casos carezca de medios de subsistencia y haya vivido al abrigo y protección de la trabajadora fallecida hasta la muerte de ésta.

3. Los hijos, incluyendo el adoptivo de uno u otro sexo, menores de 18 años y solteros; a los mayores de edad, solteros que se encuentren incapacitados total o permanentemente para el trabajo.

4. La madre y el padre, siempre que ambos carezcan de medios de subsistencia y hayan vivido al abrigo y protección del trabajador.

d) *Evolución cuantitativa y cualitativa*

En el período de crecimiento cuantitativo de las prestaciones por el aumento del gasto y de sus beneficiarios es el siguiente:

	Gasto	Beneficiarios
1974	553.4	503,500
1975	585.4	532,500
1976	609.4	560,800

El gasto se refiere exclusivamente a las prestaciones monetarias, no comprende las prestaciones en servicios y en especie que se conceden por los servicios de salud.

En cuanto a la evolución cualitativa reiteramos que las prestaciones del régimen de seguridad social son aplicables en todo el territorio nacional a toda la población trabajadora.

La tendencia al pleno empleo que caracteriza la economía socialista y la efectiva y constante incorporación de la fuerza de trabajo al proceso productivo son realidades que no han dado lugar a la elaboración de un seguro de desempleo.

Las prestaciones familiares están constituidas por múltiples formas de protección familiar, orientadas a disminuir o a suplementar el gasto. Entre

éstas, el otorgamiento masivo de becas en la educación secundaria, estipendios y becas para los estudiantes universitarios, limitaciones y exclusiones en el pago del arrendamiento, subvenciones para el estudio de carreras universitarias en el caso de los trabajadores.

IV. Financiamiento

El financiamiento de la seguridad social cubana está basado en un sistema financiero que se aproxima al que denominamos reparto simple con cargo al presupuesto estatal. La seguridad social forma parte de los fondos de consumo que se desglosan en salario y seguridad social y que se extraen del Producto Social Global y que se expresan en el presupuesto anual de la nación.

El seguro de enfermedad, que no existía antes de 1959, funciona como un servicio nacional público y gratuito, en cuanto a prestaciones en servicio y en especie se refiere. La fuerza de trabajo activa recibe, además, una prestación monetaria consistente en un subsidio por enfermedad o accidente.

V. Principios y características del Sistema Nacional de Salud *

La existencia de una organización de los servicios de salud en Cuba, que responda como un sistema, es un hecho reciente producto de las transformaciones ocurridas a partir de la toma del poder por la Revolución Socialista (1959).

Podemos resumir nuestra situación en esa fecha en los términos siguientes:

1. Ausencia de un sistema nacional de salud, de la elemental coordinación de los servicios existentes, y de programas verticales que aspiran a solucionar problemas prioritarios.

2. Insuficiencia cuantitativa de los servicios existentes. Pobre cobertura.

3. Baja calidad de los servicios estatales frente a una relativa mejor calidad de los servicios privados.

4. Todos los servicios eran de tipo curativo. No se hacía medicina preventiva.

5. Enseñanza de la medicina alejada de las necesidades sociales. Formación de un médico para la práctica privada asistencial-curativa.

Base de las transformaciones profundas ocurridas desde esa época en nuestro sistema son los principios que se han aplicado para su desarrollo hasta alcanzar la estructura y nivel actuales de los servicios:

1. La salud de la población es responsabilidad del estado

La mejor manera que hemos encontrado de formular, organizar y ejecutar una política nacional de salud para toda la comunidad es la integración de los componentes del sector salud, antes dispersos, en la estructura

* Tomado del libro "Cuba: Organización de los servicios y nivel de salud". Ministerio de Salud Pública. 1974.

del Ministerio de Salud Pública, organismo rector único de estas actividades.

Consecuencias de la aplicación de este principio ha sido la integración en la organización de salud de todas las instituciones de servicios médicos comprendidas las privadas e incluyendo las de la industria y comercio de los medicamentos, instrumental y equipo médico. La práctica privada en el sector salud se reduce a un pequeño número de médicos y estomatólogos que mantienen consultorios propios.

Así, nuestro Sistema Nacional de Salud presenta unificados la autoridad legal, administrativa y financiera en el Ministerio de Salud Pública.

2. Los servicios de salud están al alcance de toda la población

Esto es posible en la medida en que se alcanza una cobertura de servicios completa para todo el país en sentido físico, legal y económico.

La cobertura física la aseguramos mediante la dispersión de las unidades de servicio a lo largo y ancho del país, teniendo un significado de gran valor a este respecto, la cobertura de las áreas rurales.

La cobertura legal la garantizamos con una legislación que ampara el derecho pleno de la población al uso de los servicios, sin discriminación política, religiosa, racial o de cualquier otro tipo.

Las limitantes económicas para la población desaparecen al declararse gratuitos los servicios de salud en sus componentes más onerosos: hospitalización (incluidos los medicamentos), consultas médicas, exámenes de laboratorio y rayos X.

3. La comunidad participa activamente en los programas de salud

Todo proceso revolucionario promueve, descansa y se fortalece en un gigantesco movimiento de masas. La participación activa de las masas populares en todas las actividades que se desarrollan en el marco del proceso revolucionario es una constante en las transformaciones iniciadas en 1959 en nuestro país.

La aplicación de la línea de masas en el campo de la salud pública se hace posible mediante el contacto a todos los niveles con las organizaciones surgidas para el encauzamiento del movimiento popular, pero de modo principal, por el que se establece entre estas organizaciones de masa y la unidad básica de los servicios de salud a nivel local: el policlínico en zonas urbanas, el hospital rural en zonas rurales.

Las organizaciones que promueven y canalizan el movimiento de masas en Salud Pública son los Sindicatos, los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas y para el área rural, de modo específico, la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños.

Las tareas fundamentales desarrolladas con el apoyo de los activistas de salud de estas organizaciones han permitido especialmente.

- Elevar el nivel de educación para la salud de la población.
- Obtener el apoyo efectivo de la población para programas de salud (vacunación, exámenes masivos de salud, donación voluntaria de sangre).

- Estrechar las relaciones servicio-comunidad y médico-paciente.
- Aumentar la confianza de la comunidad en sus servicios de salud.

4. *Los servicios de salud tienen un carácter preventivo-curativo*

La medicina curativa, no obstante el perfeccionamiento continuo de sus técnicas, no puede asegurar por sí sola el mantenimiento de un alto nivel de salud de la población. La promoción y protección de la salud se imponen como actividades prioritarias cuando se trata de dar a la comunidad un elevado nivel de salud y por tanto de bienestar.

El Sistema Nacional de Salud creado en nuestro país ha dado a la práctica médica un contenido preventivo-curativo y ha desarrollado programas de gran alcance con objetivos precisos que han permitido obtener ya la erradicación de enfermedades como la poliomielitis y el paludismo.

Estas tareas se han desarrollado siempre sobre la base de integrar las actividades preventivas y curativas en los programas y centros de servicio de toda la Organización de Salud.

A estos principios debemos añadir, para una mejor comprensión de la organización de los servicios, las características principales de los mismos, entre las que se destacan en primer término la integridad del sistema y la planificación de las actividades.

El 1º de agosto de 1961 se dictó la ley en que se definen las funciones del organismo rector de la salud del país, el Ministerio de Salud Pública. Posteriormente se fueron incorporando al mismo, las organizaciones o empresas que en forma privada o de beneficencia realizaban actividades de salud incluyendo los balnearios minero-medicinales, laboratorios farmacéuticos, comercio de medicamentos, en fin, todos los componentes del sector, que así quedó integrado.

A partir de la promulgación de esta ley se inició y ha continuado un proceso de planificación de salud que ha permitido el establecimiento de planes partiendo de la política y estrategia trazadas para el sector, hechas explícitas a través de sus programas básicos: atención integral a la mujer y al niño, atención integral al adulto, control de enfermedades transmisibles, higiene urbana y rural, higiene de los alimentos y medicina del trabajo.

La existencia de una política para el sector, y el desarrollo de un proceso de planificación en el mismo, han hecho posible la integración de un sistema que ha probado su eficacia logrando una elevación importante del nivel de salud de la población en el decenio pasado.

Con el fin de facilitar la administración de este sistema y de poner al alcance de la comunidad los servicios de salud, se ha estructurado una organización en forma escalonada siguiendo los principios de la regionalización, donde una extensa red de servicios preventivo-curativos que dan cobertura a todo el país permiten que los niveles de atención estén perfectamente delimitados, relacionados entre sí y claramente jerarquizados.

En la dinámica de este sistema regionalizado se cumplen los siguientes criterios:

- Distribución de los servicios en distintos niveles y categorías de acuerdo a las condiciones geográficas y demográficas, los proble-

mas de salud de la población y las perspectivas de desarrollo de las comunidades.

- Vinculación escalonada entre todos los servicios que forman parte del sistema, desde los puntos de vista técnico y administrativo.
- Transmisión continua de información cruzada en relación con la atención al paciente y a la comunidad, emitida oportunamente por los servicios relacionados con ellos.
- Apoyo científico y técnico de las unidades más desarrolladas a las de menor desarrollo.
- Participación cruzada de profesionales, técnicos y personal en formación entre servicios de diferentes niveles y categorías.
- Clara definición del tipo de paciente o comunidad que debe ser atendido a los distintos niveles del sistema.

Las unidades de servicios básicos que integran el sistema (policlínicos y hospitales rurales) constituyen los elementos fundamentales de la red nacional de servicios. Es a través del “equipo de salud” de estas instituciones que se hace el contacto directo entre los programas de salud y el hombre y el medio que le rodea (hogar, escuelas, centro de trabajo), para brindarle atención primaria. El resto de las instituciones del sistema están en apoyo de la gestión primaria de estas unidades básicas, que sin duda son, por sus características, las más importantes.

El conjunto de todas las unidades, o lo que es igual, la organización como un todo, tiene la responsabilidad de la prestación de servicios integrales (prevención-curación-rehabilitación), así como de la docencia e investigación en salud.

Cada uno de los elementos de la red se han ordenado escalonadamente, de modo que a medida que los servicios se alejan del nivel básico se hacen más calificados de acuerdo con las demandas más especializadas de la población, prestando apoyo a las unidades básicas del sistema.

Los elementos de la organización se interrelacionan entre sí en forma horizontal cuando se encuentran a un mismo nivel, en forma vertical cuando pertenecen a niveles diferentes.

La estructura del sistema puede esquematizarse en forma de pirámide, en cuyo vértice se encuentra el organismo rector político y normativo, y en su ancha base, las unidades aplicativas.

En la organización se identifican tres niveles jerárquicos y cinco niveles de servicios.

NIVELES JERARQUICOS

Nivel central

Nivel provincial

Nivel regional

NIVELES DE SERVICIO

Servicios nacionales

Servicios provinciales

Servicios regionales

Servicios de áreas

Servicios de sector

El nivel central concentra la máxima autoridad, traza la política, elabora las normas y dirige y evalúa los programas de la organización, descentralizando en los niveles sucesivos la ejecución y supervisión de los programas delegando en ellos autoridad y funciones. El nivel programático básico es el regional, y el aplicativo el de área.

El nivel central jerarquiza a su vez los llamados servicios nacionales, constituidos por los institutos de investigación y unidades centrales de docencia y producción.

Al nivel provincial se subordinan las regiones y los servicios provinciales: hospitales, laboratorios de higiene y microbiología, bancos de sangre, unidades docentes de técnicos paramédicos y otros.

El nivel regional dirige los servicios regionales y los de áreas.

Los primeros son hospitales, hogares de recuperación, hogares de ancianos, clínicas estomatológicas, laboratorios de higiene y microbiología, droguerías, ópticas, etc. Los servicios del área de salud son los policlínicos y hospitales rurales (unidades básicas del área): los primeros para zonas urbanas y los segundos para zonas rurales.

Una extensión de los servicios del área son los de sector, cuando existen: puestos médicos rurales, escolares o industriales, farmacias.

Los factores que integran los núcleos de dirección de cada nivel jerárquico, el Ministerio a nivel central y direcciones provinciales y regionales a sus niveles respectivos, son similares, diferenciándose sólo por la simplificación del esquema en cada nivel inferior.

En los métodos de la administración del sistema cabe destacar por su importancia el concepto y papel de los llamados grupos que aparecen en los núcleos de dirección de los niveles central y provincial.

Los grupos los forman a su nivel los más destacados especialistas de las actividades de salud (cirujanos, ginecólogos, estomatólogos, epidemiólogos), que sin abandonar la práctica de su especialidad en su servicio aplicativo se integran a una función de dirección de las tareas de salud, normando, supervisando, evaluando a través de la organización, lo concerniente a las disciplinas que dominan.

Los administradores del sistema los orientan, recogen sus experiencias y opiniones que aplican de modo consecuente.

De esta forma el trabajo de dirección logra coordinar y enmarcar en una resultante definida las opiniones y experiencias de los exponentes más calificados de las distintas ramas de las ciencias de la salud del país, en apoyo de las decisiones que deben tomar los directivos de la organización de salud.

Este activismo científico en apoyo de la administración es a su vez una forma de democratización del proceso administrativo que permite un alto grado de participación de la masa de trabajadores científicos en la toma de decisiones.

Entre las actividades más destacadas realizadas por los grupos está su participación en la normación tecnoadministrativa de las actividades de los servicios. Hasta el presente se han establecido normas nacionales de Obstetricia, Ginecología, Pediatría, Medicina Interna, Docencia, Estadística y Administración, incluyendo esta última el Reglamento General de Hospitales.

Merece destacarse que todas las actividades de los programas de salud se integran en los servicios de la organización. Esto es una consecuencia del desarrollo de la infraestructura de los servicios, que puede soportar esta integración. Hoy no existen en el país programas de comando vertical.

Esto lo hace posible también la eficacia de la descentralización establecida, donde el área programática básica, la región, posee la autoridad necesaria para la dirección adecuada de los programas.

Actualmente existe en nuestro país un sistema de información de cobertura nacional que permite una oportuna y adecuada orientación en la toma de decisiones.

La supervisión y el control sobre el proceso administrativo se ejecuta sistemática y programadamente por todos los niveles de la estructura, lo que junto al sistema de información permite una corrección de los desvíos en el tiempo apropiado, dándosele especial atención a lo concerniente a la productividad.

El proceso de planificación del sector de la salud permitió la confección de planes y metas en el decenio que fueron logrados fundamentalmente por la existencia de una política y estrategia dentro del mismo.

La efectividad de la planificación obedeció fundamentalmente a que la misma no se convirtió en sustituta de la política, sino por el contrario, en elemento importante como instrumento de cambio.

Asimismo, no se desarrollaron grandes departamentos o direcciones de planificación, sino por el contrario, todo el equipo administrativo participó y se integró a este proceso de planificación dándole mayor calidad técnica.

El proceso de planificación del sector de la salud está incorporado a todo el proceso de desarrollo global del país.

Las inversiones se encaminaron fundamentalmente a los aspectos de construcción y adiestramiento, y se iniciaron los primeros pasos en la organización de la investigación.

Entre los problemas prevalentes puede señalarse que existe verdadero atraso en cuanto a la investigación operacional dentro del sector.

También existen vacíos dentro del proceso de planificación que requieren completarse para una mayor calidad de los planes.

El proceso evaluativo, si bien se ha iniciado, debe desarrollarse hasta llegar a verdaderos análisis de la eficacia de la gestión administrativa.

Siendo propósito declarado lograr el desarrollo más completo del proceso de planificación y administración del sector de la salud permitiendo el cumplimiento de las metas del sector en el presente decenio con la mayor eficacia y productividad, se ha propuesto:

1. Completar nuestro proceso de planificación de salud incorporándole nuevas técnicas que permitan una mayor racionalidad de los planes y programas.

2. Mantener la capacitación de recursos humanos en administración, planificación y sistemas de información.

3. Desarrollar investigaciones en administración y planificación.

5. Indicadores de recursos humanos y materiales de los servicios de salud

	1974	1975
a) Unidades de Servicio del Ministerio de Salud Pública:		
Hospitales	255	261
Policlínicos	336	339
b) Número de camas en hospitales:		
Número de camas en las instituciones hospitalarias (al final del año)		
M. camas	50.0	50.8
Número de camas por 10,000 habitantes	54.4	54.4
c) Número de médicos y estomatólogos:		
Número de médicos y estomatólogos M. per	9.9	11.3
Número de médicos y estomatólogos por 10,000 habitantes	10.8	12.1
Número de estomatólogos M. per	2.0	2.3
Número de dentistas M. per	0.8	0.9
Número de estomatólogos y dentistas por 10,000 habitantes	3.0	3.4

6. Dinámica de indicadores seleccionados de la salud

T a s a		1962	1965	1970	1974	1975
Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas	Por 100,000 habitantes	57.3	25.8	17.7	8.3	7.4
Porcentaje de nacimientos en instituciones estatales		64.0 *	73.6	89.7	96.6	98.7
Mortalidad infantil	Por 1,000 nacidos vivos	81.5	37.8	38.7	29.0	27.3
Mortalidad materna	Por 100,000 nacidos vivos	117.9	106.9	70.4	55.6	60.1
Mortalidad fetal tardía	Por 1,000 nacidos vivos	24.0	20.2	15.6	13.0	11.6
Mortalidad por tuberculosis	Casos	1,402	1,048	622	309	232
<i>Enfermedades de declaración obligatoria **</i>						
Fiebre tifoidea	Por 100,000 habitantes	14.8	3.1	4.9	3.7	4.0
Tuberculosis	Por 100,000 habitantes	...	65.0	30.8	15.4	14.2
Tétanos	Por 100,000 habitantes	9.0	6.6	2.6	1.0	0.7

* En 1963.

** No se consignan en la tabla algunas otras enfermedades de declaración obligatoria, tales como poliomielititis, difteria, meningitis tuberculosa y rabia humana, por haberse erradicado las mismas.

... No disponible el dato.

VI. La Seguridad Social en el campo

Hoy distinguimos tres categorías de personas protegidas dentro de los trabajadores en actividad laboral; éstos son: los obreros y trabajadores agrícolas que pertenecen a las granjas estatales; los obreros o trabajadores agrícolas que laboran para el pequeño agricultor; y los pequeños agricultores.

La inmensa masa de trabajadores agrícolas se encuentra sirviendo en las granjas estatales y una parte menor en las propiedades de los pequeños campesinos.

1. *Asalariados de las granjas estatales*

Tiene el mismo régimen de seguridad social que un trabajador urbano. No están en la obligación de cotizar y tienen derecho a recibir todos los beneficios del régimen, vale decir: jubilación por vejez, jubilación por incapacidad y pensión por causa de muerte, como asimismo, subsidio por enfermedad común y del trabajo y subsidio por accidente común o del trabajo, como igualmente todos los beneficios contemplados en la Ley de Maternidad y, por supuesto, todas las prestaciones en especie y en servicio que están, de modo gratuito, a disposición de todos los trabajadores.

Con la promulgación de la Ley 1100 en 1963 la totalidad de estos trabajadores quedó amparada por la seguridad social, pues ésta pasó a ser una responsabilidad del Estado. Los fondos y la administración fueron unificados.

Una de las dificultades que ha debido superarse en este sector es la relativa a la prueba de los años de servicios, por las mismas condiciones en que se organizaba el trabajo agrícola antes de la Revolución, no se llevaba el registro de los años de servicios prestados por los obreros agrícolas, simplemente dichos registros no existían, puesto que ellos carecían de seguro social. Para superar este problema se dictó la Resolución 1306 de 24 de marzo de 1964, que les permitió a los trabajadores en general, y que benefició en particular a muchos trabajadores agrícolas, rendir prueba de testigos con formalidades mínimas para acreditar los años trabajados y así hacer posible su jubilación.

2. *Asalariado del pequeño agricultor*

No se trata de una cantidad apreciable, pues la parte más gruesa de la fuerza de trabajo del pequeño campesino o la proporciona su misma familia o en condiciones de mucha necesidad, de un aumento circunstancial de esta fuerza, se efectúan movilizaciones o se les proporciona por las fincas estatales. No obstante, este trabajador también se encuentra sujeto al régimen de seguridad social de la Ley 1100. La forma de acreditar sus años de servicios es efectuada por el propio pequeño campesino si ha trabajado con él un tiempo considerable, o por medio de la base campesina de la ANAP (Asociación Nacional de Agricultores Pequeños) más próxima que colabora en estos controles. Los expedientes en estos casos son sustanciados por los Consejos del Trabajo de las Granjas Estatales que estén más cercanas al respectivo predio.

3. *Los pequeños agricultores*

Su fuerza está compuesta por 193,500 campesinos poseedores de tierra, que en su conjunto reúnen 177,800 caballerías (equivalentes cada caballería a 13,4 hectáreas). Se encuentran organizados en la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños que comprende a 6,164 unidades de base con distintas formas de organización. Estas son:

- Sociedades Agropecuarias.
- Cooperativas de Crédito y Servicios.
- Asociaciones Campesinas.

Las Agrupaciones Campesinas

a) *Las Sociedades Agropecuarias*

Se constituyen por tiempo indefinido mediante acuerdo de un grupo de agricultores para cultivar la tierra en común y fomentarla en condiciones de rendimiento y calidad. Reciben y aplican recursos y asistencia técnica y venden las cosechas que conjuntamente se produzcan. La tierra de cada campesino se aporta a la sociedad. No tienen obreros asalariados, aunque los obreros que tengan alguna finca que pase a la sociedad pueden formar parte de ésta por aceptación de todos sus miembros.

b) *Cooperativas de Crédito y Servicio*

Se trata de campesinos que se agrupan a los efectos de recibir en común tanto créditos del Estado como recursos materiales, ayuda técnica, etc. Al agruparse, a diferencia de la sociedad, cada uno conserva la propiedad de la tierra y en su área puede contratar obreros. Sus ventas al Estado son directas y reciben individualmente los beneficios de sus cosechas.

c) *Las Asociaciones Campesinas*

Las Asociaciones Campesinas pueden estar integradas, además, de las siguientes formas:

En planes integrales: Se aporta la tierra al Estado para que éste la incorpore al plan estatal, a título de arrendamiento. El pequeño campesino puede trabajar en el plan como obrero agrícola asalariado, recibiendo por tanto los beneficios de la seguridad social, con independencia de su otro ingreso.

En planes dirigidos o especializados: El campesino se pone en coordinación con el plan o granja estatal para destinar la tierra a determinado cultivo. El plan estatal le asigna fuerza de trabajo que le paga y que posteriormente con la liquidación de la cosecha le descuenta.

Garantía de los riesgos fundamentales y mantenimiento del nivel de ingresos de los pequeños agricultores

1. La resolución 120 del Instituto Nacional de la Reforma Agraria, de 20 de abril de 1966, dispuso que los propietarios que por ser de avanzada

edad o estar incapacitados para el trabajo manifiesten su deseo en transmitir sus tierras al Estado, pueden optar entre el pago total del precio de la finca o recibir una renta vitalicia cuyo monto mínimo es de 40 pesos mensuales, pudiendo llegar a un monto máximo de 120 pesos mensuales; suma que se determina según el valor de la finca y las necesidades familiares y situación económica del interesado.

El propietario puede conservar la vivienda que se encuentre dentro de la finca si ésta es su única vivienda.

La Resolución 177 del propio INRA, de 30 de noviembre de 1967, autorizó la transmisión de este beneficio a los familiares en caso de fallecimiento.

En la actualidad (1976) reciben renta vitalicia 27,057 campesinos.

Paralelamente se fueron adoptando distintas medidas de contenido social y económico que benefician a los trabajadores rurales, para resolver situaciones que se fueron presentando no contempladas en la Ley, tales como la creación de jubilaciones para más de 7 mil ancianos sobrevivientes de los braceros antillanos introducidos en Cuba en los años próximos a 1920 para el trabajo agrícola; a los jóvenes trabajadores agrícolas o industriales llamados al Servicio Militar cuando constituyen parte o único sostén de la familia; a los que enferman de tuberculosis pulmonar con el pago del ciento por ciento del salario mientras dure el tratamiento médico; a los núcleos de trabajadores con ingresos insuficientes, con medidas como la exención del pago de la vivienda o el otorgamiento de una subvención para el pago del comedor obrero, o ambas.

Además, con el propósito de garantizar que no exista una sola persona desamparada en el seno de nuestra sociedad, se estableció la Asistencia Social, la cual brinda auxilio económico y otros servicios a las personas carentes de ingresos que no estén comprendidas en la Ley de Seguridad Social.

La Ley 1100 abarcó también el Seguro de Maternidad. Antes de la Revolución muy pocas trabajadoras recibían los beneficios de esa protección social y el 14 de enero de 1974 una nueva legislación fue promulgada (Ley 1263), que regula con toda amplitud las consideraciones, los derechos y protección que nuestra sociedad concede a la madre trabajadora.

El ingreso real de los núcleos familiares de los trabajadores del campo, obreros y campesinos, se elevó considerablemente. El pleno empleo, los salarios decorosos, la gratuidad en la atención médica, la educación generalizada y gratuita y la seguridad social significaron el fin de la condición de miseria en que vivían sumidos; surgió un mercado capaz de absorber y estabilizar la producción que el campesino pudiera lograr en su parcela. Se creó la red de tiendas del pueblo para abastecer de artículos de consumo a la población rural a los mismos precios que en la ciudad.