

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXX

EPOCA V

Núms. 131-132

TOMO II

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE

1981

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO  
DE 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

	<i>Pág.</i>
VII CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL . . . . .	7
INFORMATICA Y ESTADISTICA APLICADAS A LA INVESTIGACION PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS.	
Documento preparado por la Comisión Americana Médico Social	9
MODELO DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL AREA MEDICA.	
Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social . . . . .	29
EXTENSION DEL CAMPO DE APLICACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL A SECTORES MARGINADOS, URBANOS Y RURALES.	
Documento preparado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social . . . . .	59
CRITERIOS DE ENFOQUE DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Documento preparado por la Comisión Americana Jurídico Social . . . . .	83
IX REUNION DE LA COMISION AMERICANA DE ACTUARIA Y ESTADISTICA . . . . .	127
TEMARIO . . . . .	129
MESA DIRECTIVA DE LA COMISION . . . . .	131
PROGRAMA . . . . .	133

**VII CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

En este Tomo II se publican las ponencias presentadas en la tercera y en la cuarta sesiones plenarias.

**CRITERIOS DE ENFOQUE DE LA UNIVERSALIZACION  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

COMISION AMERICANA JURIDICO SOCIAL

Coordinación:

*Lic. Fernando Zertuche Muñoz*  
Secretario General del IMSS

*Lic. Enrique Lombera Pallares*  
Jefe del Departamento de Asuntos  
Internacionales

Investigación:

*Lic. Olga Palmero Zilveti*  
Subjefe del Departamento de Asuntos  
Internacionales

## CONTENIDO

- I. A manera de presentación.
- II. Marco general.
- III. Enfoques doctrinales.
  - 3.1 Criterios cuantitativos y cualitativos.
- IV. Universalidad de prestaciones médicas.
  - 4.1 Universo de personas.
- V. Los alcances actuales de la cobertura de la seguridad social en América Latina y la universalidad.
- VI. Sistemas Nacionales de Salud y Sistemas Nacionales de Seguridad Social.
  - 6.1 Referencias de otros sistemas de países desarrollados.
  - 6.2 América Latina.
    - 6.2.1 El Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud de Chile.
    - 6.2.2 Hacia un Sistema Nacional de Salud. Caso de Argentina.
    - 6.2.3 Un Sistema Nacional de Seguridad Social. Experiencia de Brasil.
    - 6.2.4 La universalización de Seguridad Social en Costa Rica.
    - 6.2.5 La Seguridad Social y los Planes de Desarrollo en Panamá.
    - 6.2.6 La unificación cubana y la dimensión asistencial de la seguridad social.
    - 6.2.7 México y la solidaridad social en el contexto de la marginalidad.
    - 6.2.8 La participación de la seguridad social en las políticas de salud en Bolivia.
    - 6.2.9 Nicaragua y su modelo de extensión.
    - 6.2.10 Perú y la unificación administrativa de su Sistema de Seguridad Social.
- VII. Consideraciones finales.
- VIII. Bibliografía.

## **I. A manera de presentación**

Como continuación de las actividades técnicas dirigidas a realizar estudios comparativos entre diversos países de América Latina, indispensables en el campo de la seguridad social, y obediendo al impulso recibido por la Comisión Americana Médico Social, se celebra en esta ocasión el 7º de los congresos americanos de medicina de la seguridad social, evento en el que se discutirán algunos temas de actualidad, cuyo contexto permite apreciar su calidad como factores coyunturales de la seguridad social.

En este amplio marco, y como aportación de la Comisión Americana Jurídico Social, se presenta este estudio en el que se pretenden señalar algunos criterios seguidos en diversos países, en cuanto a la llamada universalización de la seguridad social.

Reduciendo, en lo posible, el análisis conceptual de la seguridad social, que rebasaría nuestro compromiso, se enfoca este estudio a ciertos criterios, del todo necesarios, en un planteo del perfil de la seguridad social moderna, que permite referirla a uno de sus objetivos, no del todo entendido en la misma dimensión, que es el de la universalización de su cobertura.

Resulta, asimismo, inevitable hacer continuas relaciones al amplio contenido económico y social de la seguridad social, en cuya dimensión se permite el encuadre comparativo entre sistemas de seguridad social de países desarrollados y países en vías de desarrollo. El Nuevo Orden Económico Internacional, concebido como una de las bases de estas relaciones internacionales, demanda en la actualidad crecientes compromisos de situar las problemáticas económicas y sociales dentro de un enfoque de mayor envergadura.

Si bien a lo largo de este trabajo resulta que no es posible analizar la seguridad social en cada país teniendo en cuenta las interrelaciones económico sociales de ésta dentro de objetivos nacionales del desarrollo, se podrá en cambio apreciar que se trata de señalar algunas estrategias y mecanismos seguidos por los sistemas en cuanto a lograr a corto, mediano o largo plazo la universalización de su cobertura, básicamente en el campo de la salud.

Por ello, se mencionan aspectos del contenido de las políticas de salud, particularmente en América Latina, se tratan puntos vinculados con la racionalización de los sistemas, limitaciones estructurales, compatibilidades entre planes de salud y convergencia dentro de éstos de la seguridad social, detectando en lo posible las etapas hacia una universalización.

## **II. Marco general**

Como una de las bases más importantes para las relaciones entre todos los pueblos y todas las naciones, se consagra por la ONU el establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional, basado en la equidad,<sup>1</sup> la igualdad soberana, interdependencia y la cooperación, para corregir las desigualdades, reparar las injusticias sociales entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, garantizando un desarrollo económico y social que se acelere en la paz y la justicia.

<sup>1</sup> Véase: Declaración de la VI Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU, 9 de abril a 19 de mayo de 1974.

Este replanteo frente al actual orden económico internacional —“en contradicción directa con la evolución de las relaciones políticas y económicas internacionales en el mundo contemporáneo”—, señalado así en la Declaración a que se alude, significa asimismo una revisión profunda de las acciones que se desarrollan en materia de política social y dentro de ésta de la seguridad social, como uno de los instrumentos de esa política.

A su vez, una seguridad social integral concebida en su articulación más o menos creciente, en diversas latitudes, con políticas nacionales de salud, presenta en la actualidad la necesidad de un análisis detenido de sus objetivos. Entre éstos destaca como uno de los prioritarios la llamada universalidad de su cobertura; convergencia de las más variadas apreciaciones y de una gama incuestionablemente profusa de alternativas.

Se yergue así, en base también a lo consagrado en otros foros internacionales, la urgencia de un replanteo de los objetivos y de la acción desarrollada en consecuencia, en diferentes comunidades internacionales para lograr la protección y la promoción de la salud en los países.

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud<sup>2</sup> considera que “el desarrollo económico y social basado en el Nuevo Orden Económico Internacional es de importancia básica para el logro completo de la salud para todos y para la reducción de la *brecha* entre el estado de salud de los países en desarrollo y los desarrollados”.

De la Declaración de Alma-Ata emana el compromiso de una acción urgente<sup>3</sup> de todos los gobiernos, de todos los trabajadores de la salud y del desarrollo y de la comunidad mundial para proteger la salud de todos los pueblos del mundo y, a la vez que se señala la responsabilidad de todos los sectores, marca un plan de acción, cuyas principales metas serán el lograr la incorporación y fortalecimiento de la atención a la salud dentro de los planes de desarrollo nacional, con énfasis especial en los programas de desarrollo rural y urbano y la coordinación de las diversas actividades de los sectores relacionados con la salud.

A su vez, paralelamente, la seguridad social como parte de esa política de salud y en cumplimiento de sus propios objetivos tiene por delante un reto de una enorme envergadura: lograr una universalidad de su cobertura, enfocada las más de las veces en una generalización de las prestaciones médicas, hacia toda la población nacional.

Es esa llamada universalidad también podría señalarse una gran diferencia, tal vez brecha, que existe entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo.

De ahí que en un panorama mundial de seguridad social hacia la universalización, se pueda observar una gran variedad de soluciones que, como expresa Netter<sup>4</sup> “no son tanto el resultado de concepciones divergentes cuanto la expresión de un desarrollo desigual en función de la evolución histórica de las instituciones sociales de la estructura política y del nivel económico alcanzado en cada país”.

De esta manera, en una visión de conjunto, se podrá encontrar los más variados enfoques en cuanto a los mecanismos seguidos en diversos países para generalizar o universalizar la seguridad social.

<sup>2</sup> Véase: Declaración de Alma-Ata adoptada por la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978.

<sup>3</sup> *Opus cit.*, *Idem*.

<sup>4</sup> Netter, F. “La seguridad social y sus principios”, Librería Sirey, 22 Rue soufflot, Paris pp.

Nuestro propósito en el presente estudio no es el de hacer una confrontación entre sistemas generalmente conocidos como universalizados con otros sistemas en incipiente estado de desarrollo, sino contribuir al análisis de los diversos estadios en que se encuentran los seguros sociales hacia la seguridad social en los países de América Latina, aunque éste sea referido comparativamente con otros países del mundo.

De ahí que el valor práctico de un estudio internacional "consista tal vez en utilizarlo para saber qué se ha hecho en otros países y por qué, y qué ocurrió después, cuando el programa, llegado ya a su completo desenvolvimiento, tuvo que hacer frente a tensiones y dificultades, sin duda en buena parte imprevistas".<sup>5</sup>

### III. Enfoques doctrinales

Como uno de los principios básicos en materia de seguridad social se ha entendido desde hace algún tiempo el de la universalidad. En las investigaciones modernas se hace referencia constante al cumplimiento de este principio, como una premisa, a la vez que como un objetivo ulterior al cual se orientan los regímenes. Es por lo tanto este principio, inmerso en la doctrina, el reto contemporáneo de la seguridad social.

A pesar de su aparente concreción terminológica, la universalidad implica un análisis del alcance y contenido de la propia seguridad social y de los sistemas que se constituyen en los medios idóneos para el desarrollo de ésta. Así, en la medida que a través de la extensión paulatina de los sistemas, se capte las políticas de seguridad social, su articulación con otras políticas nacionales de salud, empleo, educación, entre otras, y su consideración dentro de los objetivos del desarrollo, se podrán encontrar criterios cualitativa y cuantitativamente diferentes en un plan de universalización de sistemas de seguridad social.

Este mismo concepto de universalidad parece ser diferente entre sistemas que avanzan hacia una generalización de la seguridad social hacia toda la población y los que, gracias a diferentes mecanismos, han logrado la cobertura nacional.

Por ello, un análisis detenido de esta llamada universalidad conduce a una problemática de más amplia envergadura en la que existen cuestionamientos del contenido, de las tendencias captadas en las múltiples realizaciones registradas en diversas regiones y de situaciones que ponen en discusión el futuro previsible de la protección generalizada en diversos países.

Parecería, por lo tanto, del todo necesario definir el contenido de la seguridad social a universalizar. En este ámbito se pueden apreciar las contrastantes realizaciones sustentadas en una *doctrina más o menos similar*, pero que referidas a la población o a la política en sí de seguridad social difieren notablemente. Por un lado, se concibe a la seguridad social desde un enfoque dirigido a reparar las consecuencias de la disminución o pérdida de la capacidad de ganancia de los trabajadores, hasta el desarrollo de amplios programas nacionales de bienestar social. Por el otro lado, se capta desde un concepto de generalización y obligatoriedad de los seguros sociales, hasta la consideración de una seguridad social como instrumento

<sup>5</sup> Fulcher, Derick. "Sistemas de Asistencia Médica", Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza, 1975, pp. 9-10.

de la política social e incorporada dentro de los planes nacionales de desarrollo.

De ahí que resulte importante situarse con un criterio de practicidad y, siguiendo con ello orientaciones muy valiosas de estudiosos en esta materia, en un plano de referencia directa de los sistemas que, convertidos en instrumentos de la seguridad social, tienen una dinámica de expansión creciente; tratando de captar, dentro de esa dinámica, el sentido, o sea, la política inmersa en esa extensión.

Lejos, por lo tanto, de definir la seguridad social, nos ubicamos en el hecho de una universalidad a la que se orientan los sistemas, tratando de señalar entonces la viabilidad de ésta y los diferentes casos en los que se adoptan mecanismos que parecen idóneos para lograrla.

En lo general, no obstante de que en un panorama internacional se observe una convergencia doctrinal en materia de universalidad, existen diferentes criterios de enfoque en algunas regiones.

Así, en América Latina se observan además otros elementos. Una simple mirada retrospectiva de los seguros sociales y su llamada "implantación", iniciada a comienzos del siglo, pone en evidencia también un largo proceso seguido desde la creación en varios países de instituciones de seguros sociales, prácticamente funcionando en sus inicios como compartimientos estancos, hasta el momento actual en que se observa la transformación paulatina de algunos seguros sociales en sistemas nacionales, que tratan, a la vez que de obtener una mayor congruencia interna, una articulación creciente en los procesos mismos del desarrollo económico y social a nivel nacional.

Por ello, en este proceso en el que convergen factores pluridimensionales, se puede notar que a pesar de que se están apreciando continuamente las repercusiones recíprocas e interrelaciones de factores sociales y económicos y seguridad social, las políticas seguidas de generalización o universalización presentan diversos estadios en cada región y en cada país.

Si bien el enfoque conjunto de esta situación en América Latina podría abundar en el énfasis de una tendencia de universalidad, no es la misma apreciación la que puede hacerse cuando se trata de un sistema de seguridad social, con características de reducida cobertura poblacional que no puede ser estrictamente captado para su relación con los objetivos del desarrollo a nivel nacional. Esta relación causa-efecto, resultaría indudablemente más viable de ponderar cuando se trata de sistemas nacionales que están en vías de universalización de la seguridad social.

Los conflictos contemporáneos de la seguridad social difieren así, también entre los países que han alcanzado universalizar la seguridad social —bajo diferentes criterios— y los que manifiestan una tendencia hacia ese objetivo. Entre los primeros, principalmente los países desarrollados, se cuestionan también aspectos básicos como el efecto redistributivo de la seguridad social, la conveniencia de la estructura centralizada o no de los sistemas, el papel del Estado, la participación del sector privado y otros puntos sobresalientes de la seguridad social moderna.

Los países de América Latina, y otros países del Tercer Mundo, sin dejar a un lado la consideración de estas situaciones incuestionablemente importantes en seguridad social, tienen por delante un reto inmediato de lograr la generalización, que es propuesta, en casos, como una extensión de prestaciones médicas a los sectores no cubiertos actualmente por los sistemas, generalmente de población rural.

En este sentido, si bien es cierto que la seguridad social en América Latina se ha ido extendiendo paulatinamente a la población cubierta, en atención a criterios poblacionales de debilidad económica, marginalidad y otros, podría afirmarse que esta progresiva evolución de la seguridad social permite observar que hay más colectivos integrados a su protección pero también, con todo, aún parece lejos de la extensión universalizada.<sup>6</sup>

Detengámonos por ello en algunas interrogantes: ¿Existe un límite a la generalización de la seguridad social? ¿Cuál es el contenido de la universalidad? ¿Se podría hablar del supuesto de que la extensión de prestaciones médicas de la seguridad social significa la universalidad? ¿Cuál es el alcance y las repercusiones de extensión universal en cuanto a prestaciones diferidas? ¿Existe un criterio de selectividad en cuanto al señalamiento de requisitos para las prestaciones universales?

Estas y otras interrogantes se pretende contestar a lo largo de este estudio, valiéndonos de una comparación de los medios de la seguridad social, o sea los sistemas, y situando estos últimos en un marco internacional de comparatividad posible entre países de América Latina y otros, caracterizados por el mayor alcance de sus políticas universales de seguridad social.

Pensamos que cualquier selección de países a tratar resulta arbitraria, además como expresa Fulcher<sup>7</sup> en su libro sobre Sistemas de Asistencia Médica, en que trata modelos de 10 países industrializados, "la elección de un régimen no supone la elección de un conjunto de elementos inseparables", y la razón de su selección es precisamente porque en éstos se aplican regímenes muy diversos.

### 3.1 Criterios cuantitativos y cualitativos

Parecería, desde un punto de vista general, que no hay una discusión de lo que significan los límites de la generalización, o sea, la cobertura en este caso, enfocada a las prestaciones médicas cuyo universo se delimita con la incorporación de toda la población nacional.

Sin embargo, los seguros sociales desde su inicial implantación en los países europeos y posterior estructuración en otros países del mundo, al ir extendiendo su campo de aplicación en cuanto a la población y a las contingencias, han ido transformando paulatinamente sus estructuras y buscando nuevos mecanismos para hacer viable esta extensión.

Esta dinámica, a la que invariablemente se alude en múltiples estudios de seguridad social, pretendería, en algunos casos, justificar la razón misma de la existencia de algunas instituciones administradoras de los seguros sociales, sean éstas de regímenes generales o de regímenes especiales en cuanto al sector cubierto o a contingencias.

No se trata por ello, al referirnos a este campo, de cómo ha operado en diversas latitudes la política de expansión de la seguridad social, sino de ver el sentido y la dirección en esa extensión generalizada, esto es, el cuestionamiento del criterio seguido para lograrla.

Ya lo advierte Dupeyroux al referir que la tediosa repetición de temas mil veces tratados, según los cuales la seguridad social se extiende conti-

<sup>6</sup> Almanza Pastor, José Manuel. "Del Riesgo Social a la protección de la necesidad". *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, N° 6, noviembre-diciembre 1971, pp. 1615.

<sup>7</sup> *Opus cit.*, Fulcher, D. "Sistemas de Asistencia Médica", p. 10.

nuamente a nuevas categorías sociales y protege a sus beneficiarios contra riesgos cada vez más numerosos y asegura prestaciones cada vez más elevadas, termina por sugerir una dinámica de extensión permanente, que la seguridad social está llamada a mantener.<sup>8</sup> En efecto, si la teoría general de la seguridad social permanece invariable, es quizá porque se ha insistido más sobre la evolución de los derechos positivos que sobre el sentido profundo de esa evolución y sobre su meta futura.<sup>9</sup>

La universalidad operaría entonces, ¿como una consecuencia natural de la extensión? Este asunto indudablemente debe ser referido al contexto económico y social de cada país.

Diferenciando conceptos de seguridad social en contraposición con la previsión social, Almanza Pastor<sup>10</sup> hace un esquema comparativo en campos de universalidad subjetiva, generalidad objetiva e igualdad protectora. Detengámonos un poco en el planteo de este tratadista español. Por universalidad subjetiva establece una diferencia en el sentido de que si en el seguro social quedaban comprendidos en su campo de aplicación los trabajadores (con raras excepciones), en atención a su estado de debilidad económica, en la seguridad social tiende a proyectarse la protección sobre toda la población nacional.

Este enfoque de universalidad parece ser el seguido, al menos doctrinariamente, en la mayoría de los sistemas de seguridad social. Es decir, sin considerar, por lo menos de momento, la estructura de un sistema, éste extendería en bases más o menos similares la seguridad social paulatinamente hasta cubrir toda la población nacional. Desde este ángulo se podría considerar, por ejemplo, que los sistemas de seguridad social inglés, neozelandés, danés y otros, han logrado alcanzar la universalidad ya que cubren a la totalidad de sus poblaciones nacionales.

Si se relacionara con la región americana, podría mostrarse y con algunas limitaciones la convergencia de acciones de universalización, entre otros, de los sistemas costarricense, mexicano, chileno y brasileño de seguridad social, básicamente, por su extensión a sectores no contributivos.

Sin embargo, y siguiendo estos mismos lineamientos, se encontraría un aspecto que bajo el rubro de generalidad objetiva<sup>11</sup> implica que si bien el seguro social protege las consecuencias económicas de la pérdida o disminución de la capacidad de ganancia, la seguridad social se orienta a proteger "todo desequilibrio entre las necesidades y los medios con que se cuenta para satisfacerlas".<sup>12</sup>

Este enfoque indudablemente lleva implícito un criterio cualitativo de extensión, este es un contenido mucho más amplio en cuanto a la protección económica, y no simplemente una ayuda a la necesidad.

Volviendo a relacionar con sistemas a los que antes se aludió se encontraría que si bien éstos han logrado una cobertura universal en cuanto a personas amparadas, ésta no lleva implícita que se atiendan todas las necesidades o que se encuentre un equilibrio por seguridad social entre esas necesidades y los medios con que se cuenta para satisfacerlas.

<sup>8</sup> Dupeyroux, Jean Jacques. "Nuevas consideraciones sobre la teoría general de la seguridad social". *Boletín del Instituto de Previsión Social*, Buenos Aires, Argentina, mayo 1962, p. 381.

<sup>9</sup> Dupeyroux, J.J. *Opus cit.*, p. 380.

<sup>10</sup> Almanza Pastor, J.M., *Opus cit.*, pp. 1609-1611.

<sup>11</sup> Almanza Pastor, José Manuel. *Opus cit.*, pp.

<sup>12</sup> Citado por Almanza Pastor. *Opus cit.*, *Ibidem*, de: Venturi y Cannella, p. 1610.

El principio de la igualdad protectora<sup>13</sup> sólo puede ser analizado en los países en que se aplica la teoría del riesgo social, esto es, otorgar en idéntica cuantía las mismas prestaciones en situación de necesidades sin atender a la causa productora ni exigir un requisito previo de cotización. Aquí nos encontramos nuevamente con un amplio contenido doctrinal que se atribuye a la seguridad social y que implica una diferencia cualitativa importante, ya que en los países de América Latina, casi sin excepción, existen prestaciones en las que se establece una diferencia específica de la causa generadora del riesgo, ejemplo de ello se puede encontrar en las prestaciones otorgadas por enfermedad común y las otorgadas por enfermedad derivada del riesgo de trabajo.

Por lo anterior, es evidente que un planteo de universalización trae aparejado indudablemente la adopción de un criterio a seguir en el que se armonicen los objetivos generales de la seguridad social y las posibilidades operativas de absorber por un sistema dado el universo aplicativo, tanto en la población cubierta, como en las prestaciones a otorgar.

Este parece ser el desiderátum de la seguridad social: extenderse a toda la población en base a un esquema reducido, en el caso, las prestaciones médicas, o, continuar con la extensión vertical, ahondando las diferencias entre los diversos estratos de la población.

En este punto, las soluciones adoptadas por países desarrollados parecen estar más bien enfocadas, en casos, a lograr por sistemas nacionales no contributivos, la cobertura de las prestaciones médicas de la población total y bajo técnicas de seguro y, muy en casos también, por vía no contributiva, la cobertura de prestaciones diferidas a los residentes o nacionales.

En América Latina, frente al reto de la extensión de la seguridad social al medio rural, que demanda una prioridad absoluta y que determina su reducida extensión, el cuestionamiento cuantitativo y cualitativo de esa universalidad es indudablemente diferente. Aquí es donde se puede observar más nítidamente la necesidad urgente de armonizar los objetivos de la seguridad social con el proceso de desarrollo económico y social, en el que desempeña un papel crucial el sector público, para superar los numerosos obstáculos derivados, entre otros, del desequilibrio económico, el desarrollo dependiente, la marginalidad, la alta concentración agrícola, el bajo proceso de industrialización y de modernización, el alto crecimiento demográfico y la urbanización.

De ahí que las soluciones de universalidad de los países de América Latina conduzcan a un planteo de un perfil, que a pesar de ser coincidente en la doctrina con otros países, es indudablemente diferente en la adecuación de sus posibilidades operativas de absorción, frente a las situaciones originadas por los niveles de desarrollo económico y social.

Esta es por lo tanto, una de las razones de ser de este trabajo: analizar los criterios de universalidad de los sistemas de América Latina en cuanto a las prestaciones médicas, en un universo que probablemente haya sido iniciado en la década de los 40's cuando se establecieron los primeros sistemas generalizados en base a las prestaciones médicas y que, en su avance en otros cuarenta años, han superado en casos al ser dirigidos exclusivamente a los trabajadores y orientarse a la cobertura de grupos sin capacidad contributiva. Estos son los mismos sistemas que, iniciados en

<sup>13</sup> Almanza Pastor, José Manuel. *Opus cit., Ibidem*, p. 1610.

un proceso aislado, muestran la tendencia actual hacia sistemas nacionales, articulados con otras políticas e indicando, en todo caso, el esfuerzo por convertir la seguridad social en un instrumento de política social.

#### IV. Universalidad de prestaciones médicas

En base al criterio seguido de universalización de las prestaciones médicas, pueden distinguirse al menos dos campos de análisis convergentes a este fin.

El primero consiste en el de las personas cubiertas y el segundo, mucho más difícil de apreciar, y que rebasa los límites de este estudio, el del contenido de las prestaciones médicas, en sus dos vertientes: prestaciones en especie y en dinero.

##### 4.1 *Universo de personas*

La extensión paulatina de los seguros sociales, inicialmente referida a los trabajadores, hacia otros núcleos más amplios de la población, significa un análisis multidireccional que refleja lo que se ha dado en llamar el tránsito de estos seguros hacia la seguridad social.

En esta progresión se pueden equiparar, al menos teóricamente, y aunque en diferentes épocas, sistemas de seguros sociales de gran tradición, como los europeos, con sistemas relativamente nuevos, donde podrían estar los de algunos países del Tercer Mundo y de América Latina en especial.

Parecería, por lo tanto, que con una tendencia "natural", y sin hacer una revisión histórica de estos avances, los seguros sociales se inician en todas las latitudes como una cobertura dirigida a los trabajadores, posteriormente ampliada a otros sectores hasta llegar a una cobertura posterior de los "nacionales" o "residentes".

Sin embargo de lo anterior, la dirección de esta progresión de cobertura es evidentemente diferente entre países desarrollados de actual alcance universal de seguridad social y los países en vías de desarrollo, como los de América Latina.

Entre los primeros, particularmente en los europeos, la progresión ha sido desde sector de trabajadores en relación de dependencia a los independientes y hacia otros estratos sociales, particularmente considerados por sus bajos ingresos, sin que, al menos de una manera significativa, como acontece en América Latina, se haya presentado una limitación estructural de cobertura en lo tocante a sectores mayoritarios de población, como son en este continente los campesinos. En los países de América Latina, la cobertura al agro que motiva el desarrollo de numerosos mecanismos para lograrla es causa del reducido alcance de los programas de seguridad social, determinando, sólo en pocos casos, que ésta se extienda simultáneamente a otros estratos económicamente débiles.

Es precisamente sobre este último aspecto que se articulan recientemente algunos sistemas latinoamericanos de protección, en los que en base a criterios diferentes se otorgan prestaciones que podrían ser consideradas como universales o de proyección universal.

Entre éstas destacan las que se otorgan principalmente a través de regímenes asistenciales de seguridad social. Así, las recientes disposiciones de Cuba disponen el otorgamiento de prestaciones asistenciales, en servicios,

especie y monetarias, a los ancianos que requieren atención especial, a las personas no aptas para trabajar o impedidas para incorporarse al trabajo, a las madres solteras, a las personas que requieren un complemento a su ingreso y, en suma, a los que necesitan urgente atención asistencial.

También ese es el sentido de la Ley chilena de 1975 por la que se establece un sistema de pensiones asistenciales para inválidos y ancianos carentes de recursos, siempre que cumplan con ciertos requisitos, entre los que se señala el de residencia en el país.

Este último requisito, la residencia por tiempo "x" en un país dado es el que consiste generalmente en la condición básica en otros sistemas para el otorgamiento de prestaciones universales.

Otro criterio, y coincidente en parte con los anteriores, es el que sigue el régimen no contributivo de pensiones por monto básico creado en base a la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares de Costa Rica, por el cual, de manera adicional al seguro de invalidez, vejez y muerte que administra la Caja Costarricense del Seguro Social, se protege a los costarricenses de escasos recursos, entre los que se encuentran personas ancianas o invalidadas con dependientes, madres solteras solas con dependientes y personas ancianas o inválidas solas.

En México, un importante programa se desarrolla cubriendo por los servicios de solidaridad social, dentro del marco de la seguridad social, a las poblaciones urbanas, suburbanas y rurales que constituyen polos de profunda marginación.

Si bien estos ejemplos citados, que serán tratados más adelante, podrían más bien referirse a programas asistenciales en el marco de la seguridad social para asegurar a un grupo mayor de población, base material para lograr un medio de vida compatible con la dignidad humana; por otra parte, la asistencia social se destaca actualmente como una de las características a través de la que la seguridad social trata de lograr el objetivo de universalización.

Por ello, las prestaciones de asistencia social para ciertos grupos quizá puedan ser una respuesta para alcanzar una base universal de protección dentro de un sistema en constante expansión.

Ahora bien, en esta dimensión de extensión "natural" se presentaría aparentemente un esquema relativamente fácil de apreciar en el que se mencionaría la creciente expansión de los seguros, registrada en todas las latitudes, hasta que su generalización comprendiera a toda la población de un país dado. Sin embargo, como ha quedado apuntado, no es el punto omega de la generalización lo que determina el criterio de universalización, sino la política de seguridad social impresa en dicho proceso, y la consideración en la misma de elementos cualitativos y cuantitativos de universalización.

De ahí que, aunque en este estudio de las personas cubiertas no se refleje directamente el contenido y los alcances y la universalidad, para efectos de este capítulo se observa la cobertura "universal" y sus mecanismos. Para ello se hace necesario al menos señalar dos épocas importantes de la seguridad social que han influido notablemente en todos los países del mundo.

La primera, vinculada con las tesis bismarquianas, parece reducir la problemática a los sistemas de seguros sociales dirigidos básicamente a los asalariados, bajo técnicas de seguros, financiamiento tripartito, administración descentralizada, y en casos, posteriormente unificada. Aquí es donde el principio de extensión paulatina se incorpora en casi todos los sistemas hasta comprender posteriormente, por bases de generalización, a un

núcleo importante de población, que en casos se acerca a la totalidad de la misma.

La segunda, que implica en sí un nuevo modelo de seguridad social, obedece a la dimensión impresa, por la influencia de Beveridge. Ahora bien, ¿cuál sería el punto de partida de acuerdo con esta nueva dimensión de seguridad social de Beveridge en cuanto a la universalización por personas amparadas?

La propuesta formulada en 1941 por Beveridge<sup>14</sup> considera que para la aplicación de su Plan y sus sistemas complementarios la población se divide en seis clases: asalariados; otras personas que tienen ocupación remunerada (independientes, domésticos, etc.); amas de casa; otras personas en edad de trabajo que no tienen ocupación remunerada; personas que todavía no alcanzan la edad de trabajo y personas jubiladas mayores de la edad de trabajo.

De este concepto inicial del universo de personas protegidas se desprende que para que se llegara, en el modelo a que alude Beveridge, por lo menos a una generalización de los seguros sociales, éstos deberían comprender a los trabajadores en relación de dependencia e independientes y a sus familiares, e indudablemente a otras personas que constituyen la fuerza de trabajo, pero que no se encuentran ocupadas, además de otros grupos de personas que estando ocupadas (como las amas de casa) no tienen una remuneración por su trabajo.

Esta clasificación tentativa, como es obvio, no es aplicable aún a esta región latinoamericana, cuyas prioridades de extensión son indudablemente diferentes.

De ahí que los sistemas de seguridad social en América Latina no estipulen en su legislación respectiva la cobertura referida a residentes o a nacionales, y que sea frecuente encontrar solamente una especificación clara de los grupos a cubrir, entre los que se encuentran básicamente los asalariados, en casos urbanos y rurales, ciertas modalidades de trabajadores independientes, trabajadores domésticos y otros.

## **V. Los alcances actuales de la cobertura de la seguridad social en América Latina y la universalidad**

A pesar de los múltiples y muy valiosos estudios que se realizan con el propósito de determinar la cobertura por la seguridad social en los países de América Latina, no existe un indicador absoluto que permita comparar, dentro de la gran variedad de sistemas, el alcance real de la aplicación de programas a nivel nacional.

Esto origina una dificultad aparentemente insuperable cuando se quiere apreciar, como es en el caso del presente estudio acerca de la universalización, no solamente el nivel alcanzado, sino también las etapas a lograr para universalizar la seguridad social.

Parecería también que al hacer referencia preferentemente este trabajo a la universalización de prestaciones médicas, se habría disminuido en parte la problemática comparativa. Sin embargo, es precisamente en la rama de las prestaciones médicas donde los indicadores de cobertura re-

<sup>14</sup> Véase: Planes de Seguridad Social en Gran Bretaña, Sir William Beveridge, publicado en la *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. XXVII, Núm. 1, enero 1943, p. 4.

sultan más disímiles; ello se deriva de la existencia de varios modelos de extensión de estas prestaciones, ya sea por sistemas nacionales de salud, a través de sistemas nacionales de seguridad social, de Ministerios de Salud, de instituciones de seguridad social, o de otras instituciones, particularmente con programas asistenciales.

De ahí que se tenga obligadamente que recurrir a un análisis de los datos de cobertura, a la luz del sistema de que se trata y, sin hacer demasiadas consideraciones acerca de la estructura del mismo, al menos proceder a encuadrarlos de manera tal que se permita una comparación viable.

En primer término se dan algunos datos de cobertura que tienen como fuentes informaciones casi siempre directas de las instituciones y tratando de que éstas sean lo más actualizadas posible.

Cuba<sup>15</sup> cubría en 1978 al 100% de su población en actividad laboral; mientras que el Brasil<sup>16</sup> en ese mismo año que se menciona cubría al 83% de la población total del país y en Costa Rica<sup>17</sup> en 1977 se estima la cobertura en 82% de la rama enfermedad maternidad y del 65% en el seguro de invalidez, vejez y muerte.

En México, en 1980, se cubría a un 56% de la población total del país, o sea a 38 411 000 personas<sup>18</sup>, mientras que en Venezuela<sup>19</sup>, a fines de 1978, se indicaba un porcentaje de cotizantes relacionada con la población económicamente activa, del 39.9% y de un 30.2% con relación a la población total. En Panamá, en 1979, por cada 100 personas 47 recibían prestaciones de la Caja, y de éstas el 62% correspondían a dependientes de asegurados. La población protegida por la seguridad social estimada en 1979 en 884 881 personas, de las cuales el 39% eran aseguradas y 61% dependientes de los asegurados cotizantes.<sup>20</sup> En Uruguay se estimaba la cobertura por seguridad social en un 50% de la población total.<sup>21</sup>

En Bolivia, a través de numerosas instituciones gestoras, se hace una referencia de relación porcentual de la población cubierta por seguridad social en relación a la total del país de 26.2% en 1978.<sup>22</sup> Al respecto, por la misma fuente, se especifica que corresponde de este total cubierto el 83.8% al régimen de la Caja Nacional de Seguridad Social, mientras que a las otras Cajas les corresponde desde un 4.9% (Choferes), 4.0% (FF.CC.), 3.5% (Petrolera), 1.2% (Seguro de Caminos), 1.1% (Bancarios), 1.0% (Corporación Boliviana de Fomento), hasta un 0.5% (Seguro Social Universitario).<sup>23</sup>

En Colombia sobre una población total de 24 348 000 en 1978<sup>24</sup> la población total protegida por seguridad social alcanzaba un 10.2%, o sean 2 493 000 beneficiarios.

<sup>15</sup> Datos tomados del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social en su contestación a la encuesta del CPISS 1976-1978.

<sup>16</sup> Datos tomados del Ministerio de Previsión y Asistencia Social en su contestación a la misma encuesta.

<sup>17</sup> Desarrollo de los Programas de Seguridad Social en Costa Rica. *Revista de Seguridad Social*. Año XXVI. Núms. 105-106, p. 89.

<sup>18</sup> Informe de labores del IMSS, 1980, p. 6.

<sup>19</sup> Ministerio de Trabajo. Anuario Estadístico, Caracas, 1978.

<sup>20</sup> Memoria de la Caja de Seguro Social de Panamá, 1978-1979.

<sup>21</sup> AISS, Documentos de la Seguridad Social Americana, 1980, I Conferencia Regional Americana, Ottawa, 1979, p. 80.

<sup>22</sup> IBSS. Teoría y Práctica de la Seguridad Social Boliviana, N° 13, julio-diciembre 1979, p. 185.

<sup>23</sup> *Idem*, p. 185.

<sup>24</sup> Informe Nacional de Estadística, 1978, del Instituto de Seguros Sociales, p. 1

En El Salvador con una población total de 4 523 763 habitantes y una población económicamente activa de 1 467 451, se protegía en 1978<sup>25</sup> a 219 384 personas o sea el 4.85% de la población total y el 14.95% de la población económicamente activa.

Asimismo en lo tocante al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, éste había protegido hasta 1978 sólo 215 654 personas, las que sobre un total aproximado de 2 233 000 habitantes significaron alrededor del 9.0%.

Este nivel de extensión de la seguridad social en los países del Continente, podría ser continuado con otros casos, que como en Guatemala<sup>26</sup> alcanza en 1979 un 13.6% de la población total estimada en 7 120 508 habitantes o un 33.2% de la población económicamente activa señalada en 2 090 371 personas.

Paraguay, por su parte, en 1980<sup>27</sup> contaba en diversos regímenes con la cobertura de 369 399 personas, que sobre una población total de 2 804 703 da un 13.17%. Caso similar se encuentra en Honduras, en donde en 1977<sup>28</sup> se protegía a 215 605 personas, siendo el 6.62% de una población total estimada en 3 257 000 habitantes.

En el ex Seguro Social del Perú<sup>29</sup> se menciona un nivel de cobertura del 11.7% o sea 1 877 624 personas, de un total poblacional de 16 090 000 habitantes.

En Ecuador se estima en un 5%<sup>30</sup> (1979) la población protegida en vista de señalarse una población total de 6 700 000 y ser 380 000 las personas protegidas.

En lo tocante a la República Dominicana, se cubría en 1979<sup>31</sup> al 13% de la población económicamente activa y al 40% de los asalariados y se estimaba en 197 546 a los cotizantes directos. Ahora bien, en el caso de este mismo país, la AISS estima que el porcentaje de asegurados con relación a la población total es del 0.4%<sup>32</sup> ya que se estimaba en 4 835 000 habitantes dicha población total y la asegurada en 186 509, en 1977.

El simple planteo de los datos de cobertura, a pesar de márgenes incuestionables de error derivados, entre otros casos, de la diversidad de fuentes empleadas pone en evidencia una problemática muy compleja frente a los propósitos de universalizar la seguridad social y un evidente reto para lograrla.

Sin embargo, de lo anterior, por lo menos con un criterio de objetividad, deben relacionarse estos indicadores con la estructura de los sistemas de que se trata, para permitir una comparación viable entre estos diversos modelos a que se alude, lo que será mencionado en el capítulo siguiente.

Por otra parte, al menos teóricamente podría pensarse que en materia de salud, frente a la cobertura reducidísima, en casos, de la seguridad social, otros programas del sector salud vendrían a cubrir al resto de la población total de un país dado.

Esto parecería ser decisivo al ver indicadores de cobertura por seguridad social menores al 1%, como arriba quedó anotado, y aun en los casos

<sup>25</sup> Estadísticas 1978, Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

<sup>26</sup> Informe de Labores 1979, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

<sup>27</sup> *Revista del Instituto de Previsión Social*, Octubre 1980, Año 1, N° 1, pp. 18-19.

<sup>28</sup> *Anuario Estadístico 1977*, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

<sup>29</sup> AISS, Documentos de la Seguridad Social Americana, 1980, I Conferencia Regional Americana, Ottawa, 1979, p. 80.

<sup>30</sup> *La Seguridad Social en los Países del Grupo Andino*. OEA, Washington, 1979.

<sup>31</sup> Informe Estadístico del IDSS, Distribución de Costos. Año 1979, p. 52.

<sup>32</sup> AISS, Documento de la Seguridad Social Americana, 1980, *Opus cit.*, p. 80.

en que ésta alcanza índices mayores, la situación parece señalar una evidente brecha entre lo que podría entenderse como universalización de seguridad social y la aplicación real de medidas conducentes a lograrla.

## VI. Sistemas Nacionales de Salud y Sistemas Nacionales de Seguridad Social

En un concepto de universalización, en base preferente de extensión paulatina de las prestaciones médicas hacia toda la población nacional, adquiere particular relevancia el estudio de los sistemas nacionales de salud y de sus estrechas relaciones con los sistemas de seguridad social, sean estos últimos nacionales o en vías de esa extensión.

De ahí que el contenido de este capítulo sea presentar una visión panorámica dentro de la enorme variedad que existe en diferentes sistemas de salud y de seguridad social que podrían llamarse de contenido universal.

La Organización Panamericana de la Salud, señalando la importancia creciente de los sistemas nacionales de salud, como uno de los medios para alcanzar la coordinación de los recursos, ha definido a estos sistemas como: "un conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integral en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles".<sup>33</sup>

Indudablemente que esta concepción de sistemas nacionales implica la conjunción de una serie de elementos para cumplir con los objetivos de otorgar prestaciones médicas suficientes y con la calidad necesaria para cubrir a toda la población.

Es indudable que este sistema de salud así concebido, es una de las partes más significativas del desarrollo económico y social en cualquier país y tiene vinculaciones estrechas con otras acciones que se realizan en materia de política social.

Pretender, por lo tanto, reducir toda esta problemática dentro de un campo de análisis aun circunscrito a criterios de universalización, rebasaría las pretensiones de este estudio. Es por ello que solamente se ilustra, dentro de una gran variedad de situaciones, aquellas que de una manera creciente empiezan por señalar algunas direcciones en las que se articulan los sistemas nacionales de salud con los objetivos similares de los sistemas de seguridad social.

En base a lo anterior, se analizan algunos sistemas latinoamericanos con referencias a otros países, en los que se puede poner en evidencia los mecanismos seguidos en la organización de sistemas nacionales de salud y las relaciones o consideración dentro de éstos de los sistemas de asistencia médica de la seguridad social.

### 6.1 Referencias de otros sistemas de países desarrollados

En numerosos países existen servicios nacionales de salud que funcionan simultáneamente con diversos programas parciales, muchos de ellos de aplicación a través de la seguridad social.

<sup>33</sup> Guía para la Coordinación de la Atención Médica. Citado por "Sistemas de Salud", publicación científica N° 234, OPS, 1972, p. 4.

Aunque en líneas generales, en los países europeos la integración de sistemas nacionales de salud ha precedido a la integración de programas universales de la seguridad social, es importante señalar que la expansión dinámica de los regímenes de asistencia médica de la seguridad social, desarrollada básicamente después de la Segunda Guerra Mundial, ha ido conduciendo paulatinamente a diferentes soluciones de coordinación entre dos programas básicos, cuyas características son las de ser dirigidas a toda la población y de tratar de lograr una atención médica integral.

Si inicialmente los seguros sociales comprendían a los trabajadores, su progresión hacia sistemas nacionales ha implicado la cobertura dirigida actualmente a todos los residentes, esto es, que se ha alcanzado en algunos casos una universalización de seguridad social y, naturalmente dentro de este objetivo, se ha realizado una continua dinámica de coordinación con otras instituciones del sector salud.

Podrían detectarse en este sentido y, en base a numerosos ejemplos, diferentes articulaciones entre sistemas nacionales de salud y seguros nacionales con sistemas conocidos por sus particularidades de universalización. Existen países que han llegado así a la implantación de seguros nacionales de enfermedad, mismos que podrían conceptuarse dentro de los llamados sistemas universales.

Partiendo de regímenes eminentemente asistenciales, como los establecidos en Nueva Zelandia, se puede observar otros sistemas en el mundo que, como el inglés y danés se aplican en el campo de la salud con un contenido universal. Otros sistemas como el alemán, sueco, japonés, el de los Países Bajos, etc., han seguido diversos mecanismos que pueden distinguirse o diferenciarse a la luz de criterios de orden administrativo, financiero, entre otros, pero que son coincidentes en señalar una cobertura total o significativamente cercana al 100% de la población total de un país.

No se puede pretender, dadas las limitaciones de este estudio, analizar cada una de las diferencias específicas entre estos sistemas. Valga para ello señalar siguiendo la metodología del interesante estudio realizado por Derick Fulcher<sup>34</sup> por encomienda de la Oficina Internacional del Trabajo, algunos de los elementos de los diversos sistemas de asistencia médica que se observaron, en este caso, en una muestra de 10 países industrializados.

Así, en Nueva Zelandia, los actuales "servicios médicos generales", fueron estructurados en base a los hospitales públicos, a asociaciones y a mutualidades. En 1938, por la Ley de Seguridad Social se crea un sistema general y unificado que es administrado por el Departamento de Salud.<sup>35</sup> Estos servicios comprenden a todos los *residentes* e inicialmente fueron financiados por un impuesto especial de seguridad social en base a los ingresos<sup>36</sup> y, posteriormente, por la vía impositiva general.

Aunque los servicios de salud en Nueva Zelandia son eminentemente gratuitos, es decir financiados por el Estado, uno de los principales aspectos que se cuestiona actualmente es conciliar los mismos con los diversos niveles de medicina general y especializada manteniendo un sistema de pago por estos servicios. Relacionando este caso con el concepto de universalización de la seguridad social, en base prioritaria de la extensión de las prestaciones médicas, se encontraría que dentro de este sistema de

<sup>34</sup> Véase: Derick Fulcher, *Opus cit.*, p. 139.

<sup>35</sup> *Opus cit.*, *Ibidem*, p. 139.

<sup>36</sup> *Ibidem*, p. 139.

atención dirigida a toda la población, se está hablando de una estructura de la atención médica substancialmente diferente a lo que acontece en otros países. Estas diferencias pueden situarse básicamente del contenido asistencial de estos programas, de su financiación por la *vía impositiva general*, y tendrían que relacionarse también con la estructura y el otorgamiento de otras prestaciones que, también a cargo de la seguridad social, siguen el mismo criterio de universalización. En efecto, existen en ese país pensiones de vejez en dos vertientes: las universales y las relacionadas con los ingresos. Asimismo, otras prestaciones de seguridad social como las de invalidez, desempleo y asignaciones familiares, no consideran participación financiera alguna del asegurado ni del empleador, *siendo el costo íntegro financiado por el Estado a través de la vía impositiva*.

Asimismo, precedido de un régimen de *seguro* nacional de enfermedad (1913), se implanta en el Reino Unido, en 1948, el *Servicio Nacional de Salud*. Las diferencias entre éstos, podrían considerarse desde los siguientes puntos de vista: Por una parte, el *seguro* comprendía a los *trabajadores* que ganaban menos de una cantidad, que para el efecto se especifica, no contemplaba extensión al núcleo familiar, ni hospitalización y su financiamiento era tripartito (cotizaciones fijas estatales, patronales y del trabajador).

Por la otra, el *Servicio Nacional de Salud*, cuya estructura actual obedece básicamente a las propuestas de sistema unificado y dirigido a toda la población contenidas en el Informe Beveridge, cubre a todos los *residentes*, es prestado por el Estado y se financia en un 10%, aproximadamente, por una reducida cotización semanal por varón adulto, que es prácticamente un impuesto, siendo el 90% restante a cargo de los fondos públicos.<sup>37</sup> El control central, la formulación de políticas y la planificación general están a cargo del Departamento de Salud y Seguridad Social, que depende de la Secretaría de Estado para los Servicios Sociales.

Por lo anterior, es evidente que en el Reino Unido el *seguro* nacional de enfermedad, que como se ha anotado era básicamente tripartito y dirigido a los trabajadores, se transformó en un servicio nacional que comprende a todos los residentes y *cuyo financiamiento es prácticamente a cargo del Estado*. De ahí que relacionando con nuestra problemática de universalización, podría inferirse nuevamente que se ha llegado a alcanzarla en base a una transformación significativa de los mecanismos seguidos para su consecución.

Caso similar se encuentra en Dinamarca, donde pueden captarse dos etapas en la evolución del *seguro* de enfermedad. La primera, hasta 1973, que consistió básicamente en la estructura de numerosas cajas de enfermedad (alrededor de 1 000), las que se coordinaron posteriormente por una Confederación Nacional de Cajas, otorgaban prestaciones médicas a los residentes (mayores de 16 años) clasificados según ingresos como medios activos o pasivos (existía entre ambos grupos una diferencia de las prestaciones) y el financiamiento se realizaba por las cotizaciones de ambos grupos y una subvención oficial especialmente mayor para las personas de menores ingresos.

En la segunda etapa, originada por la Ley de 1971, se modificó en su estructura este sistema, ya que la protección se extendió a todos los *residentes*, "pero como el 96% ya eran miembros activos del régimen desde

<sup>37</sup> *Ibidem*, p. 97.

antes de abril de 1973, los efectos de esta ampliación han sido poco importantes”<sup>38</sup>

Hubo un proceso de reducción gradual de estas cajas hasta quedar finalmente organizadas en instituciones de los 14 Condados y por su intermedio de 275 Comunas.<sup>39</sup> La supervisión general está a cargo del Seguro Público de Enfermedad, y este a su vez depende del Ministerio de Asuntos Sociales.

Otro aspecto de gran interés en esta reforma es que al suprimirse las cajas se eliminaron las cotizaciones, y la asistencia médica se financia actualmente por medio de impuestos de los condados y comunas y subvenciones especiales del gobierno central.

En el caso danés, como ya se mencionó, aunque a través de las diversas cajas se había protegido a un número considerable de la población del país, es al modificarse la estructura del sistema en sus aspectos financieros cuando se logra la cobertura total de la población por las prestaciones médicas.

*Es decir que a través de estos ejemplos y de otros que se podrían mencionar, se pone en evidencia que los mecanismos hacia la universalización parecerían converger en un punto clave: la definición por parte del Estado de una política nacional de cobertura en cuya aplicación se puede detectar fácilmente la mayor participación de éste en el financiamiento de estos programas.*

Por otra parte, y haciendo nuevamente una referencia colateral a otras ramas de seguros, y que este criterio de universalidad es referido a las prestaciones médicas, se encontraría que tanto en Inglaterra como en Dinamarca, no sólo los seguros de enfermedad tienen aplicación universal, sino también las otras ramas de seguros como vejez, invalidez, sobrevivientes y otras que están articuladas en base a prestaciones universales, que coexisten con otras similares relacionadas directamente con el ingreso, esto es, contributivas.

## 6.2 América Latina

La consideración de la universalidad de las prestaciones médicas en los países de América Latina, pone en evidencia que en los países examinados se aplican regímenes muy diversos, lo que origina que su comparación sea más viable dividiendo al menos entre aquellos que consisten básicamente en un sistema de atención médica a nivel nacional y los que se administran a través de instituciones de seguridad social con diferentes grados de articulación con el sector salud.

Desde este punto de vista se encuentra una amplia gama de soluciones. En efecto, existe un régimen no contributivo, cual es el caso de Cuba; regímenes contributivos coexistentes con otros no contributivos que se expanden hacia la población nacional, tales son los casos, por ejemplo, de Costa Rica, México, entre otros, regímenes eminentemente contributivos, como podrían ser los de Bolivia, Colombia y otros.

Si bien, como quedó señalado es desde el punto de vista del financiamiento donde se pueden establecer las más grandes diferencias entre estos regímenes, por otra parte, la propia estructura de los sistemas de asistencia médica marca otras diferencias. Así, en el caso de Chile se trata de un sistema nacional en cuanto al otorgamiento de la atención médica y de

<sup>38</sup> *Ibidem*, pp. 190-191.

<sup>39</sup> *Ibidem*, p. 139.

regímenes específicos de seguridad social en lo tocante a las otras prestaciones. Caso similar podría encontrarse en Argentina, Brasil y Uruguay.

Sin embargo, parece ser importante de mencionar que la forma diferente de integración del sector salud con los propósitos de universalización de la atención médica, demuestran la existencia de otros modelos.

El primer modelo podría estar integrado por países que generalizan la atención médica en base a sistemas nacionales de salud. Desde este punto de vista los ejemplos se refieren a Chile, Argentina, Cuba, principalmente.

El segundo modelo podría estar constituido por extensiones significativas de los sistemas de seguridad social a los cuales se integran diferentes recursos del sector salud. Estos casos podrían ser los de Costa Rica, Panamá y en lo tocante al régimen no contributivo, de México.

Un tercer modelo podría estar constituido por los países que solamente otorgan atención médica directa a través de sus instituciones de seguridad social y el resto de la población no cubierta por estos sistemas, lo es a través de los ministerios de salud. En esta situación podrían encontrarse sistemas tales como el ecuatoriano, colombiano, dominicano y la gran mayoría de países que tienen instituciones de seguridad social de cobertura muy reducida.

Otro modelo, por vías de unificación podría estar constituido por Perú en donde las dos grandes instituciones de seguridad social, del Empleado y del Obrero, se fusionan posteriormente en una sola institución llamada Seguro Social del Perú, para más tarde quedar estructurado en una sola institución gestora de seguridad social denominada Instituto Peruano de Seguridad Social. Este modelo como se verá en la parte pertinente, se basa en un principio de unificación específicamente administrativa.

Finalmente, otro modelo puede ser el referente a Nicaragua, cuya institución gestora de seguridad social, traspasa al Ministerio de Salud, en fecha reciente, el otorgamiento de las prestaciones médicas, implicando con ello el traslado respectivo de las reservas técnicas para su financiamiento.

Este Capítulo se refiere, por lo tanto, a establecer los lineamientos de la extensión universal de las prestaciones médicas y de las alternativas seguidas por los países que se mencionan para lograrla.

Es indudable, por otra parte, que estos modelos a que se hace referencia, no implican forzosamente una tendencia que como generalidad, pueda ser aplicada en todos los países latinoamericanos. Se piensa más bien que es la particular estructura de cada uno de ellos la que muestra criterios de enfoque en cuanto al principio básico, inmerso en sus objetivos, de lograr la generalización de la cobertura de la seguridad social, en base a las prestaciones médicas.

### 6.2.1 *El Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud de Chile*

Chile en 1952, con el propósito<sup>40</sup> de avanzar hacia un sistema nacional y regionalizado de medicina curativa y preventiva integradas, crea el *Servicio Nacional de Salud*, como encargado de la salud pública en el país. Este *Servicio* a partir de esa fecha, pasó a controlar además del Departamento Médico de la Caja del Seguro Obrero, los recursos médicos de todo el sector público, quedando comprendidas, entre otras, las acciones ante-

<sup>40</sup> Diéguez, Héctor L., "La Seguridad Social en América Latina", *Revista de Economía Latinoamericana*, México, 1977, pp. 196-197.

riormente encomendadas a la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social y a las de la atención médica de la *seguridad social*, creada a través de la Ley de 1924.

De esta manera, el seguro social paga la atención médica de sus asegurados y beneficiarios al Servicio, quien mantiene la obligación de otorgarla a nivel nacional.

Este Servicio, por lo tanto, recibió los recursos materiales de los hospitales de beneficencia, de la Caja del Seguro y del Ministerio de Salud, los que fueron unificados en una sola red de instalaciones.

Es indudable que al operarse la transferencia de las instalaciones médicas de diversas instituciones a este Servicio, con recursos materiales, financieros y humanos, se permitió la operación de una cobertura a nivel nacional de las prestaciones de salud. En cuanto a las relaciones con la seguridad social, cabe mencionar que la Ley <sup>41</sup> que instituyó este Servicio, autorizó al Presidente a transferir, por Decreto, todos los programas de seguro social al nuevo Servicio integrado, si bien, en la realidad, sólo el Programa de la Caja de Seguro fue, de hecho, transferido. No se operó la transferencia de los programas de seguros para empleados, por ejemplo y según lo expresa Roemer "hubo razones políticas muy serias para temer que el intento de conseguir una integración súbita general de obreros manuales y empleados en el mismo programa de atención médica, podría poner en peligro el éxito de todo el Servicio Nacional de Salud".

Hubo incuestionablemente otras medidas importantes que fueron tomadas al estructurar este Servicio, como las relativas a la nueva situación del cuerpo médico, a la estructura administrativa adoptada para el funcionamiento del Servicio, establecida inicialmente en 13 zonas de salud, subdivididas en áreas de hospital, áreas periféricas, puestos de socorro y otras que significaron a la vez una clara definición de los procedimientos una descentralización en sí idónea para el otorgamiento de estas prestaciones a nivel nacional.

Así, en base a las acciones del Servicio Nacional de Salud se supone la cobertura poblacional total en el campo de la salud, máxime cuando otras medidas tomadas posteriormente, entre las que cabe indicar las de 1968 que preveían la "libre elección del médico" para los empleados, los diversos planes llevados a cabo parcialmente de incorporarlos dentro de este sistema nacional, la existencia simultánea de servicios médicos militares, ferroviarios y otros, permitirán ver que existiría una atención de salud de amplio contenido nacional.

Sin embargo, al tratar de precisar, dentro de un criterio de universalización, el campo de aplicación de este sistema y más que nada, de establecer mecanismos de comparación viable con otros en América Latina, se precisarían hacer algunas consideraciones. La primera está vinculada con la necesidad de establecer algunos indicadores que permitan apreciar el nivel efectivo de aplicación de prestaciones médicas a nivel nacional, para relacionarlo con otros sistemas en el Continente que otorgan estas prestaciones directamente a través de instituciones de seguridad social, y la segunda, de muy difícil cuestionamiento, que se refiere a la vinculación de la extensión de prestaciones médicas a nivel nacional, con los objetivos generales de universalización de la seguridad social, que significan un enmarque de incuestionable amplitud.

Con relación al primer planteo, se encuentra que existe una evidente

<sup>41</sup> Roemer I., Milton. *La Atención Médica en América Latina*, p. 207.

dificultad de establecer una cifra aproximada de cobertura. Algunos datos pueden confirmar este aserto. Roemer, en el estudio preparado para la Secretaría General de la OEA, sobre la Atención Médica en América Latina,<sup>42</sup> hace diversas estimaciones. Si bien cálculos oficiales de población protegida o atendida por el Servicio Nacional de Salud suelen expresarse en términos del 70 al 75% de la población nacional, el autor hace referencia a una cobertura real de un 69% (citando para ello un cálculo del propio Servicio Nacional, en base a familiares a cargo y a indigentes); de un 71% (tomando en cuenta los menores de 15 años protegidos), de un 49% (en base a distintos cálculos de familiares dependientes), etc. También se cita un cálculo que realizó el Instituto de Sociología de la Universidad de Chile, que si bien se aplicó sólo en Santiago y con una encuesta doméstica de 650 familias seleccionadas al azar, dio como resultado un índice del 45.1% de cobertura efectiva. De ahí que en el mismo estudio se concluya que dentro de estas múltiples fuentes de datos pueda estimarse que la población chilena protegida por el Servicio Nacional de Salud se encuentra entre el 40 y el 70%.<sup>43</sup>

Por otra parte, también debe señalarse que en 1968<sup>44</sup> casi el 70% de las consultas médicas y el 90% de las hospitalizaciones eran suministradas por el sector de la medicina pública.

De lo anterior podría inferirse que si bien dentro de una gama incuestionable de mecanismos con indudable margen de error, se puede estimar la cobertura de un sistema nacional de salud, estos datos no pueden ser referidos comparativamente con otros sistemas de cobertura directa por seguridad social, ya que en este último punto se estaría hablando de prestaciones en especie y en dinero otorgadas a sectores específicos de la población hasta alcanzar, en veces, a toda la población nacional.

El segundo planteo, vinculando la extensión de prestaciones médicas con los objetivos de universalización de la seguridad social integral, permitiría apreciar, también en el caso de Chile, que el nivel de extensión real del sistema, se puede obtener a través de las otras ramas de seguros que no se refieren a las prestaciones médicas.

En un análisis doctrinal, tomado de múltiples disposiciones, se citan las del Anteproyecto del Estatuto Fundamental de Principios y Bases del Sistema de Seguridad Social formulado en 1975 por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social. En éste se establece que la seguridad social se funda, en principios constitucionales, que aseguran a todos los habitantes de la República al derecho a ella, adoptando el Estado las medidas que tiendan a la satisfacción de los derechos sociales, económicos y culturales necesarios para el libre desenvolvimiento de la personalidad y dignidad humanas. Asimismo, que los principios que caracterizan a la seguridad social son la universalidad, integralidad, solidaridad y suficiencia, para caracterizar posteriormente la universalidad a través de la cual se tiende a extender la acción protectora a toda la población. Este ámbito de aplicación comprende a todos los habitantes sin distinción alguna. Cabía aquí enfatizar que este amplio contenido doctrinal no puede ser relacionado directamente con el campo de aplicación exclusivo de las prestaciones médicas. Asimismo, se puede inferir por lo tanto que el dato de cobertura poblacional de la seguridad social chilena, consignado en el estudio de la

<sup>42</sup> *Ibidem*, p. 210.

<sup>43</sup> *Ibidem*, p. 212.

<sup>44</sup> La Seguridad Social en América Latina, *Opus cit.*, p. 198.

AISS,<sup>45</sup> que especifica una cifra del 37.8% con relación a la población total del país de 10 454 000 habitantes, refleja sólo otras prestaciones de la seguridad social y no comprende las prestaciones médicas, que, como ha quedado anotado, son otorgadas a través de un sistema general de atención médica.

### 6.2.2 *Hacia un Sistema Nacional de Salud. Caso de Argentina*

Otro caso similar en materia de atención médica a nivel nacional es el de Argentina, en donde en 1974 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud a cargo del Estado Nacional, que se establece gradualmente cubriendo paulatinamente todo el territorio del país, mediante convenios con las provincias. El sector privado y otros grupos dedicados a las obras sociales, también pueden adherirse a este sistema mediante convenios.

La creación de este Sistema Nacional debe ser enfocado, al menos, con una referencia histórica de la propia evolución de la seguridad social.

Como es bien conocido, el sistema argentino de seguridad social fue estructurándose paulatinamente en base a instituciones sectorizadas en cuanto a la población amparada a la que se le otorgaban básicamente prestaciones diferidas. Paulatinamente esta diversidad institucional fue superada por organismos de carácter coordinador como el Instituto Nacional de Previsión creado en 1944. Posteriormente se crea una Secretaría de Estado en materia de seguridad social, dependiente del Ministerio de Bienestar Social lográndose la unidad de conducción del sistema y la descentralización operativa, esta última a través de diversas Cajas que administran básicamente pensiones.

Es indudable que en este largo proceso de unificación en la responsabilidad administrativa de la gestión de la seguridad social, hubo importantes acciones convergentes de uniformación legal, ejemplo de esto último son las disposiciones que equiparan a los trabajadores en relación de dependencias que se encuentran sujetas a diversos regímenes y a los trabajadores autónomos o independientes, amparados a su vez por varios regímenes.

El análisis de la cobertura poblacional dentro del esquema que se alude, es básicamente referido en la actualidad a las prestaciones diferidas y asignaciones familiares. De ahí que, como el presente estudio se enfoca a la problemática de la atención médica, es preciso señalar que la rama enfermedad maternidad no estaba incorporada al esquema de seguridad social y fue otorgada a través del Ministerio de Salud Pública.

Posteriormente, se crearon una serie de obras sociales referidas básicamente a la salud y en 1972 se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales que coordina la administración nacional, provincial, municipal y mixta de dichas obras.

De ahí que, el Sistema Nacional integrado de Salud se establece como un organismo coordinador de la planificación y de las acciones de salud, del sector de obras sociales y privado, aunque éste no sea incorporado al sistema, con el fin de obtener una efectiva racionalización de los recursos humanos, físicos y financieros.

Aunque el sistema es financiado básicamente por el Estado, supone la participación de los sectores de más altos ingresos y se proyecta, en etapas sucesivas para desarrollar la política nacional de salud en ese país. Prevé,

<sup>45</sup> Véase: I Conferencia Regional Americana de la AISS, Ottawa, 22-26 de mayo de 1975, publicación de la AISS, 1980.

en cuanto a su organización, cuatro niveles de atención médica, desde la atención comunitaria hasta la de alta especialización.

El caso de Argentina, enfocado desde el criterio de universalización de la seguridad social en lo tocante a las prestaciones médicas, señala que la particular estructura del sistema de seguridad social a nivel nacional, en el que no se incorporan las prestaciones de enfermedad maternidad a lo largo de toda su evolución no permite disponer de un elemento de comparatividad similar con otros sectores de seguridad social, en los que la extensión, generalización o universalización de las prestaciones médicas se realiza dentro de un esquema propiamente de seguridad social.

### 6.2.3 *Un Sistema Nacional de Seguridad Social. Experiencia de Brasil*

Por Ley N° 6229 de 17 de julio de 1975,<sup>46</sup> se constituye en Brasil el Sistema Nacional de Salud, dentro del que le compete al Ministerio de Salud la formulación de la política nacional en esta materia y la promoción, y ejecución de acciones tendientes a las medidas de interés colectivo, como las políticas para combatir las enfermedades transmisibles, las normas de promoción, protección y recuperación de la salud, la contribución dentro del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, la coordinación de la acción de vigilancia epidemiológica y otras.

Dentro de este Sistema Nacional se atribuye al Ministerio de Previsión y Asistencia Social, del cual depende actualmente el Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social, las acciones médico-asistenciales individualizadas entre las que se encuentran básicamente la de elaborar planes de prestaciones de salud para las personas y coordinarlas en ámbito nacional. Asimismo, tiene funciones específicas de coordinación de las prestaciones de salud que otorgan instituciones con fines no lucrativos, de prestar directamente estos servicios y de fijar, en colaboración con el Ministerio de Salud, normas para la prestación de servicios de salud, mismas que serán observadas por las entidades vinculadas al Sistema.

Dentro de este Sistema Nacional de Salud, también existen acciones específicas que desarrollan los Ministerios de Educación y Cultura, del Interior, del Trabajo, los Estados, D.F., Territorios y Municipios, el Consejo de Desarrollo Social y otros órganos de la Federación.

Dentro del campo que nos ocupa, es interesante observar que en la elaboración de planes y programas de salud se realizan mecanismos de coordinación intersectorial a través de los que se obtiene un mejor aprovechamiento de los medios y recursos disponibles en el ámbito nacional, regional y local y una compatibilización con los objetivos, metas y acciones de los planes de desarrollo del Gobierno Federal y con las directrices de la Política Nacional de Salud.

Es importante señalar otro hecho relacionado directamente con el establecimiento a que se hizo alusión, de un Plan Nacional de Salud, y es su vinculación con el Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social que se crea posteriormente, por Ley N° 6439 de 1° de septiembre de 1977, por el cual se cubría en 1978, alrededor del 83% de la población total del país.

Este sistema nacional tuvo un largo proceso de articulación interna <sup>47</sup>

<sup>46</sup> Véase: Legislação Federal do Setor Saúde, Ministerio de Saúde, Brasília, Brasil, 1978.

<sup>47</sup> Véase: Progresión y Avances de la Seguridad Social en América Latina, Departamento de Asuntos Internacionales, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1978.

simultáneo a la extensión de la cobertura poblacional, posteriormente fueron creadas diversas instituciones gestoras, y en vías de unificar estos regímenes se realizaron una serie de fusiones sucesivas y otras acciones, cuya relación, por ser de gran amplitud, rebasaría los propósitos de este análisis. Se cita, a grandes rasgos, la Ley Orgánica de Previsión Social de 1960, que estableció el mismo plan de prestaciones y originó con ello uno de los más significativos actos de unidad institucional, cuando en 1967 se agrupan seis institutos de jubilación y pensiones en el Instituto Nacional de Previsión Social, reemplazando a varios organismos de retiro y pensiones como el de los empleados bancarios, el de comercio, el de las compañías de transporte y carga, el de los ferrocarriles y servicios públicos, el de los trabajadores de la industria y el de trabajadores marítimos.

En lo referente a los trabajadores de tipo rural la protección se inicia en Brasil con las personas empleadas en el sector agrícola de la industria azucarera (1969) y, posteriormente, se desarrolla la previsión social para los trabajadores del campo a través de un fondo de asistencia para los trabajadores rurales (FUNRURAL).

Entre otros hechos sobresalientes en este proceso, se citan las reformas en 1973 y 1974, por las cuales el Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Brasil se transforma en Ministerio de Trabajo y se crea el Ministerio de Previsión y Asistencia Social. Pasan entonces a depender de este último las siguientes instituciones: Fondo de Asistencia al Trabajador Rural (FUNRURAL); Instituto de Previsión y Asistencia de los Funcionarios del Estado (IPASE); Servicio de Asistencia y Seguro Social de los Industriales (SASSE); Legión Brasileña de Asistencia (LBA); Fundación de Asistencia a los Trabajadores de las Minas de Diamantes (FAG); Fundación Refugio Cristo Redentor (SACR); Fundación Nacional de Bienestar del Menor (FUNABEM); Central de Medicamentos (CEME).

Este segundo hecho está vinculado en 1977 con la creación del Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social (SINPAS), orientado, coordinado y controlado por el Ministerio de Previsión y Asistencia Social.

El SINPAS representa,<sup>48</sup> en lo referente a la estructura administrativa de la previsión social y programas correlativos, una especie de culminación de ese largo proceso evolutivo. Mantiene los servicios proporcionados a los trabajadores urbanos y rurales, a los funcionarios públicos y civiles de la Unión que estaban a cargo del Instituto Nacional de Previsión Social (INPS); a los del Fondo de Asistencia al Trabajador Rural (FUNRURAL) y a los del Instituto de Previsión y Asistencia de los Servidores del Estado (IPASE). Dentro de este sistema se crean dos autarquías vinculadas con el Ministerio y que son el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (INAMS) y el Instituto de Administración Financiera de la Previsión y Asistencia Social (IAPAS). Además de estas instituciones el sistema se integra con la Fundación Nacional de Bienestar del Menor (FUNABEM), la Fundación Legión Brasileña de Asistencia (LBA) y la empresa de procesamiento de datos de la previsión social (DATAPREV). Por otro lado, también forma parte de este sistema la Central de Medicamentos (CEME).

Una de las características de este sistema es que, mientras algunas de sus instituciones como el Instituto Nacional de Previsión Social tiene a su cargo básicamente las prestaciones de seguridad social en dinero, el Ins-

<sup>48</sup> Celso Barroso Leite, "La Previsión Social Brasileña, Características y Perspectivas del SINPAS", Revista Mexicana de Seguridad Social, agosto 1978, N° 12, p. 29.

tituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social o la autarquía creada dentro de él, le compete prestar asistencia médica nacionalmente, incluyendo los sectores urbano y rural y los programas especiales que estaban confiados a otros organismos.

Al respecto, cabe señalar que en esta Ley se prevé que los programas de asistencia médica a cargo de este Instituto serán organizados en forma tal de mantener compatibilidad con el Sistema Nacional de Salud, en los términos de la Ley N° 6229 de 17 de julio de 1975.

La asistencia médica<sup>49</sup> se hace así compatible con el sistema nacional de salud y todas sus instituciones. Podría señalarse además, que el unir la función previsional —para el caso de la seguridad social— con la función asistencial, permite enfocar programas destinados al individuo como tal, es decir, independientemente de su actividad profesional.

Tal como lo señala Barroso Leite,<sup>50</sup> en Brasil, esta moderna tendencia se hace sentir de manera muy concreta, al ubicar la asistencia en posición paralela a la previsión social, y dentro de la propia denominación del ministerio conjunto. Asimismo señala que “estamos en los inicios de cosechar los resultados prácticos de ese paralelismo. En teoría ya existe una perspectiva promisoriosa, que se traduce en un reconocimiento oficial de la importancia de este tipo de asistencia”.

Finalmente, cabe mencionar que las modificaciones introducidas por el SINPAS, que entró en vigor a partir de julio de 1978, son de naturaleza estructural, y afectan sólo la organización administrativa, sin alcanzar a los derechos y obligaciones de los interesados, las prestaciones, las formas de cotización y otros aspectos.

#### 6.2.4 *La universalización de seguridad social en Costa Rica*

En América Latina existe un modelo de universalización a cargo de la institución de seguridad social, éste es el multicitado caso de Costa Rica.

Como en las disposiciones de la Constitución Política de 1961 se faculta a la Caja Costarricense del Seguro Social a realizar la universalización de los diversos seguros a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, se realizaron diversos estudios, cuyo planteo más importante puede reducirse a los efectuados acerca de las bases actuariales de financiamiento, de las necesidades médico hospitalarias, de la administración del sistema y otros puntos sobresalientes para lograr hacer efectivo este mandato de universalización.

En este proceso, se pueden detectar múltiples realizaciones habidas para lograr, gracias a una revisión profunda de las estructuras de los seguros sociales, su idoneidad frente al proceso de universalidad, iniciado con la decisión política del mandato constitucional que, a su vez, marcó el esquema a seguir.

Detengámonos un momento en este enfoque y en base a la amplia información que se produjo en la propia Caja Costarricense del Seguro Social, en las fases iniciales de adecuación de las estructuras de dicha institución para la viabilidad de la universalización.

En 1970, un estudio inicial realizado por dicha Caja<sup>51</sup> analiza las bases

<sup>49</sup> Progresión y Avances de la Seguridad Social en América Latina, DAI, IMSS, 1978, p.

<sup>50</sup> *Opus cit.*, *idem*, pp.

<sup>51</sup> Véase: “Universalización del Seguro Social”, Estudio Inicial, 1970. CCSS, Departamento Actuarial y Estadístico, Vindas Alvaro, Actuario Jefe y colaboradores, pp. 2-4.

actuariales vigentes y las alternativas para una fórmula diferente de financiamiento que facilite la extensión a todos los nacionales. También pondera la necesidad de asumir, a la par de los programas contributivos, los no contributivos, de urgente necesidad estos últimos en un plan de universalización, así como la realización de un balance de la capacidad instalada en materia hospitalaria y de otros aspectos técnicos.

En el mismo estudio,<sup>52</sup> resulta importante ver qué se pondera frente al contenido de universalización, si ésta comprenderá sólo a los asalariados o también a los independientes y a grupos de "indigentes" (no contributivos). Frente a este planteo, no muy bien definido en el mandato constitucional a que se alude, el Estudio de estos técnicos costarricenses considera que la Caja debe estar preparada tanto para una universalidad "sectorial" como "integral" (que incluye al resto de los grupos) y que, en todo caso, el proceso de universalización debería tener una progresión.

Con una visión de conjunto se revisan entonces las disposiciones legales existentes, la administración del seguro social, los problemas mediatos e inmediatos en materia financiera que comprende un análisis de las bases financieras vigentes en ese entonces y se sugieren diferentes sistemas para el sector de los asalariados, de los independientes y de los indigentes.

Siguiendo los lineamientos de este Estudio Inicial, y dentro del campo que nos ocupa, pueden observarse, entre otros, dos puntos sobresalientes de este proceso de arranque. El primero está vinculado con los aspectos administrativos y el segundo con el sistema financiero.

En relación con la administración, en el caso de Costa Rica parece no cuestionarse la idoneidad del órgano de gestión que realizará la universalización. Así se expresan cuando citando artículos de la Constitución Política y de la Ley Constitutiva de la Caja (22 de octubre de 1943) se indica que: "Pareciera, pues, que cualquier tipo de universalización del seguro social, sea ésta de tipo «sectorial», restringida a los asalariados, o bien «integral», incorporando a todos los grupos, queda a cargo de la CAJA".<sup>53</sup> También en lo tocante a las prestaciones del seguro de enfermedad y maternidad se estima, en el estudio a que se alude, que los servicios médicos traten a todos por igual.

El segundo punto vinculado con el financiamiento prevé diversos mecanismos para la cobertura universalizada, como la mayor participación del Estado, el arreglo de su deuda acumulada y el problema de los recursos futuros (básicamente por la vía impositiva general), para el sector no contributivo.

En este inicio de la universalización, en el caso de Costa Rica, cuyo modelo fue esbozado líneas arriba, las disposiciones legales pertinentes plasman la orientación que se ha querido dar al Sistema, para convertirlo en un mecanismo idóneo para este fin. Así, en la Constitución Política se establece que "para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social, *rentas suficientes y calculadas en forma tal que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución*. Si se produjera un déficit por la insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de Presupuesto la partida respectiva que determine como necesaria la citada Institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado".

<sup>52</sup> *Idem*, p. 3.

<sup>53</sup> *Ibidem*, p. 5.

Esa disposición constitucional habla por sí sola de la participación directa del sector público en el proceso de universalidad de la seguridad social costarricense.

Otras medidas deben mencionarse en este proceso sui géneris de universalización. Así, en 1971, al reorganizarse y racionalizarse el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, se establece que la Caja Costarricense de Seguro Social y otras instituciones "deben mantener estrecho contacto con la mencionada Cartera con el objeto de *coordinar el desarrollo de la Política Social del Gobierno*".<sup>54</sup>

Asimismo, la Ley 5349 de 3 de octubre de 1973 establece que para los efectos de la universalización del seguro de enfermedad y maternidad, cuya administración se ha confiado a la Caja Costarricense de Seguro Social, así como para el logro de un sistema integral de la salud, *el Ministerio de Salubridad Pública, las Juntas de Protección Social y los Patronatos a cargo de las instituciones médico asistenciales, traspasarán a la Caja las instituciones que de ella dependan*. Asimismo que la Caja participará en la elaboración y ejecución de los Planes Nacionales de Salud, elaborados conjuntamente con el Ministerio de Salubridad Pública.

Otro hecho significativo en este proceso lo constituye el Programa de Desarrollo Social y de Asignaciones Familiares, en cuya base se establece un Fondo destinado a los costarricenses de escasos recursos, del que se toma una cantidad para la formación de un capital destinado a financiar el Programa *no contributivo* de pensiones. Este Programa de Desarrollo Social tiene su origen en el proyecto de Ley de Asignaciones Familiares que se refiere a toda la población, abarcando cuatro subprogramas: de salud, alimentación y nutrición, de asentamientos campesinos y mejora de la vivienda rural, de capacitación y divulgación y del régimen no contributivo de pensiones. Por este último se permite la extensión de los seguros de enfermedad y maternidad a los trabajadores independientes.

También es importante señalar que este Fondo de Desarrollo Social está particularmente referido a agricultores, pescadores, trabajadores forestales y otros, operando como un mecanismo compensador de las contribuciones reducidas que éstos pagan en el seguro de enfermedad y maternidad.

Otro de los hechos significativos de este proceso se puede encontrar en la vinculación y/o coordinación específica de la Caja Costarricense con el Ministerio de Salud, a quien, le es conferido por la Ley General de Salud "la definición de la política de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a Ley".<sup>55</sup>

Como se ha mencionado anteriormente la integración paulatina de los centros médicos asistenciales a la Caja de Seguro Social, ha permitido una extensión territorial del sistema del 94%, siendo la población nacional protegida dentro del seguro de enfermedad y maternidad del 82% y como lo expresa un estudio "al asumir la Caja Costarricense la responsabilidad del gobierno y administración del sistema hospitalario nacional, cobra mayor importancia el mejoramiento y ampliación de todos los centros médico asistenciales, tanto en sus instalaciones físicas como en la reorganización de los servicios médico administrativos".<sup>56</sup>

<sup>54</sup> Véase: Artículo 12 del Decreto Ejecutivo N° 1508, TBS, 16 de febrero de 1971.

<sup>55</sup> Véase: Ley General de Salud N° 5395, 1974, Artículo 2.

<sup>56</sup> Aporte de la CCSS a la XI Asamblea General de la CISS, México, septiembre de 1977, p. 49.

Podría reiterarse, como lo menciona el estudio a que se alude<sup>57</sup> que los objetivos principales de dicha integración del sector salud en la Caja Costarricense de Seguro Social han permitido obtener el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles en el sector en beneficio de toda la población, logrando una mayor cobertura de dichos servicios, produciendo la satisfacción de las necesidades de salud de toda la población, tanto en *calidad* como en *cantidad*, a la vez que potencializar los recursos de la comunidad y su participación en la solución de sus propios problemas de salud, y facilitar la programación conjunta y la evaluación continua a través del establecimiento de una estructura normativa única, uniformidad de métodos y procedimientos y ejecución equilibrada y en función programática de los presupuestos.

#### 6.2.5 *La Seguridad Social y los Planes de Desarrollo en Panamá*

Otro de los modelos en la región americana referente a la integración del sector salud, a través del organismo gestor de seguridad social a nivel nacional, es el de Panamá, en donde la Caja de Seguro Social, a través de diversas etapas, asumió la responsabilidad de la integración de dicho sector.

Algunos antecedentes generales pueden observarse en este proceso paralelo de desarrollo de la seguridad social, con el desarrollo del sector salud en cumplimiento del mandato constitucional al consagrar que el Estado tiene como función esencial, velar por la salud pública.

Como es bien sabido, a partir de 1940 se establecen diversos regímenes de seguridad social en América Latina, cuyas características fueron su generalización y el estar referidos preferentemente a la protección por seguridad social de las prestaciones de enfermedad maternidad. Entre estos sistemas se instaura en Panamá, el 21 de marzo de 1941, el régimen de seguridad social a cargo de la Caja de Seguro Social. La Ley Orgánica fue reformada posteriormente, reglamentada en su contenido y ejecutada con disposiciones específicas que implican la aplicación del principio de extensión progresiva, tanto en contingencias como en personas cubiertas. Inicialmente la protección se refiere a los trabajadores del sector público y privado contra las contingencias de enfermedad y maternidad, vejez, invalidez y muerte a las que posteriormente se incorpora en 1970 la rama de riesgos profesionales.

En 1975 se produce una interesante reforma en Panamá a través de la Ley 15, en la cual se modifica la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, ampliando significativamente su campo de aplicación, con la protección de los trabajadores independientes, estacionales y ocasionales, cuyo aseguramiento había sido previsto en disposiciones anteriores y a los trabajadores domésticos, incorporados por reglamento especial y, para ciertos pensionados y jubilados del Estado. En esta Ley también se modifican las bases para las diferentes ramas de seguros de las inversiones y las reservas.

Dentro del campo que nos ocupa de universalización de la seguridad social en base preferente de las prestaciones médicas, adquieren particular importancia las disposiciones de esta Ley, que amplía significativamente la protección al núcleo familiar, señalando condiciones para la protección de otros miembros de este núcleo, dependientes económicos del asegurado. Asimismo por las medidas que se toman de disminución de los periodos de calificación para tener acceso a las prestaciones y el establecimiento de asig-

<sup>57</sup> *Opus cit., idem*, p. 42.

naciones familiares complementarias a las pensiones, y, el desarrollo de las prestaciones sociales.

Las anteriores referencias se han hecho para considerar una de las características de la seguridad social panameña que es la unidad de gestión y la no existencia, como en caso de otros países americanos de pluralismo de entes gestoras.

Otro de los aspectos de trascendencia es la coordinación establecida por la Caja de Seguro Social de Panamá con los servicios de salubridad y medicina preventiva del Ministerio de Trabajo y Previsión Social y del Ministerio de Salud Pública. De ahí que con el firme propósito de realizar la extensión a nivel nacional de la seguridad social ampliando su campo de aplicación y en lo tocante a las prestaciones médicas, se haya desarrollado una significativa coordinación que se menciona a continuación.

En efecto, la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social (Decreto de Gabinete N° 249 de 16 de julio de 1970), atribuye a este Organismo Ejecutivo el objetivo de proyectar, recabar, promover, administrar y ejecutar las políticas, normas legales y reglamentarias, planes y programas laborales de seguridad social y bienestar social del Estado, encuadrado en las respectivas normas institucionales, legales y reglamentarias y en los objetivos y metas de los *Planes Nacionales de Desarrollo Económico y Social*. Esta disposición a que se alude está señalando claramente la congruencia de la seguridad social y su articulación dentro de los objetivos del desarrollo a nivel nacional.

A su vez, en esta misma disposición se prevé el funcionamiento de un Consejo Nacional de Trabajo y Bienestar Social, integrado entre otros por el Director General de la Caja de Seguro Social. Dicho Consejo tiene entre otras funciones, la de armonizar el desarrollo económico con el social del país.

En cuanto al sector salud, las disposiciones constitucionales (1972) son explícitas al consagrar como función esencial del Estado el velar por la salud pública de toda la población y a la vez que se estipula el desarrollo de políticas nacionales de alimentación, nutrición, salud y seguridad social, se dispone que "los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, se integren orgánica y funcionalmente. La Ley reglamentará esta materia".

Esta disposición constitucional está indicando claramente el esquema a seguir en Panamá en materia de integración del sector salud.

Posteriormente en 1973, y en base a las disposiciones constitucionales a que se alude, se asignó la responsabilidad de integrar orgánica y funcionalmente el sector gubernamental de salud a la Caja de Seguro Social, lo que implicó una revisión de las proyecciones de cambio en dicha Caja para asumir esa responsabilidad.

Inicialmente en base a este mandato se realizaron acciones coordinadas, escogiéndose diversas provincias del país, coordinando acciones con diferentes organismos del sector público en materia de educación, agricultura, economía, vivienda, planificación y otros, y buscando en este proceso la participación comunitaria y de organismos privados, hasta lograr la conjunción de los esfuerzos en un Sistema de Salud Nacional.

En 1973 al asumir la Caja esta responsabilidad, la Dirección General de la institución manifestó: "paulatinamente, sin apuros, pero sin descanso, proseguiremos esta extraordinaria empresa, encomendada a la Caja de Seguro Social, en la seguridad de que trazaremos los caminos permanentes

que han de llevarnos al logro de uno de los objetivos fundamentales del Gobierno actual. Prestaciones médicas iguales en salud y en enfermedad, para todos los panameños".<sup>58</sup>

#### 6.2.6 *La unificación cubana y la dimensión asistencial de la seguridad social*

Como nos permitimos mencionar en un trabajo elaborado para la XII Asamblea General de la CISS,<sup>59</sup> los seguros sociales en Cuba que se impartían a través de una gran pluralidad institucional, sufrieron una gran transformación en 1959. Antes de esa fecha se realizaron diversos estudios acerca de la situación de la seguridad social cubana, uno de ellos, elaborado por la OIT, concluía que para esa fecha existía en el país multitud de regímenes autónomos creados sin plan y estudios previos, con notable desigualdad en los derechos entre los diversos sectores de trabajadores y generosas prestaciones de la ley que quedaban notablemente deslucidas en la práctica.

En 1959, siguiendo con el proceso unificador, que a partir de esa fecha se desarrolló con continuidad en este país, fue creado el Banco de Seguros Sociales de Cuba, con el cometido de unificar las Cajas de Retiro Obrero del país. A fines de 1960 la Dirección Nacional de Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo inició la integración progresiva de todos los organismos de seguridad social. El plan se llevó a cabo, entre muchas otras acciones, disolviendo el Banco de Seguros Sociales de Cuba y trasladando al Ministerio de Trabajo los organismos de ese tipo correspondientes al sector obrero y al sector público. Progresivamente se integraron en la Dirección de Seguridad Social de dicho Ministerio diversas Cajas de seguros profesionales y privados. Este proceso tuvo su etapa fundamental con la promulgación, en 1963, de la Ley 1100 que uniformó los diversos regímenes existentes. A partir de esa fecha el sistema cubano ha ido incorporando sucesivamente a nuevos sectores de la población que no estaban comprendidos en el régimen ordinario por circunstancias especiales.

Puede considerarse que Cuba tiene, en este hemisferio, el único sistema de seguridad social que ha evolucionado desde la vieja forma de la mutualista independiente, hasta un régimen estatal de cobertura nacional.

Los anteriores datos consignados permiten apreciar en una muy breve síntesis la progresión de la seguridad social cubana y su extensión significativa que, según datos oficiales, actualmente comprende al 100% de la población en actividad laboral.

Sin embargo, con el propósito que anima este estudio, que es el de observar la universalización de la seguridad social en base a las prestaciones médicas, el enfoque seguido por cada uno de los países de la región, implica a la vez que una consideración de enclave general en el Continente, otra, específicamente relacionada con la estrategia seguida de integración del sector salud.

<sup>58</sup> Citado por Alberto E. Calvo Sucre en "Las Proyecciones de Campo en la Extensión Médica Integral por la Caja de Seguro Social al asumir la responsabilidad de la integración de los subsectores gubernamentales de salud", Panamá, enero de 1974, pp. 25-26.

<sup>59</sup> Véase: Progresión y Avances de la Seguridad Social en América Latina, publicación IMSS, México, 1980, pp. 34-36.

Siguiendo este último lineamiento dos aspectos básicos deben resaltar-se: el primero referente a que la Ley 1100 con la que se unifica el Seguro Social cubano no comprendía a la población en general y se refería básicamente al trabajador y a su familia. Posteriormente, la Asamblea Nacional del Poder Popular acordó la Ley 24 de Seguridad Social, que entró en vigor el 1º de enero de 1980 y por medio de la cual el Estado garantiza la protección al trabajador, a su familia y a la población en general mediante un sistema que comprende un régimen de seguridad social y otro de asistencia social.

El segundo punto es referente al análisis de las prestaciones médicas, en este caso universales, que implican la vinculación estrecha de este tema de seguridad social a que se alude, con la integración misma del sector salud dentro de los Planes Nacionales de Desarrollo Económico y Social de ese país.

Desde un enfoque de universalización de prestaciones médicas, la Ley 24 estipula que el régimen de seguridad social ofrece protección al trabajador en los casos de enfermedad y accidente de origen común o profesional. El cuadro de prestaciones a que se hace referencia es el de servicios, especie y dinero.

Ahora bien, estas prestaciones médicas son otorgadas en los centros asistenciales *estatales* y con cargo al presupuesto de salud pública, dado que se trata de un sistema, el único en Latinoamérica, no contributivo.

Ese mismo sentido siguen otras prestaciones como la rehabilitación laboral, que se lleva a cabo en centros determinados por los programas de rehabilitación integral.

Este enfoque resultaría incompleto, a pesar de tratarse en este trabajo los aspectos básicos de la extensión de las prestaciones médicas, si no se mencionara, al menos colateralmente que las prestaciones diferidas se pagan por el Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, también con cargo al presupuesto de la seguridad social.

En este sentido, enfocada la universalización de las prestaciones médicas a la totalidad de la población nacional, el Sistema Nacional de Salud tiene a su cargo la ejecución de todas las actividades médicas dirigidas a proteger y recuperar la salud de la población, a través de una organización regionalizada en cuatro niveles de servicios que son respectivamente jerarquizados por tres niveles administrativos.

Sobre la base de los principios de que la salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado y que los servicios de salud son de carácter integral, con la participación activa de la comunidad organizada, el Sistema se extiende nacionalmente y de éste se derivan las siguientes ventajas: integración<sup>60</sup> de todas las actividades relacionadas con la atención médica en un *solo organismo estatal*, eliminando las dificultades en la obtención de cualquier servicio de salud. La prestación de servicios médicos preventivos y curativos tanto al individuo como a la familia y la comunidad, complementados por acciones dirigidas a modificar favorablemente el medio en que viven, estudian o trabajan. Asimismo, el desarrollo planificado de la salud pública, la programación específica de actividades en materia de salud, la participación del pueblo y de las organizaciones de masa, son otras de las ventajas que se señalan de la puesta en práctica de este Sistema Nacional de Salud de carácter eminentemente estatal.

<sup>60</sup> Véase: Informe Anual 1979, Ministerio de Salud Pública, República de Cuba, p. 9.

En cuanto a otros planes vinculados con la salud pública y la asistencia social en ese país debe mencionarse la "Estrategia de Desarrollo Perspectivo, Económico y Social hasta el Año 2000" y los lineamientos de la Junta Central de Planificación en el "Plan de Salud Pública" para el quinquenio 1981-1985.

Tal como lo expresa el Informe a que se alude<sup>61</sup> "la evaluación, en todos los niveles del Programa para la Optimización de los Servicios de Salud, mostró un mayor grado de satisfacción por parte de la población en relación con la calidad de la atención recibida. En este sentido se hizo evidente la participación del Partido, el Sindicato y las Administraciones de las Unidades de Salud".<sup>62</sup>

### 6.2.7 México y la solidaridad social en el contexto de la marginalidad

El seguro social en México, desde una visión retrospectiva al período de 1943 (en que se inicia) a 1973 (fecha de la ley actual) y en proyecciones más recientes, permite apreciar una dinámica de extensión que se orienta a alcanzar, en un mediano plazo, la cobertura de toda la población del país.<sup>63</sup>

Desde su origen el seguro social fue concebido como un sistema nacional. La creación de un sistema encaminado a proteger inicialmente al trabajador y a su familia, se constituyó en un mecanismo democrático para encauzar en un marco de mayor justicia las relaciones obrero-patronales y la igualdad de derechos entre todos los asalariados.

El sistema que aparece en 1943, cuando se registra en la mayoría de los países de América Latina el establecimiento de seguros sociales generalizados y obligatorios, desarrolló una nueva forma de política social y se fue perfilando a través de diversos mecanismos en una política cada vez más definida hacia la universalización.

La Constitución de 1917 consagra por primera vez en una Carta Magna a las garantías sociales, iniciando con ello una nueva etapa en la historia del derecho constitucional moderno.

El régimen instituido por la Fracción XXIX del Artículo 123 de la Constitución Política de 1917, tenía como objeto primordial la protección al trabajador; la Reforma de 1974 consagra que los seguros se encargarán "de la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares".

Desde 1943 hasta 1973 el sistema fue avanzando tanto en la mejoría de la protección de los trabajadores asegurados y sus familias, como en la extensión a grupos no sujetos a relaciones de trabajo. Así, fueron incorporando paulatinamente a trabajadores independientes, mientras que en el campo se registraba un gran avance tanto a través del régimen ordinario como por sistemas modificados.

La Ley de 1973 significa un hecho sobresaliente en el desarrollo de la seguridad social mexicana, al estipular, entre otras grandes reformas, la extensión del régimen de solidaridad social dirigidos a núcleos de población que, debido al estadio del desarrollo del país, constituyen polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana.

<sup>61</sup> *Opus cit., idem*, p. 9.

<sup>62</sup> *Opus cit., ibidem*, p. 10.

<sup>63</sup> Véase: Progresión y Avances de la Seguridad Social en América Latina, *Opus cit., idem*, pp. 38-39.

Estos servicios comprenden asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria.

La misma Ley faculta al IMSS para dictar las bases e instructivos sobre dichos servicios y señala la coordinación con la Secretaría de Salud y Asistencia y otras instituciones de seguridad social.

Dentro del tránsito de los seguros sociales a la seguridad social, la cobertura a los grupos sin capacidad contributiva a los que arriba se alude, significa uno de los avances más notables de la seguridad social en México, plasmada posteriormente en el Convenio suscrito en 1979 entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR), para el establecimiento de servicios de solidaridad social en las áreas marginadas.

El Instituto está facultado para organizar, establecer y operar unidades médicas destinadas a estos servicios, a los cuales los beneficiarios contribuyen en efectivo o con realización de trabajos comunitarios. Es con relación a este último aspecto que el IMSS realiza una decidida acción con COPLAMAR y contribuye a determinar la coordinación de las acciones de otras dependencias en programas dirigidos a este tipo de zonas geográficas y grupos humanos del país.

COPLAMAR fue creado por Acuerdo Presidencial el 17 de enero de 1977, con objetivos de estudiar y proponer la atención eficaz de las necesidades de las zonas deprimidas y los grupos marginados y sugerir y determinar la coordinación de las acciones de las dependencias y entidades de la administración pública federal, así como los programas dirigidos a este tipo de zonas geográficas y grupos humanos del país.

A su vez COPLAMAR coordina y agrupa acciones del Instituto Nacional Indigenista, Comisión Nacional de Zonas Áridas, diversos fideicomisos, patronatos y otros organismos de penetración territorial, que permiten acciones de promoción, organización y coordinación de los trabajos que aportan los beneficiados.

El IMSS y COPLAMAR establecen en el Convenio a que se alude, el desarrollo de un programa de "Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria", cuyos objetivos son la ampliación del ámbito de cobertura de estos servicios y la consolidación de un sistema comunitario en beneficio de estos núcleos de población, sujetos de solidaridad social.

De esta manera se prevé en el Convenio la operación y establecimiento de diferentes unidades médicas, rurales y urbanas y clínicas-hospital de campo.

En las unidades médicas rurales y urbanas se otorga consulta externa general, asistencia farmacéutica, materno infantil, educación para la salud y otras atenciones de promoción, protección y recuperación de la salud. En las clínicas-hospital de campo se otorga consulta externa, medicina preventiva, asistencia farmacéutica y hospitalización.

Uno de los aspectos más importante de este Programa es que se encuentra financiado básicamente por el Gobierno Federal y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por el Programa IMSS-COPLAMAR,<sup>64</sup> en 1980 el número de beneficiarios alcanzó a 14 millones de personas, a quienes se otorgaron servicios a través de 2 104 unidades médicas. Sólo en 1980 fueron inaugurados los

<sup>64</sup> Informe de Labores de 1980 a la XLVIII Asamblea General del IMSS. México, diciembre de 1980, p. 5.

servicios de 60 unidades médicas rurales y 13 clínicas-hospital de campo, habiéndose protegido en el mismo lapso a 690 000 personas adicionales.<sup>65</sup>

Los anteriores datos consignados muestran de manera clara que por el sistema mexicano de seguridad social se está cubriendo paulatinamente las zonas marginadas, incorporándolas en una estrategia de desarrollo social en la que participan diversos sectores.

Este proceso que define la viabilidad de la universalización de las prestaciones médicas, también responde a una de las preocupaciones básicas de la política social y económica de este país.

Así, "la atención a grupos marginados se integra, en gran parte, por el impulso simultáneo al empleo y al bienestar. Se trata de erradicar las causas que determinan la existencia y reproducción de la marginalidad rural y del sector informal urbano, a través de la combinación de acciones con metas programadas en el tiempo y en el espacio, de acuerdo a las prioridades globales".<sup>66</sup>

En la incorporación de grupos no contributivos, juega indudablemente un papel decisivo la participación del Estado y, el Sector Salud se constituye en una de las prioridades de la política gubernamental.

De ahí que la población amparada por los sistemas de seguridad social y de salud se haya incrementado notablemente. En 1979, ambos sistemas amparaban alrededor del 80% de la población total del país; <sup>67</sup> en esta cifra se incluyen la cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de otras instituciones públicas y privadas dedicadas a la prestación de servicios médico-asistenciales.

Las metas propuestas en las políticas de salud y seguridad social en el Plan Global de Desarrollo, además de señalar acciones médico-preventivas, curativas, rehabilitatorias, de planificación familiar, de nutrición y otras, comprenden específicamente la extensión de servicios indispensables en las zonas marginadas, la incorporación tanto de la población que permanece fuera de la cobertura de la seguridad social, como de la que sufre abandono en las zonas rurales y marginadas urbanas.

Es precisamente sobre estas zonas que la estrategia global del desarrollo marca acciones conjuntas, interrelacionadas entre sí, para lograr que estos grupos de población se incorporen plenamente al desarrollo nacional.

En este trabajo, cuya temática central es la universalización de la seguridad social con particular enfoque a las prestaciones médicas, el caso de México es uno de los más interesantes de señalar y conduce a observar un modelo en el que la seguridad social está estructurada dentro de un plan global de desarrollo integral, con diversas acciones que se complementan y condicionan recíprocamente. Para alcanzar estos fines de universalización, se observa tanto la prioridad asignada al sector salud como a las acciones convergentes con los objetivos básicos de alcanzar el bienestar social de la población.

### 6.2.8 *La participación de la seguridad social en las políticas de salud en Bolivia*

Por Decreto Ley N° 16807 de 19 de julio de 1979, se crea en Bolivia el

<sup>65</sup> *Idem*, p. 39.

<sup>66</sup> Plan Global de Desarrollo 1980-1982. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1980, p. 339.

<sup>67</sup> *Opus cit.*, p. 451.

Servicio Nacional de Salud como institución pública descentralizada del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, supervisado directamente por la Subsecretaría de Salud Pública dependiente del citado Ministerio. Se inviste al Servicio con las facultades de ejecutar las políticas, planes y programas de salud a nivel nacional.

Esta reforma está precedida por las bases señaladas en la Ley de Organización Administrativa del Poder Ejecutivo (1972) en la que, al asignar competencias específicas a los organismos de la Administración Central, se fijan las acciones de previsión y de salud en el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

Sin embargo, los motivos a los que obedece la creación del Servicio Nacional, están señalados en la dificultad para el Ministerio de Previsión y Salud Pública de cumplir con las prestaciones de servicios de salud a la comunidad boliviana, en la creciente demanda de la misma y en el propósito de obtener, por medio de una entidad con capacidad operativa técnico-administrativa, el cumplimiento de la política de salud a nivel nacional.

Ahora bien, ¿cuál es la relación que se establece entre este Servicio Nacional de Salud y otros organismos similares de seguridad social?

En este punto, sería propio señalar básicamente algunos antecedentes. En 1973, en consideración a la necesidad de implementar la política social en este país, así como de lograr que el principio de pluralidad coordinada cuente con un organismo planificador, se creó el Instituto Boliviano de Seguridad Social, encargado de la dirección, planificación y evaluación de la política de seguridad social y de las entidades encargadas de su gestión en el país, con facultades de control y fiscalización sobre estas últimas.

Posteriormente,<sup>68</sup> se dispuso que la política de Seguridad Social sería formulada por el Supremo Gobierno a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, previo dictamen técnico del Instituto Boliviano de Seguridad Social, quien tendría las mismas funciones de coordinación del sistema boliviano de seguridad social y la dirección, supervisión y control técnico sobre las instituciones gestoras.

De ahí que al crearse el Servicio Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de *Salud* y Previsión Social y Salud Pública, se dispone que el Instituto Boliviano de Seguridad Social, manteniendo su actual "status" jurídico dependa asimismo de dicho Ministerio, desarrollando su acción bajo la dirección normativa, coordinadora y de supervisión de la Subsecretaría de Seguridad Social.

Finalmente, se crea una Comisión Interministerial integrada por representantes de los Ministerios de Previsión Social y Salud Pública, de Planeamiento y Coordinación y de Finanzas, la que se encargará, entre otros cometidos, de formular la Ley Orgánica del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y del propio Servicio Nacional de Salud.

Es evidente, por lo anterior, que en el caso de Bolivia, bajo el control del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, se articulan las políticas tanto de salud como de seguridad social, con el fin de obtener acciones coordinadas dirigidas a la protección de la población nacional.

### 6.2.9 *Nicaragua y su modelo de extensión*

Dentro de la temática de universalización de las prestaciones médicas y acciones tendientes a este fin, el caso de Nicaragua se constituye en un modelo "sui generis" en América Latina.

<sup>68</sup> Véase: Decreto Ley N° 14643 de 3 de junio de 1977.

Al respecto deben mencionarse, como se hizo con otros países, ciertos antecedentes paralelos en cuanto a la evolución del propio sistema de seguridad social con las acciones desarrolladas por otras instituciones del sector salud.

En lo tocante a seguridad social, la Ley inicial de 22 de diciembre de 1955 establece en ese país los seguros sociales a cargo del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, señalando la progresión de la cobertura en cuanto a contingencias y en cuanto a personas amparadas.

La unidad de gestión es también característica en Nicaragua, ya que la institución administradora se dirige desde sus inicios a la protección del sector público y privado, siendo la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social la que dirigía, orientaba y coordinaba a la seguridad social en el país, en cuanto a la asistencia social, asistencia médica y seguros sociales.

Siguiendo este proceso progresivo se incorporaron paulatinamente diversas ramas de seguro hasta 1959 cuando se incluye la de riesgos de trabajo.

Posteriormente, se realizaron numerosas reformas por las cuales se establecen, entre otros, el seguro facultativo (1961) y se extiende el campo de aplicación del seguro social a los centros suburbanos (1963), a las explotaciones mineras (1967) y a algunos municipios (1979).

La institución gestora de seguridad social de Nicaragua, ha adoptado en diferentes épocas Planes Decenales de extensión gradual del seguro, tratando de comprender dentro de su campo de aplicación a los trabajadores agrícolas. Sin embargo, la reducida cobertura del sistema parecía expresarse en los términos de menos de 10% de la población nicaragüense, a fines de 1978.

Hasta aquí, se han señalado algunos antecedentes del seguro social en Nicaragua, mismo que sufrió una profunda transformación a mediados de 1979, la que se analizará a la luz de la documentación disponible, tratando de referirla al problema de la temática central de este trabajo, o sea, la universalización de los seguros sociales, en base preferente a las prestaciones médicas.

Con este criterio de enfoque, se encontraría en Nicaragua, con todas las limitaciones derivadas de ser un proyecto de reestructuración, cuyos resultados aún no se pueden apreciar, un nuevo modelo dentro del panorama de América Latina.

En efecto, una de las primeras acciones de la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional de Nicaragua que se instituyó a fines de la Revolución de julio de 1979, fue establecer un programa de gobierno, en cuya área social se prevén diversas acciones vinculadas con la seguridad social.

Parecería por lo anterior haber quedado señalado dentro de este Programa, el esquema de la estructura de las instituciones del sector salud.

Al plasmarse dentro de este Programa las propias bases para la organización del Estado, la acción en el área económica, la reorganización institucional y otros planes vinculados con los objetivos de desarrollo, se señalan los pertinentes en materia social, que se concretan en el "establecimiento de una política que tienda a erradicar la desocupación y que haga efectivo el derecho a la *salud*, la *seguridad social*, la *educación* . . ." <sup>69</sup>

Para cumplir con estos objetivos se señalan una serie de medidas vincu-

<sup>69</sup> Véase: Programa de la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional de Nicaragua, Comercio Exterior, 1979, p. 889.

ladas con la promulgación de un nuevo Código de Trabajo y de reestructuración del sistema de seguridad social “con el propósito de convertirlo en un organismo eficiente, al servicio de los trabajadores nicaragüenses” y que “hará efectiva gradualmente la *universalización* de los beneficios del régimen de seguridad social a toda la familia del trabajador y en todas las zonas urbanas y rurales del país”.

Paralelamente a este proceso, en el mismo Programa a que se alude, se prevé una planificación de la acción en materia de salud a través de la creación del “Sistema Nacional Unico de Salud, dentro del cual se incorporará progresivamente la participación activa de la comunidad, con el propósito de sentar las bases para la prestación de estos servicios en forma tal que asegure su eficiencia, en términos de la calidad y oportunidad en que se presta. Las bases para el funcionamiento de este Sistema se incluirán en el Plan Nacional de Salud”.<sup>70</sup>

Asimismo, se prevén acciones vinculadas con una política de formación de técnicos, regulaciones aplicables a las medicinas y participación de los profesionales de la salud y Programas de nutrición infantil, entre otros.

Estas bases señaladas anteriormente, que significan al futuro un cambio de estructuras de las instituciones del sector salud, fueron plasmadas posteriormente en otras disposiciones legales por las que se pretende introducir un cambio fundamental en las instituciones del sector salud. Así, el Decreto de 8 de agosto de 1979 crea el Sistema Nacional Unico de Salud a cargo del Ministerio de Salud, institución responsable de los servicios médicos a toda la población nicaragüense, ya sean asegurados o no asegurados. En este sentido, el seguro social deja de prestar directamente la rama de enfermedad-maternidad y las prestaciones médicas por riesgos profesionales y transfiere a dicho Ministerio tanto sus instalaciones médicas, como la cuota técnica destinada a su financiamiento.

En lo tocante a las prestaciones económicas, el Instituto Nicaragüense continúa con su otorgamiento que es decidido por el Ministerio de Salud, deduciendo el monto de dichos subsidios de la cuota actuarial.

Toda vez que este Plan de reestructuración de la seguridad social implica simultáneamente la mejoría de las prestaciones actualmente otorgadas, la inclusión de sectores importantes de la población, la disminución de ciertos requisitos de calificación, el incremento de las prestaciones económicas y, en suma, una mejoría tanto en la calidad como en la cantidad de las prestaciones otorgadas, se observa con gran interés este proceso nicaragüense de seguridad social, ya que la viabilidad de estos planes indudablemente debe ser referida a las bases de su financiamiento, estructura administrativa y otros factores que hagan posibles resultados concretos a corto, mediano o a largo plazo.

A pesar de ser reconocido este principio de universalidad en las disposiciones a que se hizo alusión, se considera que la seguridad social nicaragüense aún tiene que recorrer un largo camino para lograr su efectiva aplicación.

#### 6.2.10 *Perú y la unificación administrativa de su Sistema de Seguridad Social*

En Perú precedió al Seguro Social del Empleado (1948) el Seguro Social Obrero creado en 1936. Aunque durante largo tiempo estas instituciones funcionaron bajo el control de organismos independientes, con sus pro-

<sup>70</sup> Programa de la Junta de Gobierno..., *Opus cit.*, p. 889.

pías instalaciones y otorgando prestaciones similares, ambos seguros fueron posteriormente fusionados.

En efecto, la unificación del Seguro Social Obrero y Seguro Social del Empleado alcanzó su proceso de culminación por medio del Decreto 20212 de noviembre de 1973, creándose para tal propósito el Seguro Social del Perú, como institución pública descentralizada del Sector Trabajo en base a la fusión de ambos seguros y de la Caja Nacional de Pensiones.

Entre los pasos previos que se tomaron con este objetivo, es importante señalar que en 1975 se estableció un Consejo Nacional de Seguridad Social con funciones coordinadoras entre los sistemas existentes y con la competencia de entender la unificación, sistematización y codificación de las normas legales en materia de seguridad social.

Posteriormente, se crea una Dirección de Previsión Social con miras a hacer efectiva dicha coordinación y es en 1972 cuando un Consejo Directivo Unico establecido para tal fin, se encarga de la coordinación administrativa y financiera de ambas instituciones, con el objeto de la posterior unificación administrativa de ambos seguros.

Dentro de este interesante proceso, es útil indicar que los motivos de la unificación se plantean en el orden de vincularla con el Plan Nacional de Desarrollo y con el fin de lograr una eficiente y más racional dirección, administración y fiscalización de los regímenes de prestaciones de salud, del Sistema Nacional de Pensiones y de otros Fondos administrados por ambos regímenes y el de la Caja Nacional de Pensiones.

Así se confiere, entre otras acciones, al Seguro Social del Perú la administración del proyectado Sistema Nacional de Prestaciones de Salud de la Seguridad Social, previendo que mientras éste se integre funcionen dos Gerencias de prestaciones de salud, una para los servicios de la ex Caja Nacional de Seguro Social y otra para los respectivos del ex Seguro Social del Empleado.

Simultáneamente a esta fusión, se dispone en lo tocante a las prestaciones de salud del Seguro Social del Perú, que éstas comprendan no solamente el cuidado de la salud sino la contribución al bienestar de la población asegurada, a través de prestaciones asistenciales, preventivo-promocionales y prestaciones en dinero.

En cuanto al Sistema en sí, es evidente que se dictan múltiples disposiciones tendientes a hacer efectiva dicha fusión, particularmente en lo referente a medidas administrativas y financieras, extendiéndose paulatinamente las prestaciones a las familias de los asegurados y a los trabajadores independientes, entre otros.

Estas modificaciones en la estructura del sistema peruano de seguridad social, parecen estar más bien orientadas, como se expresa en la legislación respectiva en lo tocante a la salud, a brindar atención integral al asegurado y a su familia y a unificar y ampliar los regímenes establecidos previamente.

En este continuado proceso de unificación, se señala también que recientemente, en julio de 1980, a través del Decreto Ley 23161, el Gobierno Revolucionario crea el Instituto Peruano de Seguridad Social, vinculado al Poder Ejecutivo a través de la Presidencia del Consejo de Ministros y asumiendo las funciones, atribuciones, derechos y obligaciones del Seguro Social del Perú.

En la Ley de creación se alude a la necesidad de adecuar la organización del Seguro Social del Perú al mandato de la nueva Constitución del Estado.

Posteriormente, se introducen modificaciones en la estructura orgánica del Seguro Social del Perú mientras se establece el funcionamiento básico y se dictan los reglamentos del Instituto Peruano de Seguridad Social.

Si bien la unificación del sistema peruano de seguridad social se ha realizado a través de medidas sucesivas registradas en más de una década, ésta parece estar más bien vinculada con el fin de hacer posible la unidad administrativa de las instituciones de gestión, sin que a pesar de ello se pueda captar nítidamente una orientación específica hacia la universalidad de la seguridad social, aun en materia de prestaciones de salud. Valga para ello recordar la reducida cobertura al medio rural y que el ámbito de aplicación de las prestaciones de salud de este sistema comprenda en términos generales y, aun en la fecha, sólo a los grupos protegidos por anteriores regímenes.

## VII. Consideraciones finales

En el perfil de la seguridad social moderna, en cuyo contexto se plasma el desarrollo de políticas sociales y económicas de amplia dimensión, la universalidad de su cobertura en las dos vertientes clásicas: las personas amparadas y las contingencias cubiertas, aún sigue siendo un objetivo tal vez lejano de alcanzar y el reto inmerso en las acciones de los seguros sociales como instrumentos de seguridad social.

Un análisis detenido del modelo de seguridad social a universalizar, comprueba este aserto, del que se desprenden proposiciones, en realidad discutibles, que modifican el enfoque habitual de considerar que por vías de la extensión gradual en regímenes convencionales, se habrán de alcanzar etapas progresivas hacia la universalización.

Los mecanismos "sui generis" desarrollados actualmente en algunos sistemas americanos de extensión nacional, revelan la dirección del cambio operado en sus propias estructuras para estos logros, entre éstos, se pueden detectar fundamentalmente: la aparición de sistemas coexistentes contributivos y no contributivos, como expresión de una transformación paulatina, que, partiendo del trabajador, converge en el derecho del hombre a la seguridad social.

Resulta imprescindible, por lo tanto, una revisión de los alcances de las políticas en sí de seguridad social y de sus medios de acción, en aquellas instituciones que han logrado sólo cubrir a algunos sectores de la población y cuya aparente estratificación denota la necesidad de un replanteo de sus propias bases para concretar realmente una viabilidad de universalización.

En el orden internacional, el legítimo señalamiento de países en vías de desarrollo de las brechas que existen con los países desarrollados en la atención primaria de la salud, en la cobertura universal de prestaciones médicas, sea por sistemas de seguridad social o de salud pública, marcan fehacientemente el compromiso de realizar estas acciones a nivel nacional, cuya prioridad es evidente y fin último de las polémicas de desarrollo económico y social.

Al aspirarse, como se plasma en la doctrina, de que la población nacional sea comprendida en el campo de aplicación de los seguros en un plazo mediato en lo tocante a prestaciones médicas, se está apuntalando la configuración de un modelo democrático de seguridad social, que hace preciso desarrollar estrategias globales y sectoriales con igualdad de oportunidades y de seguridad para todos.

Afianzando aún el valor declaratorio de los instrumentos internacionales logrados en el campo de la seguridad social americana, que abundan en la necesidad de concebir esta seguridad social dentro de la planificación del desarrollo, se reitera la permanencia de un compromiso de acciones complementarias para hacer efectivo a nivel nacional, el logro de estos mínimos de bienestar para la población. Se yergue aún la importancia de la planeación sectorial de la seguridad social, con consideraciones de criterios cualitativos y cuantitativos compatibles con los objetivos del desarrollo nacional.

Dentro de este cuadro, en América Latina, la existencia relativamente reciente de sistemas de seguridad social a nivel nacional, señala un avance incuestionable hacia la pretendida universalización de prestaciones médicas, en cuya dinámica convergen también los sistemas nacionales de salud interrelacionados directamente con los primeros.

Las diferentes estrategias de coordinación e integración señaladas a lo largo de este trabajo, parecen ser resultantes de la asignación de prioridades por parte del Estado al Sector Salud y de su participación directa a través del financiamiento de los regímenes no contributivos, de reciente implantación en algunos países, así como del desarrollo de importantes programas asistenciales dentro del marco de la seguridad social.

Es evidente, asimismo, cómo se analizó en los casos de algunos sistemas de seguridad social del área, la decisión política que determinó los procesos de uniformación legal de beneficios entre diversos regímenes, de unificaciones institucionales, de centralización o descentralización administrativas de modificación del financiamiento y de otros puntos sobresalientes de la estructura de la seguridad social para conducir a una dimensión viable de universalización.

Lejos, por lo tanto, de señalar modelos a seguir para lograr la efectiva aplicación de este principio de universalización, si este trabajo en que se han vertido sólo algunos criterios de enfoque de este proceso contribuye a disminuir la distancia, que parece llamada a profundizarse, entre una concepción doctrinal de universalidad y su aplicación real, habrá cumplido con su objetivo propuesto.

## Bibliografía

- ALMANZA PASTOR, JOSÉ MANUEL. "Del riesgo social a la protección de la necesidad". *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, N° 6, noviembre-diciembre 1971, pp. 1609-1624.
- AISS. Documentos de la Seguridad Social Americana 1980. I Conferencia Regional Americana. Ottawa 1979.
- BEVERIDGE, WILLIAM. "Planes de seguridad social en Gran Bretaña". *Revista Internacional del Trabajo*. Vol. XXVII, N° 1, enero de 1943.
- DEJARDIN, JÉROME. "La organización de los servicios médicos en la seguridad social". *Revista Seguridad Social*, Año XVIII, Epoca III, N° 56, marzo-abril, 1969.
- DIÉGUEZ, HÉCTOR L. "La seguridad social en América Latina". *Revista de Economía Latinoamericana*, México 1977, pp. 196-197.
- DRAPER, PETER. "Planificación de la salud: algunas consideraciones técnicas". *Journal of Social Policy*. Abril 1972, pp. 149-161.
- DROGENDIJK, A. C. "Cuatro proyectos para un seguro nacional de atención médica ¿qué modelo se debe escoger?". *Resúmenes Analíticos de Seguridad Social*, AISS, N° 120, 1974.

- DUPEYROUX, JEAN JACQUES. "El derecho a la seguridad social". *Boletín del Instituto Nacional de Previsión Social*, Año VI, N° 48, mayo 1962, República Argentina.
- DUPEYROUX, JEAN JACQUES. "Nuevas consideraciones sobre la teoría general de la seguridad social". *Boletín del Instituto Nacional de Previsión Social*, Año X, N° 92, enero 1966, República Argentina.
- FICHTNER, B. "Asistencia social, seguro social y seguridad social". *Resúmenes Análíticos de Seguridad Social*, AISS, N° 68, 1973.
- FULCHER, DERICK. "Sistemas de asistencia médica". Publicación de la Oficina Internacional del Trabajo, 1975.
- HOWE, GEOFFREY, LAMONT NORMAN. "¿Verdaderamente qué queremos decir por selectividad?". *Resúmenes Analíticos de Seguridad Social*, AISS, N° 6, 1973.
- Informe Anual 1979. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, 1980.
- "La Universalización de los Seguros Sociales". Estudio presentado al Curso de Planeación de la Seguridad Social impartido en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. *Revista Seguridad Social*, Año XXII, N° 82, julio-agosto, 1973.
- LEONARDO BRAVO, ALFREDO. "La medicina de la seguridad social y los programas nacionales de salud". *Revista Seguridad Social*, Año XVIII, Epoca III, N° 56, marzo-abril, 1969.
- MALLET, ALFREDO. "Diversificación o estandarización. Dos tendencias en la seguridad social latinoamericana". *International Labour Review*, N° 1, enero 1970.
- MARTÍ BUFILL, CARLOS. "La seguridad social y la salud". *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, N° 5, septiembre-octubre 1974, pp. 975-990.
- MC GRANAHAN, DONALD V. "Planeación y seguridad social", *Bulletin of the International Institute for Social Studies*, N° 7, junio 1970, pp. 40-54.
- MESA LAGO, CARMELO. "Modelos de seguridad social en América Latina". Ediciones SIAP, Planteos, Buenos Aires, Argentina 1977.
- Ministerio de Salud y Seguridad Social de Gran Bretaña. "La Seguridad Social en Gran Bretaña". *Revista Mexicana de Seguridad Social*, Año 2, N° 6, 1973.
- NETTER, F. "La seguridad social y sus principios". Librería Sirey, París.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. "Seminario Regional de Confrontación de Sistemas de Seguridad Social". Buenos Aires, 11-14 diciembre de 1978.
- Organización Panamericana de la Salud. "Sistemas de Salud". *Publicación Científica*, N° 234, 1972.
- PALMERO ZILVETI, OLGA. "Multiplicidad y Simplificación de las Instituciones de Seguridad Social". *Boletín de Informática y Sistemas Administrativos*. Segunda Serie, N° 2, AISS, Buenos Aires 1973, pp. 1-21.
- PERRIN, GUY. "El porvenir de la seguridad social". *Revista Mexicana del Trabajo*, N° 3, septiembre 1970, pp. 101-124.
- PERRIN, GUY. "La Seguridad Social como ideología y como realidad". *Revista Seguridad Social*, Año XVII, Epoca III, N°s. 49-50, enero-abril 1963.
- PETRILLI, GIUSEPPE. "La sicurezza sociale". *Cappelli Editore*. Roma, 1953, pp. 63-75.
- Plan Global de Desarrollo 1980-1982. Secretaría de Programación y Presupuesto. Talleres Gráficos de la Nación, México 1980.
- REDDIN, MIKE. "Universalidad vs. Selectividad". *Political Quarterly*, enero-marzo, 1969, pp. 12-22.
- RIGATO, GILMO. "Prospecto para seguridad social". *Rivista Italiana di diritto sociale*, N° 1, 1970, pp. 28-35.
- ROEMER, MILTON I. "La atención médica en América Latina". *Estudios y Monografías*, XV, Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Washington, D. C., 1964.

- ROEMER, MILTON I. "Organización de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social". Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra 1969.
- ROEMER, MILTON I. "Perspectiva mundial de los sistemas de salud". Editorial Siglo XXI, México 1980.
- SHELLENBURG, ERNST. "La seguridad social en una sociedad industrial moderna". *Resúmenes Analíticos de Seguridad Social*, AISS, N° 80, 1973.
- VAN PRAAG. "La armonización y la igualdad de los sistemas de seguridad social a nivel europeo". *Droit Social*, N° 4, abril 1968, pp. 259-263.
- VIVES S., AUGUSTO A. "Coordinación e integración de los servicios médicos del seguro social con los de salud pública". *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, N° 3, mayo-junio 1966, pp. 740-753.