



consejo directivo

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XVI Reunión

México, D.F.
Agosto-Septiembre 1964

Tema 35 del programa provisional

CD15/15(Esp.)
16 Julio 1964
ORIGINAL: ESPAÑOL

ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD ASI COMO OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD

LOS MINISTERIOS DE SALUD Y LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Desde el instante en que la Organización Panamericana de la Salud incluyó en su programa la incorporación ordenada y regionalizada de la atención médica en los servicios locales o nacionales de salud, el problema de la seguridad social ha adquirido dentro de ella una especial jerarquía (1). Este hecho coincide con la importancia que algunos sectores de la propia seguridad social están atribuyendo a la protección de nuevos grupos de población a fin de que sus prestaciones no sólo cubran verticalmente a sectores minoritarios sino que lleguen a proteger al mayor número de trabajadores (2). Podría decirse, que hay acuerdo conceptual en cuanto a las ventajas de la coordinación, para el cumplimiento de tales objetivos.

Pero si en el campo de las ideas las opiniones concuerdan, en aquel más importante de las realizaciones, hay todavía un largo camino que recorrer para alcanzar las metas que eviten duplicación de esfuerzos y gastos y que redunde, por ende, en un mejor aprovechamiento de los recursos existentes.

El presente documento, de un carácter netamente preliminar, está destinado a ordenar los principales antecedentes cuyo análisis induzca a una acción más definida. Con tal objeto se los extrae de la documentación oficial como justificatorios de la consolidación de una política superior de salud.

- 1/ OPS. Ideas generales para un programa complementario de atención médica. HHP-1212-60. 10 de agosto de 1960.
- 2/ IV Congreso de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Bogotá-Colombia, 16-22 abril de 1964

1. La Organización constituyó en marzo de 1962 el Grupo Asesor en Atención Médica, con miras a la formulación de una política continental. En los documentos preliminares que se sometieron a la consideración y debate del grupo se hizo presente, en relación con el tema, la discordancia que existe entre necesidades y recursos lo que ha producido en la América Latina la intervención progresiva del Estado en la organización y administración de los servicios. Se advirtió la participación creciente de la seguridad social como otro de los factores que está contribuyendo a convertir la atención médica en una función cada vez más gubernamental y menos privada. No se ocultó la circunstancia de que este tipo de organización de la atención médica limita el ejercicio liberal de la profesión médica por lo cual se pedía buscar la fórmula más adecuada para proteger, por un lado, a una profesión digna y asegurar, por el otro, un servicio eficiente y oportuno, en bien de la sociedad. 1/

2. Una encuesta preliminar, preferentemente cualitativa, permitió indicar al Grupo Asesor que aún cuando en 18 países el Estado controla una parte importante de los servicios que prestan cuidados individuales al enfermo, sólo en 8 de los 18 países investigados existe, en el nivel superior, un organismo normativo competente para fijar una política superior de atención médica y en 15 hay uno o varios organismos de seguridad social que cubren el riesgo de enfermedad dentro de un régimen general de muy escasa coordinación. 2/

3. El Informe Final de Grupo pudo concluir, con la ayuda de la información suministrada por la Unidad de Seguridad Social de la Unión Panamericana, que 17 países proporcionan servicios de atención médica como parte de la atención maternal; en 14 países estos servicios se prestan en relación con el seguro general de enfermedad y sólo en 5 de estos 14 países el seguro de enfermedad depende del Ministerio de Salud. Es característico que los beneficios de atención médica se encuentren bajo la jurisdicción administrativa del Ministerio del Trabajo. 3/

4. En lo que se refiere a financiamiento el Grupo recomendó un plan general aunque los fondos procedan de fuentes múltiples: ingresos públicos, cuotas del seguro social y donaciones de carácter filantrópico y privadas. En esta forma, los gastos para la atención médica deberían ajustarse a un plan nacional de salud, en lugar de obedecer a los conductos separados o independientes de los cuales proceden los fondos. 4/

1/ Horwitz, Abraham. Hacia la formulación de una política de atención médica. Págs. 4 y 5. Noviembre de 1962.

2/ OPS. La atención médica en los planes nacionales de salud. OPS. Publicaciones Científicas N^o 70. Pág. 14. Noviembre de 1962.

3/ Grupo Asesor en Atención Médica. Informe Final. OPS. Publicaciones Científicas N^o 70. Pág. 43. Noviembre de 1962.

4/ Ibid. Pág. 45.

5. La XIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud acordó incluir como tema único de las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana un estudio del estado actual de la atención médica con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud. El tema fue debatido el 30 de agosto de 1962 sobre la base de tres documentos de trabajo especialmente preparados para este evento más las conclusiones incorporadas al Informe del Relator. También en esta oportunidad se registraron numerosas alusiones al seguro social en cuanto a dispensador de atención médica, autonomía de su administración, manejo independiente de sus fondos. 1/

6. El Doctor John B. Grant, trabajador esforzado de la integración, estampó en su documento de trabajo, para la posterioridad, las siguientes opiniones: "...Cuando el país ya se industrializa, el seguro social llega a ser la fuerza política y económica más poderosa del país y constituye el principal obstáculo a la coordinación de los servicios de salubridad. Aún en Checoslovaquia se necesitaron seis años para trasladar los servicios... al Ministerio de Salud." Y agregaba: "La fragmentación de los servicios de salud dentro de un país - con el sistema de servicios de atención médica regidos por el seguro social y los servicios para la protección y promoción de la salud organizados bajo el ala del ministerio de salud- constituye un serio obstáculo para una mejor organización de los servicios". 2/

7. El Informe Final del Relator, para el que la Conferencia solicitó la mayor difusión, reconoció el progreso que los seguros sociales han significado para la cobertura de riesgos fisiológicos, patológicos, profesionales y sociales pero se hizo cargo de las reservas formuladas para sus altos costos que derivan de una administración y operación independientes, la discriminación que introduce entre asegurados y no asegurados, el régimen de competencia de que se vale para el reclutamiento de personal profesional y la resistencia de que su régimen de autonomía presenta para una efectiva coordinación o integración. Hubo acuerdo para usar los conductos reglamentarios y legales, en el sentido de evitar o corregir los defectos ya producidos o por producirse y asignar a tales institutos o cajas la función primordial de financiamiento que deben tener en un sistema integrado de servicios de salud, ya que la responsabilidad de los servicios debe estar en el Ministerio correspondiente. 3/

1/ OPS. Síntesis de la información básica disponible. OPS. Publicaciones Científicas Nº 70. Pág. 52. Noviembre de 1962.

2/ Grant, John B. Utilización efectiva de los recursos destinados a salud. OPS. Publicaciones Científicas Nº 70. Págs. 85 y 89. Noviembre de 1962.

3/ Discusiones Técnicas. Informe del Relator. OPS. Publicaciones Científicas Nº 70. Pág. 103. Noviembre de 1962.

8. Entre el 15 y el 20 de abril de 1963 se celebró en Washington, D.C., la Reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio que en su Informe Final volvió una vez más sobre el asunto para decir que ya está aceptado que las acciones de protección, fomento y recuperación de la salud, son partes de un mismo proceso, lo que hace aconsejable su coexistencia en una misma organización. Son contados los ejemplos de realización práctica de esta doctrina en el Continente. Los servicios curativos y preventivos actúan en forma independiente o incoordinada. Ello trae duplicación de actividades, dispendio y mal aprovechamiento de los escasos recursos disponibles. Si la Ley entrega la responsabilidad de dichas funciones a los Ministerios de Salud, es lógico concentrar en ellos todas las actividades dispersas, desarrolladas por otras instituciones públicas o privadas importantemente subvencionadas por el Estado. Entre éstas cabe destacar los servicios médicos de la seguridad social. El papel de estos institutos debería circunscribirse al financiamiento de las prestaciones sociales. 1/ Es indispensable que los Ministerios de Salud promuevan la consecución de instrumentos legales e institucionales para la coordinación efectiva, en lo normativo y ejecutivo de las acciones preventivas y curativas del Estado entre sí, y de éstas con las organizaciones semi-estatales autárquicas y autónomas, que presten cualquier tipo de cuidados de salud; el propósito que se persigue es incorporar la actividad médica de estas instituciones, incluyendo los hospitales, al resto de los servicios básicos de la salud en los niveles local, intermedio o nacional y con la tendencia a obtener una progresiva integración de estos servicios. La medicina preventiva y la curativa son un todo integral. 2/

9. En el VI Congreso Nacional de Hospitales celebrado en San José, Costa Rica, a fines de julio y comienzos de agosto de 1963, la Organización recomendó tener muy presentes las diferencias de organización de la atención médica en la América Latina, según el país que se considere. Aún cuando los países que la forman responden a un común origen y una similar tradición, los eventos históricos han ido introduciendo importantes diferencias entre ellos. Los ejemplos huelgan. Baste recordar la operación de servicios de atención médica por parte de los institutos de seguridad social. El espectro se mueve entre dos extremos: o el seguro contrata la atención con servicios estatales o semi-estatales, o constituye sus propios organismos de atención directa para los imponentes, dentro de regímenes de autonomía y al abrigo de una legislación específica, opuesta a veces a toda posibilidad de coordinación y entendimiento. Las diferencias son significativas en todo lo que se refiere a riesgos cubiertos, regímenes de capitalización o reparto,

1/ Reunión de Ministros de Salud. Informe Final. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LV. Nº 1. Julio 1963. Pág. 10.

2/ Ibid. Pág. 35.

extensión geográfica, sistema de cotización, protección de la familia, duración del seguro, etc. Se enunciaba el problema porque las nuevas ideas van relacionando cada vez más estrechamente el desarrollo económico y social como la resultante de una sincronización perfecta entre todos los sectores de la actividad nacional. Por ello también la seguridad social queda en la obligación de revisar sus acciones y procedimientos en términos de bienestar y justicia dentro de una política superior de salud. 1/

10. Un estudio conjunto emprendido por la Organización de los Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud permitió hacer un balance panorámico y comparativo de la atención médica en cinco países de la América Latina. Las diferencias son significativas y numerosas en cuanto a organización y al régimen de relación existente entre los servicios administrados por los ministerios de salud y los directamente operados por los institutos de seguro social. 2/

Otro tanto puede decirse cuando se lee un estudio cualitativo recientemente efectuado en los países que forman parte de la Zona III, vale decir, Centro América y Panamá. 3/

11. En relación con el punto anterior el programa de seguridad Social del Departamento de Asuntos Sociales de la Organización de los Estados Americanos ha ido acumulando una serie de antecedentes de interés que ilustran el asunto en debate. Un reciente estudio sobre la seguridad social en la América Latina enumera los siguientes problemas: (a) cobertura limitada; (b) financiamiento inadecuado; (c) insatisfacción de los imponentes; (d) prestaciones en metálico del seguro de vejez que sirven para completar un salario insuficiente; (e) falta de reciprocidad para la vigencia de un régimen de seguro en todos los países latinoamericanos; y (f) reclamos frecuentes de los imponentes sobre la calidad y cantidad de la atención médica que reciben. Textualmente se lee a este respecto: "Una objetiva y honesta consideración de los recursos y necesidades en el campo de la salud, como parte del planeamiento nacional para el desarrollo económico y social, prueba que la solución radica en modificar la forma en que los gobiernos están suministrando actualmente asistencia a través de una serie de entidades

1/ García, René. Integración de los Servicios de Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LVI. Nº 4. Abril 1964. Pág. 306.

2/ Roemer, Milton I. "Medical Care in Latin America." OEA/OPS Studies and Monographs III. 1963.

3/ OPS. Consideraciones sobre atención médica en los países de la Zona III. Informe Final. 1963.

sin que exista, por lo general, coordinación entre ellas". En relación con este punto la recomendación Nº 13 de la Reunión de Expertos en Seguro Social, de abril de 1959 reza a la letra: "Que la OEA examine en los diversos países miembros las relaciones que existen entre los servicios médicos de las instituciones de seguro social y los demás servicios médicos existentes". 1/

12. A mediados de 1963 uno de los gobiernos miembros solicitó la asesoría técnica conjunta de la OPS/OEA para estudiar en su país un mejor régimen de relación entre los servicios de atención médica prestados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y aquellos otros dispensados por el correspondiente instituto de seguro social. La asesoría fue prestada oportunamente y como resultado de ella se están observando buenas perspectivas para un mejor entendimiento y para el traspaso de todas las prestaciones médicas al Ministerio responsable. Se cita el hecho por tres razones: una, para dejar constancia que los antecedentes anteriormente resumidos han sido de utilidad para fortalecer, jurídica y administrativamente al Ministerio de Salud de uno de los países miembros; dos, para citar una acción conjunta de dos organizaciones internacionales que han comprendido la utilidad de un esfuerzo conjunto; y tres, porque dicho informe fue usado para una revisión bibliográfica y conceptual que puede ser de utilidad para otros países en iguales o similares condiciones. 2/

13. A esta altura de los acontecimientos se reunió en Washington el Comité Ejecutivo de la Organización. En el debate general sobre programa y presupuesto, el Señor Representante de México, entre otras consideraciones, se refirió a las relaciones que existen entre los Ministerios o Secretarías de Salud y los institutos del seguro social preguntándose si no habría llegado el momento de recabar del Consejo Directivo la intervención de la Organización en el estudio de un problema que cada día va adquiriendo un contorno más trascendental. Por su parte el Director de la OSP ilustró el debate con buena parte de los antecedentes ya resumidos en los párrafos anteriores. La iniciativa fue acogida con beneplácito por los demás miembros del Comité y concretada con la inclusión del Tema en el programa provisional de temas del XV Consejo Directivo y con el título "Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como otros organismos gubernamentales de salud". En su oportunidad el Señor Director hizo presente la necesidad de un estudio a fondo si el Consejo Directivo tiene a bien acoger la proposición del Comité. 3/

1/ Frank, Beryl. Trabajo y seguridad social en América Latina. OEA/Ser. H.XIII. Enero de 1964.

2/ OPS/OEA. Planificación de Salud y Seguridad Social en la República de El Salvador. Consideraciones médico-sociales. Informe. 1963.

3/ OPS. Comité Ejecutivo. Informe Final. CE50/15, Rev.1 (Esp.). Mayo 1964

14. De acuerdo con lo anterior el tema propuesto necesita de una breve delimitación conceptual que corresponde con bastante aproximación a la que se la ha fijado en el título del presente documento: las repercusiones que tienen las prestaciones médicas de la seguridad social sobre los Ministerios de Salud.

Empeñados como están los últimos en la formulación de sus planes a corto y largo plazo para que el sector salud pueda ser racionalmente incorporado a los planes nacionales, y ojalá continentales, del desarrollo, no pueden prescindir de los importantes recursos que aportan en la América Latina los institutos del seguro social. Si en pasadas épocas circunstancias especiales impusieron soluciones también especiales el momento presente aconseja una rectificación que se hace imprescindible. La Unión Panamericana ha descrito adecuadamente este proceso:

"El problema estriba ahora en reconocer que ciertos arreglos hechos en circunstancias especiales requieren reajustes y cambios. Las modificaciones necesarias exigirán algunos sacrificios, sobre todo de parte de los grupos relativamente privilegiados. Es preciso admitir que tanto los empleadores como el gobierno han pagado considerables subsidios, y que con esto, y una contribución a veces simbólica por parte de los trabajadores, se ha prestado a los asegurados servicios de mejor calidad. Gradualmente y como resultado de una cobertura más amplia se requiere un nivel único de servicios más generalizados, basado en los derechos del individuo como ciudadano."^{1/}

15. Pero como se ha expresado anteriormente, es peligroso considerar que la solución que se encuentre para un país puede ser analógicamente aprovechada en el vecino. Si bien es cierto que la tendencia y orientación de la seguridad social en la América Latina es similar, hay una serie de peculiaridades y problemas que aconsejan su exacto conocimiento previo, antes de aconsejar a un determinado país una determinada solución. Un estudio general de legislación de seguridad social comparada revela las siguientes características diferenciales o problemáticas:

- a. Hay una gran diferencia entre las fechas de promulgación de las leyes correspondientes lo que se refleja en distintos lapsos de aplicación y experiencia.
- b. Existe gran diversidad en los grados de protección y en los grupos laborales protegidos. Es casi de regla, a este respecto, la exclusión de las personas que trabajan por cuenta propia, del empleado doméstico y del trabajador agrícola.

^{1/} OEA. Tendencias y problemas en el campo de la seguridad social. Fragmento del Estudio Económico y Social de América Latina, publicado en 1963. Pág. 200.

- c. Los beneficios en especie se conceden bajo muy distintas modalidades. Hay marcadas diferencias en lo que se refiere a las prestaciones en metálico (subsídios, auxilios y pensiones) como sustituto de la incapacidad temporal o permanente de ganar, en cuanto a apertura del derecho, monto y vigencia. Sólo unos pocos regímenes consideran el subsidio familiar.
- d. En muy pocos países existe un seguro de cesantía y una política de rehabilitación física y social.
- e. La escasez inicial de recursos de atención médica ambulatoria y de hospitalización motivó una gran cantidad de arreglos circunstanciales. Con ello se creó un cierto grado de desigualdad social, contrario al derecho a la salud de la comunidad, un exceso de autonomía administrativa de los institutos de seguro social y una falta de coordinación entre éstos y los servicios ministeriales.
- f. Es de regla el incumplimiento de sus compromisos por parte del Estado. ^{1/}

Por uno u otro camino, cada uno de los inconvenientes ya citados se transforma en problema de salud y en mayor responsabilidad para el correspondiente ministerio, por falta de cobertura de grupos importantes de la población, por insuficiencia de los beneficios distribuidos, por inútil dispendio de recursos o falta de coordinación normativa u operacional.

No se olvide a este respecto que sólo tres países exhiben un índice de cobertura aceptable (46,1; 61,1 y 73,2 de asegurados cotizantes por cada 100 personas económicamente activas). Los 14 restantes de la encuesta están por debajo del 25% y 5 no llegan al 10% de la población activa. En lo que se refiere a la extensión del seguro social al área rural el total de asegurados cotizantes para 11 países era en 1962 de 1.351.375 lo que apenas representa la décima parte del total de trabajadores cotizantes. ^{2/}

16. En relación con el punto anterior conviene consignar en este sitio que entre el 16 y 22 de abril del corriente año se celebró en Bogotá el IV Congreso de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. La Segunda Comisión Técnica, encargada de estudiar una posible transformación de los criterios clásicos para la consecución de fórmulas prácticas de

^{1/} OEA. Tendencias y problemas en el campo de la seguridad social. Fragmento del Estudio Económico y Social de América Latina, publicado en 1963. Págs. 195-216.

^{2/} Frank, Beryl. Trabajo y seguridad social en América Latina. OEA/Ser. H.XIII. Enero de 1964.

extensión protectora a grupos laborales y zonas geográficas actualmente no protegidas, cumplió una labor auspiciosa, reveladora de que las ideas anteriormente expresadas se van abriendo paso en el Continente, por lo menos en este sector de la Seguridad Social. *

Sin perjuicio de la expansión integral del seguro social a los campos, cosa que sólo podrá ser obtenida por etapas, se considera que la primera de ellas ha de estar constituida por la cobertura de los riesgos de enfermedad, maternidad y laborales. Será imposible cumplirla con eficacia si no va precedida por un proceso de coordinación, unificación o integración de los servicios de salud en las zonas rurales. La orientación de la seguridad social debe tender a la universalización de sus servicios sin perder de vista que la meta es la seguridad integral para todos los pobladores de un país.

Se recomienda, en seguida, prioridad para las zonas rurales por su bajo nivel socio-económico y sanitario; inventario de los recursos existentes para asegurar su máximo aprovechamiento: coordinación, unificación o integración de los servicios de salud, según las circunstancias, para evitar duplicaciones e interferencias; conservación de la personalidad jurídica de los institutos y control adecuado de los servicios pero firma de los convenios indispensables para fijar las obligaciones que contrae cada parte signataria. La atención médica, en ella comprendida la rehabilitación, debe ser de tipo integral sin separación de lo preventivo y lo curativo. En las zonas rurales que no cuenten con recursos médicos se deberá organizar los servicios en conexión con el hospital más cercano. En los países donde no existan comités nacionales de planificación de los servicios de salud deberán crearse con representación de las principales instituciones del sector salud. Dichos comités deberán tener la autoridad suficiente para tomar decisiones y hacerlas cumplir. 1/

17. Hay un problema trascendental, en relación con los párrafos anteriores, mencionado de continuo por la Organización, pero que no siempre ha sido motivo de atención: aquél que se refiere al entendimiento del Estado, en el cumplimiento de sus deberes sociales, con la profesión médica

* No se olvide a este respecto que hay tres organizaciones internacionales que se ocupan de la materia: La Asociación Internacional de la Seguridad Social, la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

1/ IV Congreso de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Bogotá-Colombia, 16-22 de abril de 1964.

en la defensa de su arte. Aun cuando en los países latinoamericanos el médico a sueldo constituye el sistema más generalizado de remuneración de sus servicios, no se puede decir que sea el único en este instante ni que vaya a ser el único en futuro. Ello tiene su importancia porque en muchos países el bajo índice de cobertura de los seguros sociales no ha inquietado a los médicos y sus asociaciones así como en otros el seguro no ha podido o deseado extenderse en su ánimo de evitarse problemas. Se han registrado algunos conflictos pero nunca tan intensos como aquellos que se están observando en los países europeos y que no conviene ignorar en sus trascendentales presentes y futuras proyecciones. 1/

Todo consiste en no olvidar la pregunta que le fue formulada, en marzo de 1962, al Grupo Asesor en Atención Médica: ¿Cuál es la fórmula más adecuada para proteger, por un lado, a una profesión digna y, por el otro, para asegurar que el servicio se preste, en forma eficiente y oportuna, en bien de la sociedad? 2/

18. Entre los días 31 de mayo y 7 de junio de 1964 se celebró en Asunción, Paraguay, la VII Conferencia Interamericana de la Seguridad Social, bajo los auspicios del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Asistió a ella, como representante de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Asesor Regional en Atención Médica. Resultan de interés, en este sitio, algunas de las alternativas que dicen relación con el tema del presente documento.

- a. Se reconoció, desde luego, la diferencia que conviene hacer entre los seguros sociales "tradicionales" y la Seguridad Social modernamente concebida. Fue este un aspecto que constantemente dió lugar a una explícita delimitación conceptual.
- b. Se reconoció, en seguida, la insuficiencia de cobertura que exhiben la mayoría de los esquemas de la seguridad social en la América Latina. No por otra razón tuvieron especial relieve en los debates de la Conferencia los temas referentes a la extensión de los beneficios a otros sectores de la población como son los grupos asalariados del campo, del empleado doméstico, del trabajador a domicilio y del pequeño empresario independiente. Con respecto a este asunto la intervención del representante de la Organización, en el sentido de traducir en todas las conclusiones un espíritu de mayor coordinación entre los organismos que de una u otra manera dispensan prestaciones de salud, encontró en las recomendaciones finales una acogida que sólo es posible calificar como parcial.

1/ Revista Iberoamericana de Seguridad Social. Crónicas e Informaciones. Año XIII. Nº 1. 1964. Págs. 73, 76 y 90.

2/ Horwitz, Abraham. Hacia la formulación de una política de atención médica. Págs. 4 y 5. Noviembre de 1962.

- c. Se reconoció, más adelante, en lo que se refiere al desarrollo social, que éste es consubstancial al desarrollo económico. Pero en una de las ponencias se gastó buen espacio para considerar como un hecho lamentable el que la Carta de Punta del Este no hubiera dado especial realce a la seguridad social dentro del panorama del desarrollo social y que se lo hubiera incorporado, erróneamente, en el sector de la salud pública. La seguridad social "no es una rama de la salud pública, sino de la política social; su función no consiste en proporcionar servicios médicos, sino en mantener estable y en elevar el nivel de vida de cada familia y de la comunidad, hasta que sea adecuado a sus necesidades...La seguridad social no es una rama particular de la política social, como sí lo es la salud pública, sino una rama general..." 1/ Por tales razones una de las recomendaciones abogó por que "se solicite a todos los gobiernos latinoamericanos indiquen a sus Ministros, representantes en las próximas Terceras Reuniones del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, la inclusión del Plan Interamericano de Desarrollo de la Seguridad Social como resolución anexa a la Carta de Punta del Este". 2/
- d. Se reconoció, finalmente, en relación con las actividades inmediatas o futuras propuestas por la II Reunión de la Comisión Regional Americana Médico-Social la necesidad de estudiar la calidad de los servicios médicos; la participación de las instituciones de seguridad social en actividades coordinadas de medicina preventiva; el volumen y costo de las prestaciones médicas; la inclusión de la educación médico-social en los programas docentes y en el adiestramiento del profesional; la relación de los médicos con las instituciones y con los asegurados; las relaciones entre las instituciones de seguridad social y otras instituciones de asistencia médico-social; la administración de los servicios médicos (auditoría médica como uno de sus aspectos); y la programación y planificación de la construcción de establecimientos. 3/ En el programa de actividades futuras se acordó atribuir especial importancia

1/ VII Conferencia Interamericana de Seguridad Social. La Seguridad Social en el marco del desarrollo económico y social del continente. Documento Nº IV. Pág. 5.

2/ VII Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Conclusiones al Punto Cuarto de la Orden del Día, "La Seguridad Social en el marco del desarrollo económico y social del continente".

3/ VII Conferencia Interamericana de Seguridad Social. II Reunión de la Comisión Regional Americana Médico-Social. Boletín Informativo Nº 6. 5 de junio de 1964. Pág. 4.

a las "Relaciones entre las instituciones de seguridad social y otras instituciones de asistencia social" para dar cabida a las opiniones escuchadas durante los debates. 1/

En relación con esto último, esta información sumaria quedaría trunca sin el agregado de que en más de una oportunidad el tema del presente documento fue motivo de alusiones directas por parte de los señores delegados. Uno de ellos expresó que la Oficina Sanitaria Panamericana estaba creando problemas en los países al sostener que a las instituciones de seguro social sólo les corresponde un papel en la recaudación de las cuotas y al querer incorporar sus prestaciones médicas a los servicios ministeriales. El representante de la Organización aclaró que ella es sólo delegataria de los Gobiernos Miembros que son los que acuerdan su política. Como Organización Panamericana de la Salud mantiene las más cordiales relaciones con los Ministerios de Salud a quienes ha reconocido, sin vacilaciones, el derecho a fijar en cada país una política superior de salud, abogando por su fortalecimiento jurídico y administrativo para la elaboración y dictación de las normas correspondientes. Está empeñada en la actualidad en buscar los caminos de una coordinación efectiva -como ya tuvo ocasión de manifestarlo en la sesión inaugural. 2/- relatando algunas de estas iniciativas. El representante de la Organización de los Estados Americanos abundó, en el momento oportuno, en similares comentarios subrayando el buen entendimiento que en la materia existe entre ambas organizaciones para obtener mejores índices de cobertura.

Los numerosos delegados que usaron a continuación la palabra lo hicieron para recalcar la mayoría de edad alcanzada por los servicios médicos de los institutos de la seguridad social, la medicina de mejor calidad que en ellos se presta a los asegurados, el prestigio que han logrado, la conciencia adquirida por la masa beneficiaria y el consenso que en ella existe para defender estas conquistas.

19. Con los resumidos antecedentes anteriores el Secretariado piensa haber cumplido su deber de ilustrar ante el Consejo Directivo el acuerdo adoptado por su último Comité Ejecutivo al incluir en el programa provisional de temas aquel que se refiere a la necesidad de emprender un estudio sobre las relaciones que deben establecer los ministerios de salud con los organismos de la seguridad social. Son sus principales finalidades fortalecer sus propias estructuras; formular, con mayor generalidad, los planes nacionales y locales del sector salud; facilitar la integración técnica y

1/ VII Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Programa de actividades futuras de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

2/ VII Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Discurso del Representante de la Oficina Sanitaria Panamericana en la Sesión Inaugural Boletín Informativo N°3. 3 de junio de 1964. Pág. 3.

coordinación administrativa de las acciones; asegurar el máximo aprovechamiento de los recursos existentes y procurar, finalmente, que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los servicios, hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud, tal como quedó expresado en la Carta de Punta del Este.

A través de lo consignado en el presente documento de trabajo se advierte, con facilidad, que el estudio no es fácil de completar y que para emprenderlo se hace indispensable recoger y ordenar, entre otros, los siguientes antecedentes:

A. MINISTERIOS DE SALUD:

- a. Capacidad legal para fijar una política superior de salud.
- b. Tipos de servicios administrados por el Ministerio.
- c. Atribuciones legales y administrativas sobre los restantes.

B. REGIMEN DE COORDINACION:

- a. Dependencia ministerial de los institutos de seguro social.
- b. Régimen de relación entre los Ministerios de Salud y los Organismos de la seguridad social.
- c. Actividades preventivas en favor de la maternidad y la infancia.
- d. Coordinación en favor de la familia como unidad de trabajo.
- e. Política mancomunada de formación, reclutamiento y remuneración del personal.

C. ORGANISMOS DE SEGURO SOCIAL:

- a. Descripción sumaria en su conjunto.
- b. Administración superior y directivas.
- c. Descripción de él o los institutos.
- d. Riesgos cubiertos por él o los institutos.
- e. Beneficios en especie y en metálico.
- f. Referencia especial a las prestaciones en salud.
- g. Número de imponentes y grupos laborales cubiertos.

- h. Sistemas de financiamiento.
- i. Personal para cumplir las acciones.
- j. Sistema de remuneración de los médicos.

Muchos de los antecedentes anteriores ya han sido recogidos por la Organización de los Estados Americanos y constituirán una buena ayuda para el estudio que se está propugnando. Es sólo cuestión de ordenarlos y adecuarlos dentro de la pauta propuesta.

20. Hay una última iniciativa que resume el esfuerzo conjunto que OEA y OPS desearían llevar a cabo como un paso preliminar: La celebración de una Reunión de Estudio, de alto nivel técnico, en la cual promover una discusión inicial entre representantes calificados de los Ministerios de Salud y del Seguro Social, que consideren que sólo por el camino de la cooperación será posible alcanzar soluciones que concilien los puntos de vista de las entidades que otorgan servicios médicos y las necesidades de la población.

Puede adelantarse que en el momento de terminarse la redacción del presente documento las gestiones conducentes siguen desarrollándose normalmente.