

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XVII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XIX Reunión



Puerto España
Trinidad y Tabago
- Octubre 1967

Tema 24 del programa provisional

CD17/18 (Esp.)
7 agosto 1967
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROGRESO OBTENIDO EN LA COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE LOS
MINISTERIOS DE SALUD, LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OTRAS QUE
DESARROLLAN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD

La XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Washington, D. C., del 26 de septiembre al 7 de octubre de 1966, en sus Resoluciones XXIII y XXXVII, adoptó los siguientes acuerdos:

RESOLUCION XXIII

"5. Solicitar al Director de la Oficina que informe anualmente al Consejo Directivo y, en su oportunidad, a la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana sobre los progresos alcanzados por los países de las Américas en la organización y administración de servicios integrados de salud."

RESOLUCION XXXVII

"4. Solicitar del Director que presente a la próxima reunión del Consejo Directivo un informe sobre el progreso obtenido en la coordinación de los servicios en los Países Miembros."

En cumplimiento de estas resoluciones, el Director de la Oficina tiene el agrado de informar al Consejo Directivo sobre el progreso alcanzado en algunos países de las Américas en lo que se refiere a coordinación de los programas de atención médica patrocinados por los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social, y en la organización y administración de servicios integrados de salud. Es posible que haya otros programas de coordinación o integración que no han llegado a conocimiento de nuestra Oficina y cuya omisión podría ser salvado en el curso del debate del presente informe.

Parece interesante destacar que la tendencia muy evidente de todos los países es a establecer en el Ministerio de Salud Pública, organismos competentes para la planificación integral de los programas de salud y para la coordinación y supervisión técnica de los servicios regionales a través de tres grandes divisiones o departamentos que cubran los siguientes campos: a) higiene y epidemiología; b) servicios de atención médica integral, y c) educación y adiestramiento de personal.

La extensión y profundidad de estos programas de coordinación de servicios de salud y de atención médica es variable en los diferentes países, pero es altamente satisfactorio comprobar de que, progresivamente, se están poniendo en vigor leyes, decretos o reglamentos que tienden, en forma muy efectiva y unánime, a establecer diversos grados de integración y coordinación, a fin de promover una extensión de la cobertura, al mismo tiempo que una utilización más conveniente de los recursos y una mejoría en la calidad de las prestaciones a la comunidad.

A continuación, se da cuenta de los progresos ocurridos en los países en esta materia durante los años 1966-67, de acuerdo con la información recogida por nuestras Oficinas de Zona y nuestros Representantes en los Países. En algunos casos especialmente importantes para el objetivo de este estudio, se ha incluido información anterior al período indicado.

ARGENTINA

Ley No. 17,102, de 30 de diciembre de 1966, publicada en el "Boletín del Día", del 20 de enero de 1967.

"Artículo 1º - Facúltese al Poder Ejecutivo para reformar el régimen de constitución, funcionamiento y manejo vigente en los organismos asistenciales o sanitarios dependientes de la Secretaría de Estado de Salud Pública, con el objeto de propender a su mayor rendimiento, la mejor y más amplia prestación de servicios y al incremento de recursos para el desarrollo de sus programas; todo ello mediante la participación y aporte de entidades oficiales o privadas que promuevan a esos efectos la intervención activa de la comunidad."

"Artículo 2º - A tales fines, el Poder Ejecutivo Nacional -por intermedio de la Secretaría de Estado de Salud Pública- realizará estudios previos de carácter sanitario, económico y social, relativos a cada organismo asistencial o sanitario y a su respectiva zona de influencia y -cuando de tales estudios resulte aconsejable- decidirá, en cada caso, la creación de una nueva entidad, sin fines de lucro, en reemplazo del organismo preexistente, entidad cuya constitución, funcionamiento y manejo deberá convenir con las provincias, municipalidades, universidades u otras personas físicas o jurídicas, oficiales o privadas, de conformidad a las normas de esta ley y a las de su reglamentación."

"Artículo 3º - Las entidades que se constituyan en virtud de lo dispuesto en el artículo anterior se denominarán genéricamente "Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad", y tendrán por finalidad desarrollar sus actividades según los conceptos actualizados de la acción sanitaria integral, debiendo organizar y realizar funciones de protección, recuperación, rehabilitación, promoción, capacitación, educación e investigación en el campo de la salud."

"Artículo 6º - Cada uno de los "Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad" será manejado por un Consejo de Administración, al que -sin perjuicio de otras atribuciones complementarias- corresponderá específicamente:

- f) programar, disponer, supervisar y evaluar la modalidad, forma y condiciones de la prestación de los servicios de atención médica integral que haya tomado a su cargo y establecer el régimen de retribución de los mismos. A este efecto se cuidará de mantener igualdad de atención en favor de personas y núcleos familiares de recursos insuficientes cuando no se encuentren amparados por entidades a las que corresponda atender el costo de aquélla."

Ley No. 17,271 de 9 de mayo de 1967, publicada en el "Boletín del Día" del 30 de mayo de 1967

Por la Ley No. 17,271, de 9 de mayo de 1967, el Poder Ejecutivo sancionó las competencias particulares de los Comandos en Jefe de las Fuerzas Armadas y Secretarías de Estado, fijadas por la Ley No. 16,956.

"Artículo 17 - Compete a la Secretaría de Estado de Seguridad Social:"

- "14. Coordinar con la Secretaría de Estado de Salud Pública las prestaciones del seguro de salud."

"Artículo 18 - Compete a la Secretaría de Estado de Salud Pública:"

- "10. Promover y asegurar una adecuada protección integral de la salud, especialmente de la madre y del niño, del escolar, del adolescente y del anciano, coordinando las acciones de los organismos públicos y privados."

Extensión a nivel provincial de la Ley No. 17,102 de 1966

El Poder Ejecutivo sancionó y promulgó una ley para la Provincia de Santa Fe, como una extensión a nivel provincial de la Ley No. 17,102 de 1966, creando el Servicio para la Atención Médica de la Comunidad y reemplazando

los organismos asistenciales y sanitarios por entidades autónomas, sin fines de lucro, con el propósito de propender al mayor rendimiento y mejor prestación de los servicios médicos preventivos y curativos a todos los enfermos, especialmente a las clases menos favorecidas.

Reunión Regional de Ministros de Salud Pública

Los Ministros y Autoridades Sanitarias de las Provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe y Mendoza, en la Reunión Regional de Ministros de Salud Pública llevada a efecto en la ciudad de La Plata del 20 al 24 de febrero de 1967 con el auspicio de la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, entre las recomendaciones propuestas acordaron: "proceder al ordenamiento y racionalización de las estructuras sanitarias, tanto al nivel central como periférico, para obtener el adecuado descenso de los niveles ejecutivos propendiendo a la centralización normativa y a la descentralización operativa dentro de un sistema de regionalización que posibilite un mecanismo ágil y eficiente, con participación activa de la comunidad, a través de auténticos canales de representación"; y apoyar el planteamiento del Seguro Social enunciado en las bases del anteproyecto de la Provincia de Buenos Aires, realizando los estudios pertinentes para la adopción de un sistema similar en las demás jurisdicciones.

COLOMBIA

Decreto número 687 de 20 de abril de 1967, por el cual se determina la inversión de reservas del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, se crea el Bono de Valor Constante para Seguridad Social y se dictan otras disposiciones.

"Artículo 19 - Las reservas correspondientes a los seguros contra riesgo de invalidez, vejez y muerte a cargo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales se distribuirán e invertirán conforme a las disposiciones del presente Decreto, a fin de lograr los siguientes objetivos:"

"e) Ampliar y mejorar los servicios de asistencia social por medio de inversiones adicionales con destino a la construcción y dotación de hospitales y de otros establecimientos similares."

"Artículo 23 - Los recursos que entregue el Instituto Colombiano de Seguros Sociales al Gobierno Nacional con destino a la construcción y dotación de hospitales y de otros establecimientos asistenciales se llevarán a un fondo especial administrado conjuntamente por el Ministerio de Salud Pública y por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales que se denominará "Fondo Nacional Hospitalario."

"Artículo 25 - A fin de procurar el mejor aprovechamiento de los recursos del "Fondo Nacional Hospitalario", en los contratos que se celebren entre el Gobierno Nacional y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales se establecerán cláusulas que aseguren la inversión de recursos complementarios para los respectivos proyectos por parte del Gobierno, del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y de los hospitales o establecimientos asistenciales beneficiados."

"La inversión de fondos por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales se hará con el criterio de integrar sus servicios con los generales de hospitalización, en forma que se garantice la mayor eficacia de la asistencia social en este campo."

Reunión para discutir las bases de una coordinación entre los programas y servicios del Ministerio de Salud Pública, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

Por su memorándum RP-1379-67, el Representante de País en Colombia de la OSP informa que el día 4 de mayo se realizó en Buga, Departamento del Valle del Cauca, una reunión para discutir las bases de una coordinación entre los programas y servicios del Ministerio de Salud Pública, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

En la citada reunión se informó que la Ley 90 de 1946, por la cual se estableció el seguro social obligatorio y se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, iba a ser modificada en el sentido de extender la seguridad social, y por consiguiente, obligaría a contar con servicios de salud para satisfacer la demanda de los asegurados.

También se dio a conocer en dicha reunión que se había creado una Comisión, integrada por tres miembros, que se encuentra estudiando la coordinación de programas que tienen a su cargo servicios de salud.

Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que era imperioso prestar una pronta y adecuada asesoría a la Comisión, por delegados del Instituto, de entidades gremiales y de educación médica y de expertos en seguridad social y salud.

Contrato celebrado entre la Nación (Ministerio de Salud Pública) y el Departamento de Sucre para la integración y funcionamiento del Servicio Seccional de Salud, de 27 de marzo de 1967.

"Cláusula Primera: Objeto: Este contrato tiene por objeto constituir el Servicio de Salud del Departamento de Sucre para integrar técnica y administrativamente los recursos destinados por la Nación y el Departamento para gastos de funcionamiento e inversión de los Servicios de Salud y Asistencia Social en el Departamento de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 1963, el Decreto 3224 de 1963, el Decreto 1499 de 1966 y la Resolución 219 de 1967."

"Cláusula Quinta: Obligaciones Generales de la Junta: Corresponde a la Junta Seccional de Salud, además de las funciones contempladas en el Decreto 1499 de 1966, las siguientes:

"h) Propiciar la integración técnica y administrativa de los servicios locales de salud y su regionalización."

Contrato celebrado entre la Nación, el Departamento y la Beneficencia de Boyacá para la integración del Servicio de Salud, de 26 de abril de 1967.

"Entre los suscritos a saber: se ha celebrado el Contrato o Convenio Administrativo sobre integración de los Servicios de Salud del Departamento de Boyacá, contenido en las siguientes cláusulas:"

"Primera - Objeto: El presente contrato tiene por objeto continuar la integración técnica y administrativa de los Servicios de Salud del Departamento de Boyacá, contando para el efecto con los recursos destinados a Salud y Asistencia Social por la Nación, el Departamento y la Beneficencia de Boyacá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 1963, el Decreto Ley 3224 de 1963, el Decreto 1499 de 1966 y la Resolución 219 de 1967 del Ministerio de Salud Pública."

"Quinta - Obligaciones Generales de la Junta: Corresponde a la Junta Seccional de Salud además de las funciones previstas en el Decreto 1499 de 1966, cumplir las siguientes:"

"h) Vigilar y hacer cumplir las disposiciones legales sobre el servicio médico y odontológico obligatorio y propiciar la integración técnica y administrativa de los Servicios locales de salud y su regionalización;..."

Convenio celebrado entre la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, los Hospitales: San José y Lorencita Villegas de Santos, de Bogotá; San Félix, de la Dorada, y el Servicio de Salud de Caldas, para la prestación del Servicio Médico Obligatorio coordinado con programas de educación para graduados.

"Entre los suscritos, a saber: ..., celebran el convenio contenido en las siguientes cláusulas:

"Cláusula Primera:- Objeto: En desarrollo de lo previsto en la Ley 52 de 1964, los Decretos 114 de 1965 y 21 de 1967 y en la Resolución 109 de 1967 que fijan las condiciones para el cumplimiento del Servicio Médico Obligatorio, las partes se comprometen a desarrollar un Programa Demostrativo de regionalización de Servicios de Atención Médica, que incluye la prestación del mencionado servicio en coordinación con programas de educación para graduados."

"Cláusula Séptima:- Obligaciones del Servicio de Salud:

- a) Formalizar la integración técnica y administrativa de los Servicios locales de salud enumerados en la Cláusula Segunda de este Convenio con el Hospital San Félix de la Dorada."

COSTA RICA

El Ministerio de Salubridad y la Caja Costarricense de Seguro Social han celebrado varios convenios con el objeto de coordinar sus servicios médicos.

En el mes de marzo de 1967, el Ministerio y la Caja firmaron un contrato que tiene como propósito proporcionar servicios de inyectables y curaciones, por parte del Ministerio, a los asegurados de los Cantones de Heredia, a cambio de una cantidad mensual que abonará la Caja.

Por otro acuerdo, se establece un plan coordinado de salud en el Cantón de la Unión para desarrollar actividades de promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud, de todos los residentes del Cantón, sin distinción alguna.

Según información de la prensa, el día 10 de julio de 1967 se celebró una reunión en la Casa Presidencial, con el Sr. Presidente de la República, a la cual asistieron los Ministros de Salubridad y Planificación, el Director General de Asistencia Médico Social y el Gerente de la Caja de Seguro Social, con el objeto de considerar la posibilidad de coordinar los servicios médico-asistenciales del Ministerio de Salubridad Pública, del Consejo Técnico de Asistencia y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

CUBA

Decreto Ministerial No. 2, de 10 de abril de 1964, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública

CAPITULO I

DE LA ORGANIZACION GENERAL

- "Artículo 1 - El Ministro de Salud Pública es la autoridad superior del Ministerio y ejerce por sí mismo o por conducto de los Vice-Ministros, Directores y demás personal dirigente las atribuciones que le confieren las leyes y reglamentos."
- "Artículo 2 - Para el cumplimiento de sus fines, el Ministerio de Salud Pública ordena sus funciones normativas y de ejecución en Vice-Ministerios, Direcciones, Departamentos, Secciones y Oficinas, Direcciones Regionales y Distritales, Empresas y Unidades Ejecutoras."
- "Artículo 3 - Los Vice-Ministerios son de Asistencia Médica, Higiene y Epidemiología, Docencia Médica, Suministros Médicos y Economía,^{1/} con las Direcciones y Departamentos que establece este Reglamento y las Secciones y Oficinas necesarias."
- "Artículo 5 - Los Hospitales, Policlínicos, Dispensarios, Laboratorios, Servicios de Higiene, Clínicas Mutualistas, Bancos de Sangre, Farmacias, Hogares Cunas y de Ancianos y Balnearios son las unidades que ejecutan las acciones básicas de salud por medio de sus servicios conforme a sus respectivos reglamentos."

^{1/} En 1966 (según aparece del Informe Final del Representante de la OPS en Cuba) los Vice-Ministerios de Economía y de Suministros Médicos pasaron a ser Direcciones Nacionales dependientes del Ministro.

CAPITULO III

DEL VICEMINISTERIO DE ASISTENCIA MEDICA

"Artículo 13 - Del Viceministerio de Asistencia Médica depende la Dirección de Hospitales y Policlínicos que coordina, dirige y supervisa las funciones y actividades de normar, programar y evaluar todo lo relacionado con los servicios asistenciales."

CAPITULO IV

DEL VICEMINISTERIO DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA

"Artículo 15 - Del Viceministerio de Higiene y Epidemiología dependen las Direcciones de Higiene, Epidemiología y Educación para la Salud que coordinan, dirigen y supervisan las funciones y actividades de normar, programar y evaluar todo lo relacionado con la higiene y epidemiología."

CAPITULO VIII

DE LAS DIRECCIONES REGIONALES Y DISTRITALES

"Artículo 24 - Los Directores Regionales representan la autoridad del Ministro en sus Regiones y ejercen por sí mismos o por conducto de los Sub-Directores, Directores Distritales y demás personal dirigente las atribuciones que le confiere este Reglamento y las que expresamente se le deleguen."

"Artículo 26 - De las Direcciones Regionales dependen las Sub-Direcciones de Asistencia Médica, Higiene y Epidemiología, Docencia Médica, Suministros Médicos y Economía, con las facultades de orientar y supervisar el ejercicio de las funciones de los Departamentos, Secciones y Oficinas bajo su dependencia, correspondientes a los Viceministerios respectivos, así como orientar, evaluar y supervisar la prestación de los servicios en las unidades ejecutoras del Ministerio coordinando sus actividades con las demás Sub-Direcciones, los organismos estatales y las organizaciones de masas."

CAPITULO IX

DE LAS EMPRESAS

"Artículo 30 - La Empresa de Clínicas Mutualistas depende del Viceministerio de Asistencia Médica y está constituida por centros asistenciales de carácter mutualista y regida por su Reglamento y demás disposiciones vigentes."

CAPITULO X

DE LAS METAS Y PLANES DE TRABAJO

"Artículo 34 - Dentro de los fines y responsabilidades que la Ley y el Gobierno Revolucionario señalan al Ministerio de Salud Pública se ordenan sus tareas y prioridades conforme a metas y planes de trabajo anuales derivados del plan respectivo. La elaboración, discusión y aprobación oportuna de los mismos constituye el elemento de apoyo fundamental para la más eficaz prestación de los servicios de salud pública al pueblo."

Datos tomados del Informe sobre los Servicios Generales de Salud de la República de Cuba 1965.

La característica más importante de los servicios de salud de Cuba en el momento actual es su concentración en un sólo organismo estatal, responsable por el establecimiento de una política de salud nacional y por las actividades necesarias a su cumplimiento. Aparte del Ministerio de Salud Pública y por razones obvias, sólo existen los Servicios de la Sanidad Militar, con los cuales, sin embargo, se mantiene estrecha coordinación.

Se sigue la política de centralización normativa y descentralización ejecutiva de todas las actividades desarrolladas en el campo de la salud mediante la creación de Direcciones Regionales y Distritales que cubren la superficie nacional.

El Ministerio está estructurado en tres niveles: un nivel nacional, normativo; un nivel regional, coordinador, y un nivel distrital, ejecutivo.

En el nivel nacional está el Ministro de Salud Pública, asesorado por un Consejo Científico y un Consejo Directivo. El Consejo Directivo asesora al Ministro en la formulación, coordinación y revisión de los programas.

Bajo el Ministro se encuentran las Subsecretarías.

El nivel intermedio o regional está representado por las Direcciones Regionales, que son organismos ejecutores que representan la autoridad del Ministro en una determinada área geográfica y se responsabilizan por el cumplimiento de la política general de salud y sus programas específicos.

En el nivel local, por debajo de las Direcciones Regionales y con jurisdicción sobre un área que reúne de tres a cinco municipios, están las Direcciones Distritales, responsables directas de los servicios de salud y de la ejecución de los programas. Para la integración de los distritos se toman en consideración los siguientes datos: situación geográfica, características topográficas, vías de comunicación, recursos de salud pública así como la base estructural políticoadministrativa.

CHILE

En Chile existe un Servicio Nacional de Salud, establecido en 1953 por Ley 10.383, que presta servicios de protección y promoción de la salud a toda la población y servicios de atención médica a través de un sistema regionalizado de hospitales y otros servicios de salud a los asegurados obreros y a sus familiares y a los indigentes.

Además se encuentran en discusión en el Parlamento proyectos de Ley que extienden los beneficios de la atención médica a los empleados y otro que estatiza el seguro de accidentes del trabajo.

Los progresos recientes están expresados en los siguientes Decretos Supremos, que tienden a coordinar las actividades de diversas instituciones que mantienen servicios médicos.

Decreto No. 217, de 21 de Abril de 1967.

TENIENDO PRESENTE:

1º - Que corresponde al Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con la legislación vigente, programar, coordinar y controlar las acciones de salud:

2º - Que las acciones de salud que se desarrollan en el país se cumplan a través de instituciones que dependen del Ministerio de Salud, como el Servicio Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados de otros organismos públicos, tales como la Caja de Accidentes del Trabajo, Fuerzas Armadas, Cuerpo de Carabineros, Instituto Médico Legal, Servicio

Sanitario de los Ferrocarriles del Estado, etc. De los Departamentos y Oficinas de Bienestar que funcionan en las instituciones fiscales, semifiscales y de administración autónoma, y de los Servicios Médicos privados;

3º - Que estas instituciones tienen regímenes jurídicos diferenciados y administraciones y presupuestos independientes, de tal manera que es indispensable obtener una óptima coordinación y colaboración entre ellas para lograr el máximo de aprovechamiento de sus recursos materiales, regular, también, la competencia existente para conseguir el concurso de profesionales médicos y para-médicos, que son reconocidamente escasos, evitar la duplicación de actividades y, en general, obtener una adecuada relación en las actividades preventivas y curativas de salud. Esta coordinación que implica relación y motivación, debe indispensablemente llevarse a efecto a nivel supra-institucional;

4º - Que es propósito del Gobierno no innovar respecto del número de las instituciones existentes, sino, al contrario, estima conveniente propender el desarrollo de nuevos sistemas en que todas ellas, integradamente, en el ámbito que les corresponden y dentro de un esquema nacional debidamente planificado y coordinado, puedan proporcionar a la comunidad las atenciones que demande;

5º - Que el Ministerio de Salud Pública, al elaborar el Plan Nacional de Salud, debe consultar todos los recursos, públicos y privados, que se destinan a atenciones de salud, y

6º - Que para lograr los fines señalados es indispensable, paralelamente, concertar las voluntades de los organismos mencionados en el No. 2 de los presentes considerando, en torno al concepto del sistema nacional de salud que se ha enunciado, a fin de obtener una programación armónica y eficiente; una coordinación activa para conseguir el máximo de rendimiento de los recursos, y el estudio de numerosos problemas que, siendo comunes a todas las instituciones éstas no están en condiciones de resolver privativamente, y

VISTO lo dispuesto en el artículo 4º del DFL. No. 25, de 1959, y en uso de la facultad que me concede el No. 2 del artículo 72º de la Constitución Política del Estado,

"Artículo 1º - Créase el Consejo Consultivo del Ministerio de Salud Pública, que actuará como órgano asesor de éste en materia de orientación, promoción, programación, coordinación e integración de las acciones de salud a nivel nacional."

"Artículo 2º - Este Consejo estará integrado por:

- a) El Ministro de Salud Pública, que lo presidirá;
- b) El Subsecretario de Salud Pública que lo presidirá en ausencia del Ministro;

- c) El Director General del Servicio Nacional de Salud;
- d) El Vicepresidente Ejecutivo del Servicio Médico Nacional de Empleados;
- e) El Superintendente de Seguridad Social;
- f) El Jefe del Servicio de Sanidad Militar;
- g) El Jefe del Servicio de Sanidad Naval;
- h) El Jefe del Servicio de Sanidad Aérea;
- i) El Jefe del Servicio Médico del Cuerpo de Carabineros de Chile;
- j) El Vicepresidente Ejecutivo de la Caja de Accidentes del Trabajo;
- k) El Director del Instituto Médico Legal;
- l) El Jefe de Departamento Sanitario del Servicio de Prisiones;
- m) El Jefe del Servicio Sanitario de los Ferrocarriles del Estado;
- n) El Presidente del Colegio Médico de Chile;
- o) El Presidente del Colegio de Dentistas de Chile;
- p) El Presidente del Colegio de Químicos Farmacéuticos de Chile;
- q) El Gerente de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios S.A."

El Ministro de Salud podrá disponer la incorporación de otros miembros a este Consejo, en forma permanente o transitoria.

Los miembros del Consejo no percibirán remuneración alguna por el ejercicio de sus funciones.

"Artículo 3º - Sin perjuicio de las funciones que se señalan en la parte considerativa de este decreto y de las generales indicadas en el artículo 1º, corresponderá en especial al Consejo Consultivo del Ministerio de Salud Pública:

- a) Estimar la demanda de Acciones que se deriven de las condiciones de Salud de la población y de los requerimientos que la comunidad manifieste;
- b) Determinar la calidad y cuantía de los recursos necesarios para cubrir esas acciones, considerando los actualmente existentes en su máximo aprovechamiento, y precisar los recursos complementarios y la manera de obtenerlos;
- c) Evaluar el rendimiento de las Acciones de salud y el aprovechamiento de los recursos en los sectores públicos y privados;

- d) Proponer normas técnicas y administrativas generales para lograr uniformidad, coordinación, eficiencia e integración de las acciones de salud desarrolladas por los organismos públicos y privados;
- e) Colaborar en la formulación del Plan Nacional de Salud, evaluarlo periódicamente, perfeccionarlo y compatibilizarlo con la política general del Gobierno en su Plan Nacional de Desarrollo;
- f) Proponer las reformas legales y reglamentarias que estime necesarias;
- g) Auspiciar toda medida que conduzca a favorecer el ejercicio del derecho a la salud que corresponda al individuo y a la comunidad; y a que se cumplan las acciones indispensables para dar satisfacción íntegra y oportuna a dicho derecho, y
- h) Pronunciarse sobre las materias que le sean sometidas a su consideración por el Ministro de Salud Pública."

"Artículo 4º - La opinión del Consejo será puesta en conocimiento del Ministro de Salud Pública."

"Artículo 5º - El Consejo tendrá sesiones una vez al mes, en el día que se acuerde en su sesión constitutiva, sin perjuicio de que el Ministro de Salud lo cite cuando requiera su asesoría."

"Artículo 6º - El Consejo tendrá un Secretario designado por el Ministro de Salud Pública que tendrá las funciones que éste asigne mediante resolución interna."

"Artículo 7º - Las instituciones que cumplan acciones de salud, deberán proporcionar al Consejo todos los antecedentes e informaciones que le sean solicitados."

ARTICULO TRANSITORIO - Integrarán este Consejo Consultivo, hasta cuando el Ministro de Salud Pública lo determine, un representante del Consejo de Rectores a que se refiere la letra c) del artículo 36º de la Ley No. 11.575, el Director del Hospital J.J. Aguirre de la Universidad de Chile y el Director del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

Decreto No. 250, de 15 de Mayo de 1967.

CONSIDERANDO:

1º - Que la Carta Fundamental entrega al Estado el deber de velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país;

2º - Que el cumplimiento de esas funciones las realiza el Administrador del Estado por intermedio del Ministerio de Salud Pública, el que debe programar, coordinar y controlar las acciones de salud;

3º - Que en atención a la complejidad de los problemas de este orden y que afectan sin distinción a toda la comunidad, es necesario formar conciencia de sus alcances para aprovechar integralmente los recursos que emplea el Estado para su solución e interesar a la población para que concurra con su aporte y colabore activamente en el proceso;

4º - Que para lograr este objetivo debe promoverse a una mayor integración y coordinación entre las autoridades administrativas, tanto del Gobierno del Interior, que representan el Presidente de la República y les corresponde fiscalizar el funcionamiento de los Servicios Públicos; del Servicio Nacional de Salud, que debe ejecutar las acciones de salud en todo el territorio nacional; de las Municipalidades, que deben administrar los intereses locales, y las diversas instituciones u organizaciones representativas de la comunidad;

5º - Que este contacto organizado entre la autoridad y la comunidad debe concretarse a nivel de los propios establecimientos del Servicio Nacional de Salud que están encargados de impulsar las acciones de salud en los distintos distritos territoriales, y en las sedes de las Areas de Salud del citado Servicio;

6º - Que para hacer realidad esta iniciativa deben crearse los órganos de contacto que permitan un acercamiento efectivo de la comunidad, que recibe los beneficios y debe ejercitar su derecho a la salud, y la autoridad que le corresponde conceder esos beneficios y amparar este derecho, en términos tales que ésta cuente directamente en cada establecimiento o Unidad de Salud con la colaboración y asesoramiento de la población, coordine sus programas de salud con las necesidades de ella y existe un conocimiento inmediato de sus problemas, y,

VISTO el acuerdo No. 77 de 1967, del H. Consejo Nacional de Salud; lo consignado en el No. 14, inciso 4º, del artículo 10º de la Constitución Política del Estado; lo dispuesto en los DFL Nos. 226, de 1931 y 22 de 1959; en la Ley No. 10.383, y en uso de la facultad que me conceden los artículos 71º y 72º, No. 2, de la Constitución Política del Estado.

- "Artículo 1º - En cada establecimiento del Servicio Nacional de Salud en que se realicen una o más acciones de Salud, cualquiera que sea el número de distritos territoriales que abarque, se constituirá un Consejo Comunitario de Unidad de Salud."
- "Artículo 2º - Asimismo, en cada una de las áreas hospitalarias que forman la zona de salud en que se encuentra organizado dicho Servicio, funcionará un Consejo Comunitario de Area Hospitalaria."
- "Artículo 3º - Estos Consejos Comunitarios serán entidades asesoras o consultivas del Servicio Nacional de Salud, ya sea a nivel de cada establecimiento o del Hospital Base de Area, según corresponda, estarán encargados de procurar un mejor conocimiento recíproco de los problemas y acciones de Salud sirviendo de nexo entre la autoridad y la comunidad que resida en él o los distritos o áreas de Salud, con el objeto de lograr prestaciones médico-sociales integrales, eficientes y humanas.

En consecuencia, corresponderá a los Consejos Comunitarios examinar los problemas de salud que afecten a la comunidad; propender a que ellos sean solucionados mediante acciones rápidas y eficaces; promover el interés de los habitantes para participar en forma activa en la solución de los mismos; colaborar en la divulgación de los planes y acciones de Salud que programe la autoridad; representar las anomalías que aparezcan en la ejecución de esas acciones y, en general, procurar un mayor acercamiento de la comunidad con los establecimientos que ejecutan acciones de salud."

- "Artículo 4º - Los Consejos Comunitarios tendrán en especial, las siguientes funciones:
- 1º) Colaborar para que exista una coordinación eficaz y completa entre los establecimientos que desarrollan acciones de salud y los beneficiarios y la comunidad, a fin de que aquellas sean cumplidas y aprovechadas plenamente;
 - 2º) Tomar conocimiento de la información que deberá proporcionar la autoridad de salud que integre cada Consejo, sobre las siguientes materias;
 - a) Problemas fundamentales de salud que se presenten en el territorio que comprenda el respectivo Consejo;
 - b) Programas de salud que se aplicarán en sectores respectivos;

- c) Recursos humanos, materiales y financieros necesarios para desarrollar los programas;
 - d) Rendimientos obtenidos en la ejecución de estos programas, y
 - e) Demás materias que sean convenientes de dar a conocer, para impulsar o mejorar las funciones de salud que le competen, de acuerdo con la ley y los reglamentos, al Servicio Nacional de Salud;
- 3º) Informar a la comunidad, por intermedio de los diversos organismos o instituciones representados en cada Consejo, sobre las acciones de salud programadas e interesar a aquella en colaborar adecuadamente a la realización de los programas de salud;
- 4º) Propender a que la comunidad colabore en la ejecución y financiamiento de los programas de salud, mediante trabajos o servicios voluntarios, erogaciones, donaciones y otra clase de aporte;
- 5º) Auspiciar la colaboración de la comunidad mediante sugerencias en la formulación de los programas locales de salud y en su evaluación;
- 6º) Solicitar a las autoridades respectivas las medidas urgentes que considere necesario poner en práctica para la realización de los fines que persiguen, y
- 7º) Impulsar y fomentar la celebración de los convenios a que se refiere el artículo 39º de la ley No. 16.575 y otros de análoga naturaleza que sean procedentes de acuerdo con las leyes."

"Artículo 5º - Los Consejos Comunitarios de Unidades de Salud, estarán integrados por:

- 1º - El Intendente, Gobernador, Sub-Delegado o Inspector, según corresponda, que tenga sede en el lugar en que funciona el respectivo establecimiento, o su delegado;
- 2º - El Jefe Superior del establecimiento del Servicio Nacional de Salud que sirve de base a la Unidad de salud;
- 3º - Por un representante de la Municipalidad o Municipalidades de la comuna o comunas que comprendan la Unidad de Salud;

- 4º - Por un representante de cada una de las siguientes organizaciones comunitarias que funcionen en el distrito o distritos que comprenda la Unidad de salud;
- a) Juntas de Vecinos;
 - b) Centro de Madres;
 - c) Clubes Deportivos;
 - d) Centros de Padres y Apoderados;
 - e) Comités de Salud de Poblaciones, y
 - f) Demás organizaciones que determine cada Consejo, a propuesta de su Presidente;
- 5º - Por un representante de los sindicatos de trabajadores constituidos en el sector geográfico que comprende cada Consejo;
- 6º - Por un representante de los empleadores del mismo sector;
- 7º - Por un representante de los profesores de los establecimientos fiscales y particulares de educación que funcionen en el distrito o distritos que comprenda cada Consejo."

"Artículo 6º - Los Consejos Comunitarios de Area Hospitalaria estarán integrados por:

- 1º - El Intendente o Gobernador, según corresponda, o su delegado;
- 2º - El Jefe del Area de Salud;
- 3º - El Alcalde de la comuna en que se encuentre ubicado el Hospital Base de Area, o su delegado, y
- 4º - Por el Presidente de cada Consejo Comunitario de Unidad de Salud constituido en la respectiva área hospitalaria o, en su defecto, por el integrante de ellos que cada Consejo designe."

"Artículo 7º - Los miembros de los consejos Comunitarios de Unidad de Salud a que se refieren los Nos. 4º, 5º, 6º y 7º del artículo 5º, serán designados por el representante del Gobierno Interior que corresponda, a propuesta en terna de cada una de las instituciones u organizaciones señaladas en dicho artículo."

"Artículo 8º - Los Consejos Comunitarios serán presididos por el Intendente, Gobernador, Sub-Delegado o Inspector o sus respectivos delegados, según sea el caso, y en su ausencia por el representante del Servicio Nacional de Salud.

Los miembros de los Consejos Comunitarios deberán residir en el área geográfica que comprenda cada uno de ellos, y durarán dos años en el ejercicio de sus funciones, pudiendo ser reelegidos, a excepción de los representantes del Gobierno Interior, Servicio Nacional de Salud y Municipalidades que se desempeñarán mientras tengan la representación que invisten."

"Artículo 9º - Los Consejos Comunitarios funcionarán en el establecimiento correspondiente del Servicio Nacional de Salud.

El quorum para sesionar será para los Consejos Comunitarios de Unidad de Salud, no inferior a la cuarta parte de sus miembros; de la mitad de ellos, en los Consejos Comunitarios del Área Hospitalaria.

Los acuerdos se adoptarán con el voto de la mayoría de los miembros presentes."

"Artículo 10º - Los Consejos deberán tener a lo menos diez reuniones al año, y sus miembros no percibirán remuneración alguna por el desempeño de sus funciones."

ECUADOR

Decreto 1901 de la Junta Militar de Gobierno de fecha 28 de agosto de 1964, reestructurando el Ministerio de Previsión Social, Trabajo y Salud Pública y creando la Subsecretaría de Salud Pública.

"Artículo 3º - El Subsecretario de Salud Pública, en la forma prevista en el artículo anterior, será responsable de la programación, dirección, coordinación, supervisión y evaluación de las actividades desarrolladas por la Dirección General de Sanidad."

"Las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social, el Departamento Nacional de Control de Precios de las Medicinas, el Instituto Nacional de Nutrición, el Instituto Nacional de Higiene, el Servicio Médico Rural adscrito a la Misión Andina y las demás entidades de derecho público o privado con finalidad social o pública, nacionales o extranjeras, domiciliadas en el

Ecuador que tengan a su cargo la realización de programas de Salud Pública, funcionarán como entidades adscritas al Ministerio de Previsión Social y Trabajo, a través de la Subsecretaría de Salud Pública."

"El Departamento Médico del Seguro Social, sin perjuicio de las Leyes y Reglamentos que le son inherentes, prestará su colaboración al Ministerio de Previsión Social, para los fines de la Salud Pública."

Decreto de la Asamblea Nacional Constituyente de junio de 1967, creando el Ministerio de Salud Pública

"Artículo 1º - Créase el Ministerio de Salud Pública para atender los ramos de Sanidad, Asistencia Social y los demás que se relacionan con la salud en general."

"Artículo 2º - El Presidente de la República dictará dentro de diez días de promulgado este Decreto, el reglamento organizativo de este Ministerio, estableciendo las secciones y demás dependencias necesarias para que el Ministerio cumpla a cabalidad con sus funciones."

EL SALVADOR

Anteproyecto del Reglamento General de los Servicios Nacionales de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

TITULO I

DEFINICION Y OBJETO

"Artículo 1 - Los Servicios Nacionales de Salud tienen como objeto:

- a) La promoción, prevención, conservación y recuperación de la salud del pueblo salvadoreño;
- b) La coordinación de sus actividades con otras instituciones públicas, privadas e internacionales que desarrollen programas de atención a la salud."

"Artículo 2 - La organización, planificación, administración, coordinación, supervisión y evaluación de los Servicios Nacionales de Salud están bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud, que es una dependencia directa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social."

TITULO II

ORGANIZACION

"Artículo 3 - Para la mejor administración de los Servicios Nacionales de Salud se regionalizan e integran en 5 Regiones de Salud, así:

Las Regiones actuarán en lo administrativo, en forma descentralizada, por delegación que la Dirección General de Salud les hace de autoridad y de responsabilidad para toda la jurisdicción de cada Región."

"Artículo 4 - Una Región de Salud Pública comprende todos los establecimientos nacionales de Salud ubicados dentro de su área geográfica: Centros, Unidades y Puestos de Salud y Hospitales."

"Cada Región, en su organización, tendrá:

"b) Un Consejo de Coordinación, formado con todos los Directores de Centros de Salud y Hospitales de la Región, que se reunirá cada mes, convocado y presidido por el Director Regional.

Este Consejo deberá coordinar las atenciones que sus respectivos establecimientos prestan al público con el objeto de mejorar estos servicios: "

TITULO III

Capítulo I

DIRECCION Y ADMINISTRACION CENTRAL

"Artículo 10 - Se establecen 3 Departamentos:

1. Departamento Normativo, que comprende las Divisiones y Servicios siguientes:

- a) División de Epidemiología, con los Servicios de:
 - b) División de Atención Médica, con los Servicios de
 - 1. Consulta y hospitalización
 - 2. Higiene Materno Infantil y Nutrición
 - 3. Odontología
 - 4. Enfermería
 - c) División de Educación y Capacitación Técnica, con los Servicios de:
- 2. Departamento Administrativo
 - 3. Departamento Económico Contable"

(Este articulado corresponde a un anteproyecto preparado en Noviembre de 1966 y que, aun cuando no ha entrado en vigencia, se da a conocer en vista de su orientación muy clara hacia los objetivos de coordinación y regionalización).

GUATEMALA

Acuerdo Gubernativo No. 1149, de 10 de Mayo de 1967, por el cual El Presidente Constitucional de la República acuerda:

"Primero: Aprobar el Acuerdo No. 410 de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que contiene el Reglamento sobre Protección Relativa a Enfermedad y Maternidad."

"Artículo 1 - El presente Reglamento establece y norma la protección relativa a:

- a) Enfermedades en general, y
- b) Maternidad."

"Artículo 5 - Dentro de este Programa se otorgan las siguientes prestaciones:

Prestaciones en dinero:

.....

Prestaciones en servicio:

- a) Promoción de la salud y prevención específica de las enfermedades;
- b) Asistencia médico-quirúrgica, general y especializada;
- c) Hospitalización;
- d) Asistencia odontológica;
- e) Asistencia farmacéutica;
- f) Suministro de aparatos ortopédicos y protésicos;
- g) Exámenes radiológicos, de laboratorio y demás exámenes complementarios que sean necesarios para el diagnóstico y el control de la enfermedad;"

"Artículo 21 -

El Instituto participará, de acuerdo con sus posibilidades económicas y recursos, en programas preventivos contra enfermedades endémicas y determinadas enfermedades sociales y en campaña contra epidemias, en colaboración con entidades públicas y privadas competentes, utilizando los medios con que éstas contaren.

Asimismo, el Instituto cooperará con las autoridades públicas competentes en la preparación de instructivos de previsión sanitaria para los hogares de los afiliados y las empresas patronales y, en general, en la preparación de medidas tendientes a la educación sanitaria del afiliado y de su familia."

HONDURAS

Decreto número 75 de 14 de noviembre de 1966, publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" los días 5 y 6 de enero de 1967,

CODIGO SANITARIO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS

DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

"Artículo 52 - Corresponde a la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, dictar la política sanitaria del país, especialmente:

1. La orientación superior y coordinación de las acciones de salud que realicen los organismos estatales, distritales, municipales, autónomos y particulares, sin exclusión alguna."

DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

"Artículo 14 - El Consejo Nacional de Salud estará integrado por:

g) El Director del Instituto Hondureño de Seguridad Social."

"Artículo 16 - Corresponden al Consejo Nacional de Salud las siguientes atribuciones:

a) Estudio y dictamen de los planes nacionales de salud;

b) Recomendar las medidas más adecuadas, para establecer una coordinación efectiva entre la Secretaría de Salud Pública y las otras Instituciones que en el país se ocupen de la Salud;"

MEXICO

PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA COMISION MIXTA
COORDINADORA DE ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA, ASISTENCIA
Y SEGURIDAD SOCIAL - 12 DE AGOSTO DE 1965 A 15 DE JUNIO DE 1967

- I En su primera reunión la Comisión tomó las medidas necesarias para establecer un reglamento interno de trabajo, el que fue finalmente adoptado.
- II En el decreto y el reglamento respectivos se hallan los principios que gobiernan las actividades de la Comisión. Sobresale ante todo el hecho que no constituye por sí misma un nuevo agregado burocrático. Sus actividades se efectúan ya sea directamente por sus miembros o a través del personal de las instituciones coordinadas.
- III La Comisión ha celebrado reuniones regularmente, con asistencia constante de todos sus miembros, que son: El Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Rafael Moreno Valle; el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Dr. Ignacio Morones Prieto; el Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Lic. Rómulo Sánchez Mireles; el Subsecretario de Salubridad, Dr. Pedro Daniel Martínez; el Subdirector Médico del IMSS, Dr. Luis Méndez; el Subdirector Médico del ISSSTE, Dr. Francisco Fonseca; el Vocal Ejecutivo de la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria de la SSA, Arq. Joaquín Álvarez Ordóñez; el Jefe de Proyectos y Construcciones del IMSS, Arq. Enrique Yáñez de la Fuente; el Jefe del Departamento de Arquitectura y Planeación del ISSSTE, Arq. Joaquín Martínez Domínguez.

- IV Como es natural, durante los primeros meses la Comisión prestó especial atención a evitar duplicaciones en las construcciones y en el uso de otros recursos materiales. A consecuencia de ello se elaboró una cédula censal de establecimientos con el objeto de tener un conocimiento mutuo al respecto.
- V Se han venido tomando disposiciones para subrogar servicios y fijar cuotas, entre una institución y otra, especialmente de servicios hospitalarios y de consulta externa, en muy diferentes partes del país.
- VI Se han cedido o vendido hospitales de una institución a otra, de conformidad con sus necesidades y recursos. Por ejemplo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha vendido a las instituciones de seguridad social tres hospitales que venía utilizando sólo en parte.
- VII Se estableció un intercambio de información con el objeto de uniformar, hasta donde sea posible, los procedimientos de compra de medicamentos y alimentos.
- VIII Se intercambió información sobre las necesidades y recursos de las tres instituciones para la atención de enfermos mentales. Como consecuencia de ello y tomando en cuenta que la SSA tiene muy adelantado un importante programa de construcciones para este propósito, las dos instituciones de seguridad social han determinado que este aspecto de la atención médica sea preferentemente realizado por la Secretaría. Por ahora, los enfermos mentales que estaban alojados en la antigua "Castañeda", derechohabientes del IMSS y del ISSSTE, han sido trasladados a las nuevas instituciones construídas por la Secretaría.
- IX Se han dado los primeros pasos para estructurar un organismo común encargado de la conservación, reparación, servicio de emergencia y creación de un "stock" de piezas de repuesto de los aparatos electro-médicos utilizados por las tres instituciones, así como de un programa de adiestramiento de personal para estos fines.
- X Se aprobó la solicitud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, para estudiar y establecer normas en la utilización de los hospitales, clínicas y centros de salud de las tres instituciones, que han venido siendo empleadas por dicha Facultad en la enseñanza de la medicina y en cursos para graduados.
- XI Se tomaron medidas para establecer las compatibilidades de trabajo de los miembros de las tres instituciones.
- XII Se han venido estableciendo en forma progresiva, comités técnicos encargados de coordinar programas. De esta manera existen en la actualidad:

1. Comité de Medicina Preventiva

Está integrado por el Director General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios; el Director General de Salubridad en el Distrito Federal y el Director de Epidemiología y Campañas Sanitarias, de la SSA; por el Jefe del Departamento de Medicina Preventiva del IMSS y el Director de Medicina Preventiva del ISSSTE. Este Comité ha realizado ya las siguientes actividades:

- a) Coordinación de la lucha antituberculosa en todo el país, con especial atención a tres programas; en el Distrito Federal, en la frontera norte y en el sureste.
- b) Coordinación de la lucha en contra de las enfermedades venéreas en todo el país.
- c) Coordinación de la campaña en contra de la fiebre reumática en el país.

2. Comité de Estadística

Este Comité está integrado por los jefes de estadística de la SSA, del IMSS y el Subjefe del ISSSTE. Ha realizado las siguientes actividades:

- a) Diseño de un formato común para obtener información sobre recursos y servicios médicos de las tres instituciones. Este diseño ya fue aprobado y se inició su utilización.
- b) Estudio de la organización de las oficinas de estadística de cada una de las tres instituciones con el objeto de armonizarlas.

3. Comité de Protección Radiológica

Está integrado por el Director de Higiene Industrial de la SSA; por un especialista en radiología de la SSA; por dos especialistas del IMSS; el Director del Hospital de Oncología y el físico de dicho Hospital; y por el Jefe de Medicina Nuclear y un químico especialista del ISSSTE. Este Comité ha realizado:

- a) Encuesta con un mismo patrón, de los servicios radio-diagnósticos y radio-terápicos de las tres instituciones.
- b) Información mutua sobre cualesquiera nueva construcción, organización o adaptación de servicios especializados en donde se utilicen radiaciones, con objeto de que el Comité exprese sus puntos de vista técnicos.

- c) Establecimiento de procedimientos comunes para la auditoría técnica de los servicios especializados en las tres instituciones.

4. Comité de Educación Profesional

Este Comité está integrado por el Director de Educación Profesional en Salud Pública de la SSA y por los jefes de educación profesional del IMSS y del ISSSTE.

Este Comité, de reciente creación, se ha dedicado a intercambiar información detallada sobre los programas educativos de cada una de las tres instituciones. Ha iniciado un estudio sobre las funciones de los trabajadores de categoría similar, para establecer las posibilidades de armonizar los programas educativos correspondientes.

La Facultad de Medicina de la UNAM solicitó a la Comisión Mixta Coordinadora, el formar parte de este Comité de Educación Profesional. La Comisión lo aprobó, en la inteligencia de que el representante de la Facultad formará parte del Comité con el carácter de consultor técnico. De esta manera se facilitará grandemente la labor del Comité, ya que trabajarán juntas las tres instituciones médicas más importantes y la Facultad de Medicina que prepara a la mayoría de los médicos del país.

5. Comité de Cuadro Básico y Control de Calidad de Medicamentos

Este Comité es el último que se ha organizado y está integrado por los profesionales encargados de los cuadros básicos de cada una de las tres instituciones. El Comité decidió avocarse al estudio de los requisitos que propondrá a la Comisión para que sean exigidos por las tres instituciones a los laboratorios que se interesen en venderles sus productos. Para este fin, señalará los requisitos indispensables (independientemente de los que exija la ley) de las plantas de producción, en el caso de fabricantes mexicanos, y tipos de control que deben presentar los importadores de productos elaborados en el extranjero. Finalmente, señalarán los requisitos de los empaques para su adecuada utilización en las distintas regiones del país y por las tres instituciones.

Decreto que crea una Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social

CONSIDERANDO:

1º - Que las actividades que realizan las Secretarías y Departamentos de Estado, los Organismos Descentralizados y las Empresas propiedad del Gobierno Federal, en materia de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social deben coordinarse con el propósito de evitar innecesarias duplicaciones en el ejercicio de sus atribuciones;

2º - Que la unidad de acción y de pensamiento, en la coordinación entre las diversas dependencias, constituye dentro de nuestro sistema de Gobierno, la forma de servir más eficientemente al pueblo, aprovechando íntegramente los recursos disponibles;

3º - Que los recursos destinados por el Sector Público a las actividades sanitarias, asistenciales y de seguridad social deben aprovecharse plenamente y que la correcta planeación de esas actividades, significará una importante economía en la inversión y administración de esos recursos, he tenido a bien dictar el siguiente Decreto:

- I - Se crea una Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social.
- II - La Comisión estará integrada por nueve miembros; tres nombrados por el C. Secretario de Salubridad y Asistencia, tres por el Instituto Mexicano del Seguro Social y tres por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, haciéndose la designación de estos dos últimos grupos de acuerdo con las leyes que rigen a cada uno de los últimos grupos de acuerdo con las leyes que rigen a cada uno de los organismos descentralizados mencionados.
- III - La Comisión estará presidida por uno de los representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- IV - La Comisión estudiará las necesidades nacionales en materia de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social y planeará las actividades a realizar en estos ramos, por el Sector Público Federal pudiendo proponer a los integrantes de éste, la coordinación y subrogación de servicios prestándoles la asesoría que soliciten.
- V - Las resoluciones de la Comisión tendrán el carácter de recomendaciones, pudiendo hacerlas también del conocimiento de las Autoridades Estatales y Municipales.

REGLAMENTO INTERIOR Y DE CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO
DE LA COMISION MIXTA COORDINADORA DE ACTIVIDADES EN SALUD
PUBLICA, ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL

CAPITULO I

NATURALEZA Y OBJETO DE LA COMISION

"Artículo 19 - La Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social es un organismo destinado a la prestación de un servicio público consistente en la coordinación de funciones y planeación de actividades en los ramos a que su nombre alude, a efecto de lograr una mejor inversión y administración de los recursos que el Sector Público Federal destina a dichos fines."

"Artículo 20 - Las funciones de la Comisión son:

- I. Estudiar las necesidades nacionales en materia de salud pública, asistencia y seguridad social;
- II. Planear las actividades a realizar en estos ramos por el Sector Público Federal;
- III. Estudiar la coordinación de los programas de construcción, de los servicios y de los programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la coordinación técnica de todas las actividades relacionadas con la salud, a fin de mejorar la eficiencia y abatir los costos.

Asimismo, estudiará el establecimiento de normas comunes para la evaluación de los servicios y para las adquisiciones, con el fin de asegurar una buena calidad al menor precio posible.

- IV. Formular cada año su plan de trabajo y, según el mismo, el proyecto de presupuesto necesario, el cual, previa aprobación de la Dependencia y Organismos en ella representados, será remitido a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- V. En general, proponer al Sector Público Federal las formas de coordinación y la subrogación de servicios que estime convenientes;

- VI. Prestar asesoría a las Dependencias del Ejecutivo Federal, los organismos descentralizados y las empresas propiedad del Ejecutivo Federal;
- VII. Recomendar que se adopten las resoluciones, programas o proyectos que elabore como culminación de sus investigaciones y trabajos;
- VIII. Hacer del conocimiento de la Secretaría de la Presidencia, de la Secretaría del Patrimonio Nacional y de las autoridades estatales y municipales, cuando proceda, los estudios que realice y las recomendaciones que formule.
- IX. Dictar las disposiciones o acuerdos complementarios de este Reglamento;
- X. Las demás que se le otorguen en el futuro para lograr el eficaz cumplimiento del Decreto Presidencial que la constituyó."

"Artículo 3º - La Comisión está facultada para solicitar información, datos y aún el asesoramiento de las Dependencias del Ejecutivo o de particulares, así como para designar sub-comisiones para el estudio de cuestiones específicas."

NICARAGUA

Decreto No. 161 de 22 de diciembre de 1955

LEY ORGANICA DE SEGURIDAD SOCIAL

TITULO I

De la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social

Capítulo I

De la Institución y Sus Finalidades

"Artículo 1 - La orientación, coordinación y dirección superior de la seguridad social de la Nación, en sus tres aspectos de asistencia social, asistencia médica y seguros sociales, se ejercerán, en ejecución de lo que prescriben los artículos 97 y 290 Cn., por medio de un organismo denominado JUNTA NACIONAL DE ASISTENCIA Y PREVISION SOCIAL que gozará de la autonomía funcional que esta ley le concede."

"Artículo 2 - Para el cumplimiento de las funciones que le corresponden, la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social, que en lo sucesivo será llamada "Junta Nacional" o simplemente "la Junta", tendrá las siguientes facultades y atribuciones.

.....

2º En materia de Asistencia Médica:

- a) Prestar la asistencia médica y médico-hospitalaria en nombre de la Nación, disponiendo de todos los recursos que para tal fin tuviere el Estado;
- b) Planificar, coordinar y dirigir técnicamente la asistencia médico-hospitalaria y dictar las normas que regularán el funcionamiento de los hospitales y demás centros de asistencia médica del Estado o de la asistencia social.
- c) Fundar o construir nuevos hospitales, así como adquirirlos cuando fuere conveniente;
- d) Acordar la reorganización de los hospitales que no cumplieren las disposiciones técnicas y reglamentarias pertinentes o cuando las deficiencias en su funcionamiento, a juicio de la Junta, lo hicieren necesario;
- e) Vigilar la asistencia médica que las personas naturales o jurídicas estén obligadas a prestar a sus trabajadores, por virtud de la aplicación de las leyes del trabajo, en coordinación con las autoridades encargadas de exigir el cumplimiento de estas disposiciones legales;
- f) Colaborar con el Ministerio de Salubridad Pública a la protección de la salud."

TITULO III

Capítulo Unico

De la Dirección de Asistencia Médica

"Artículo 20 - Los programas de asistencia médica, si bien tienen como propósito fundamental la curación del enfermo, deben aspirar también al fomento y protección de la salud colectiva y convertir cada hospital en centro al servicio de la comunidad. Para ello, la Junta deberá elaborar y ejecutar sus programas en cooperación con el Ministerio de Salubridad Pública, los Centros de Enseñanza Profesional, las Asociaciones Científicas y las Instituciones públicas o privadas que se interesen en la misma finalidad!

- "Artículo 23 - La Dirección prestará los servicios de asistencia médica, hospitalaria o no, por medio de sus oficinas, central, zonales o departamentales necesarias y demás establecimientos que llegare a tener. Y en todo lo referente a los afiliados del Seguro Social, funcionará como Sub-Dirección Médica del Instituto Nacional de Seguridad Social."
- "Artículo 24 - Los establecimientos de asistencia médica estarán fundamentalmente destinados a la atención del enfermo, pero al mismo tiempo, conforme su categoría, deberán cumplir otros objetivos, como la educación sanitaria de la población, la investigación médico-social de los factores que afectan al estado de salud de la comunidad y la colaboración a la enseñanza profesional. Dichos establecimientos serán: a) los hospitales y b) los otros centros de atención médica, urbanos o rurales, los que podrán depender de un hospital aun cuando no funcionen en su mismo edificio."

Datos tomados de la MEMORIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE 1966.

El Consejo Directivo del Instituto Nacional del Seguro Social dictó, el 14 de octubre de 1966, el Decreto No. 98, extendiendo la cobertura de los regímenes del Seguro Social a la zona minera del Municipio de Prinzapolka, que incluye los centros mineros de Siuna, Bonanza y Rosita, además de las poblaciones de Limbaika, Alamicamba, Prinzapolka y Puerto Isabel.

Como el Seguro Social será la única entidad que prestará servicios médicos en la zona, se llegó a un acuerdo con la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social para que el INSS se encargue de la asistencia médica curativa de las personas indigentes o de escasos recursos, no aseguradas, del citado Municipio. Para atender a estas nuevas obligaciones, el INSS recibirá una subvención de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social. Con esto se llega al ideal de la integración de todos los servicios asistenciales y curativos de una zona determinada en una sola Institución.

Además de la extensión del seguro social a esta zona tan importante, que comprende el primer programa de atención médica integral entre el Ministerio de Salubridad y el Instituto Nacional de Seguridad Social, se están dando otros pasos tendientes al establecimiento de una política de coordinación y/o integración entre el Ministerio y el Seguro, como son:

- a) Centro de Rehidratación de la ciudad de Managua: fue suscrito un acuerdo entre el Ministerio y el INSS para el funcionamiento "integrado" de este centro. El financiamiento se hace entre ambas instituciones y la prestación de servicios alcanza tanto a la población no asegurada como a la asegurada.
- b) Programas de vacunación y saneamiento ambiental.
- c) Programas de adiestramiento de personal auxiliar de Salud Pública.
- d) Programa de Control de la Tuberculosis, y
- e) Servicio de Higiene y Seguridad Industrial.

PERU

Existe un sistema de coordinación entre las instituciones del sector salud, contándose con órganos de niveles nacional y local. Entre los primeros están: el Consejo Nacional de Salud, asesor del Despacho Ministerial en lo que respecta a los problemas de salud nacionales, que está presidido por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social e integrado por otros 13 miembros representantes de entidades del sector, gremiales y formadoras de personal de salud; el Comité Asesor de la Oficina Sectorial de Planificación, presidido por el Director de la Sectorial e integrado por representantes de las entidades públicas y privadas del sector; y la representación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en los Directorios o Consejos Superiores de las entidades del Subsector Público Independiente.

A nivel local, la coordinación intrasectorial, e incluso intersectorial se realiza mediante: Representación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en los Directorios de las Sociedades de Beneficencia Pública y de las Juntas de Obras Públicas y Corporaciones de Saneamiento; y Comités de Coordinación de las Areas y Unidades de Salud, encargados de orientar y coordinar las actividades de las Instituciones Públicas y Privadas que ejecutan acciones de salud.

En 1961 se inició un proceso de incorporación administrativa por el cual el Ministerio de Salud Pública asumió la dirección de algunos de los hospitales de las Sociedades de Beneficencia Pública procediendo a su reacondicionamiento físico, renovación de equipo e incluso ampliaciones justificadas por las necesidades de la demanda. Estas transferencias se han concertado mediante convenios suscritos entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y cada una de las Sociedades de Beneficencia Pública locales. Posteriormente, los convenios han sido sancionados por Resoluciones Supremas o Ministeriales. Es así como desde 1961 hasta la fecha han sido transferidos

15 hospitales de Beneficencia a la administración del Ministerio. En los convenios, las respectivas Sociedades de Beneficencia acuerdan transferir, por lapsos de 30 años, la totalidad de edificios, terrenos, equipos y servicios al Ministerio de Salud Pública, el que se compromete a absorber el personal reservándose la libertad de redistribuirlo e introducir en los hospitales su propio régimen administrativo.

Desde que terminó la primera fase del Plan de Construcciones Hospitalarias del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, se han concertado convenios con los Seguros Sociales, particularmente con el Obrero, para la cobertura de los riesgos de Enfermedad y Maternidad entre los asegurados, en aquellos lugares en que los seguros no cuentan con servicios de atención médica. Mediante este sistema de uso mancomunado de recursos, se ha detenido la inversión innecesaria en nuevos hospitales por parte de las Cajas de Seguridad Social.

Con la Caja Nacional de Seguro Social Obrero se han celebrado y aprobado 16 convenios por los cuales se brindarán prestaciones asistenciales a pacientes asegurados en 13 hospitales del Ministerio y establecimientos de salud en tres zonas. En estos últimos convenios intervienen, además, el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social y el Servicio Especial de Salud Pública. Estos convenios tienen una duración de dos años renovables y en ellos el Seguro hace un aporte sobre los salarios de los obreros asegurados en la zona y el Ministerio proporciona servicios médicos y medicamentos, y en algunos casos, subsidios.

Con el Seguro Social del Empleado se ha suscrito en 1966 un convenio por el cual se transfiere la obra en construcción del Hospital del Seguro Social del Empleado de Chiclayo al Ministerio de Salud Pública por un período de 20 años para su terminación, equipamiento y utilización como Hospital General Centro de Salud. Intervienen en el convenio, el Fondo Nacional de Salud, que terminará la obra en 2 años y se encargará del equipamiento, y el Ministerio, que administrará las 300 camas que constituyen su capacidad total, de las cuales 100 se destinará a la hospitalización de asegurados.

Para la atención de los efectivos de las Fuerzas Armadas y Auxiliares y sus familiares, existen igualmente convenios con las Sanidades respectivas mediante los cuales el Ministerio se compromete a brindar el servicio en provincias, y el plan de acción cívica del Ejército atiende las necesidades de salud de la población rural inmediata a las guarniciones, allí donde los servicios del Ministerio no existen.

Desde 1965 se ha celebrado un amplio convenio entre el Ministerio de Guerra y el de Salud Pública, por el cual se brinda atención médica y hospitalaria en todos los hospitales de provincias del Ministerio de Salud a los oficiales, personal de tropa, empleados civiles y familiares, reembolsando el Ministerio de Guerra los gastos de hospitalización. También se suscribió otro convenio dando facilidades para la atención psiquiátrica en un hospital especializado del Ministerio de Salud, en Lima, a pacientes del Ministerio de Guerra.

VENEZUELADeclaración de los Ministros de Sanidad y Asistencia Social y del Trabajo y el Presidente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales sobre el Establecimiento de la Comisión Preparatoria del Servicio Unico de Salud.

"En varias oportunidades, especialmente en la última década, se ha llamado la atención sobre el hecho, cada vez más evidente, de que existe en el país una situación caracterizada por la multiplicidad de organismos que en forma inconexa administran servicios dedicados a la atención de la salud de la población. Esta situación ha traído como consecuencia una duplicación de esfuerzos, el desarrollo de diversos mecanismos administrativos, el alto costo y bajo rendimiento de dichos servicios. Los suscritos reconocen la existencia de este problema, el cual ha adquirido últimamente un mayor relieve al entrar en vigencia la nueva Ley del Seguro Social, cuyo objetivo fundamental, además de ofrecer atención médica integral, contempla la extensión de otras prestaciones igualmente importantes como la cobertura de riesgos económicos, a corto y largo plazo, a un amplio sector de la población venezolana."

"Reconocemos también que la persistencia de tal situación conlleva el riesgo de entorpecer el cumplimiento adecuado de los propósitos de la Ley."

"A tal efecto, estamos de acuerdo, y así lo declaramos, que como paso previo, en cuanto concierne al campo de la salud, se hace necesario crear a breve plazo un organismo, con atribuciones y recursos suficientes, que se avoque al estudio de la organización del Servicio Unico de Salud en el cual queden integrados todas las actividades y recursos dispersos. En consecuencia, el Ministro de Sanidad y Asistencia Social y el Presidente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, en colaboración con el Ministro del Trabajo, se responsabilizan de iniciar las medidas encaminadas al establecimiento de la Comisión Preparatoria del Servicio Unico de Salud."

Caracas, 7 de abril de 1967.

Decreto número 830 de 6 de junio de 1967

"RAUL LEONI"

Presidente de la República

de conformidad con los artículos 76 y 190, atribución 22ª de la Constitución, artículos 6ª y 10ª de la Ley de Sanidad Nacional y 105 de la Ley de Seguro Social,"

"Considerando:"

"Que existen en el país una multiplicidad de organismos que en forma inconexa administran servicios destinados a atender la salud de la población venezolana;"

"Que tal situación tiende a producir servicios de calidad no siempre acorde con su alto costo, y conlleva la incoordinación técnica y administrativa de los sistemas de atención médica;"

"Que nuestra legislación consagra la práctica de una acción sanitaria que garantiza a todos los ciudadanos el derecho social a la salud, el mantenimiento de la salud pública y la provisión de la prevención y asistencia a quienes carezcan de los medios necesarios para ello;"

"Que organismos científicos, gremiales y educativos como la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Venezolana y la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina han recomendado la integración de los recursos que en forma dispersa se destinan a la atención de la salud en el país;" y

"Que los Ministros de Sanidad y Asistencia Social y del Trabajo y el Presidente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales suscribieron el día 7 de abril de este mismo año una Declaración según la cual se hace necesario crear a breve plazo un organismo con atribuciones y recursos suficientes para que se avoque al estudio de la organización del Servicio Unico Nacional de Salud;"

"DECRETA:"

"Artículo 1º - Se crea la Comisión Preparatoria del Servicio Unico Nacional de Salud, con las siguientes atribuciones:

- a) Proceder al estudio de las necesidades del país y de sus regiones en el campo de la salud, así como de los recursos humanos, materiales y financieros susceptibles de ser aplicados a la satisfacción de aquellas necesidades; y
- b) Proponer las medidas que promuevan la coordinación de los servicios existentes ; y
- c) Presentar el proyecto completo de organización del Servicio Unico Nacional de Salud, de su estructura, financiamiento, funcionamiento y atribuciones."

"Artículo 2º - La Comisión Preparatoria estará compuesta por tres representantes de la Presidencia de la República, dos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, dos del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y uno de la Junta de Beneficencia."

- "Artículo 3º - La Comisión designará un Secretario de fuera de su seno, y estará suficientemente facultada para nombrar las sub-comisiones y grupos de trabajo, permanentes u ocasionales, que considere necesario y para recabar información y colaboración activa de todos los servicios públicos que se relacionen directa o indirectamente con la salud."
- "Artículo 4º - La Comisión estará asesorada por un Comité integrado por representantes de la Academia Nacional de Medicina, de la Federación Médica Venezolana, de la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina, de la Confederación de Trabajadores de la Salud, un representante de Fedecámaras y un representante de la Sociedad Médica del Seguro. El Comité podrá solicitar la colaboración y asesoramiento de otros organismos públicos o privados, igualmente interesados en los problemas de la salud, cuando lo juzgaren necesario."
- "Artículo 5º - La Comisión dictará su propio reglamento de trabajo y dispondrá de los medios y recursos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos."
- "Artículo 6º - El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social queda encargado de la ejecución del presente Decreto."

Palacio de Miraflores, en Caracas, a los seis días del mes de junio de mil novecientos sesenta y siete. Año 158º de la Independencia y 109º de la Federación.

Por Decreto número 832, de 13 de junio de 1947, el Presidente de la República designó a los integrantes de la Comisión Preparatoria del Servicio Unico Nacional de Salud.

LEY DEL SEGURO SOCIAL, de 11 de julio de 1966, en vigor el lro. de enero de 1967

"Artículo 2 - El Seguro Social Obligatorio otorgará:

1º) Prestaciones de asistencia médica integral;"

"Artículo 4 -Se aplicará el seguro de prestaciones de asistencia médica y prestaciones en dinero por incapacidad temporal, cuando el Ejecutivo lo considere conveniente. A estos fines tomará las providencias necesarias para incorporar los servicios médicos asistenciales de los Ministerios, Institutos Autónomos y demás entidades públicas al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales....."

"Artículo 51 -

El órgano entre el Ejecutivo Nacional y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales es el Ministerio del Trabajo, a quien corresponde dirigir su política y vigilar la marcha de sus servicios, sin perjuicio de la acción que en materia sanitaria ejerza el Ejecutivo Nacional a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social."

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XVII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XIX Reunión



Puerto España
Trinidad y Tabago
Octubre 1967

Tema 24 del programa provisional

CD17/18 (Esp.)

ADDENDUM I

28 septiembre 1967

ORIGINAL: ESPAÑOL

PROGRESO OBTENIDO EN LA COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE LOS MINISTERIOS DE SALUD, LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OTRAS QUE DESARROLLAN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD

COLOMBIA

CONTRATO CELEBRADO ENTRE EL GOBIERNO Y EL INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES SOBRE APORTES AL FONDO NACIONAL HOSPITALARIO

De conformidad con lo dispuesto en los Artículos 2, 4, 22 y 24 del Decreto-Ley No. 687 de 1967, los Ministros de Salud Pública y Hacienda y Crédito Público, en nombre y representación de la Nación, y el Director General del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, suscribieron un contrato por medio del cual se apropian las partidas que la citada ley dispone con relación a los aportes del Instituto al Fondo Hospitalario Nacional, para construcción de hospitales y de otros establecimientos asistenciales.

A continuación se transcriben las cláusulas de dicho contrato.

"PRIMERA.- EL INSTITUTO depositará en la cuenta "Fondo Nacional Hospitalario" en el Banco de la República, a más tardar, el último día hábil de cada mes, el 10% de las reservas correspondientes a los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte determinadas de conformidad con el Artículo 30. del Decreto Ley 687 de 1967."

"SEGUNDA.- De las consignaciones efectivas el Banco de la República expedirá por triplicado recibos con destino al INSTITUTO, a la Junta Administradora del "Fondo Nacional Hospitalario" y a la Sección de Crédito Público del Ministerio de Hacienda."

"TERCERA.- Para efectos de los reajustes, amortizaciones e intereses previstos en el Artículo 24 del Decreto-Ley 687 de 1967, la Sección de Crédito Público del Ministerio de Hacienda hará las correspondientes liquidaciones a partir del primero del mes siguiente a aquél en que haya tenido lugar la consignación."

- "Parágrafo.- El valor de los intereses se reconocerá por anualidad vencida sobre el valor reajustado, con excepción de los intereses que se causan antes del primer reajuste."
- "CUARTA.- Todas las disposiciones del Decreto-Ley 687 de 1967 relacionadas con la tasa de interés, valor de los reajustes por depreciación y manera de efectuarlos, monto de la amortización y plazos en que ésta se efectúe, serán aplicables a los aportes del INSTITUTO al "Fondo Nacional Hospitalario" y se considerarán parte integrante del presente contrato."
- "QUINTA.- El Gobierno se compromete a apropiarse anualmente, mediante la inclusión en el Presupuesto Nacional con carácter de deuda pública, las partidas que demanden el servicio y la amortización, en favor del INSTITUTO, de los aportes que éste haga al "Fondo Nacional Hospitalario".-
- "SEXTA.- La administración del "Fondo Nacional Hospitalario" estará a cargo de una Junta integrada así: El Ministro de Salud Pública o su Delegado, quien la presidirá, el Director del Instituto Colombiano de Seguros Sociales o un Delegado suyo y un Representante personal del Presidente de la República."
- "SEPTIMA.- La Junta Administradora, para el desarrollo de sus actividades, tendrá un Comité Asesor integrado por seis personas así: El Jefe de la División Médica del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y dos funcionarios más del mismo Instituto, designados libremente por el Director General; el Director del Ministerio de Salud Pública y dos funcionarios más del Ministerio, designados libremente por el Ministro."
- "Parágrafo.- Mientras se designa Pagador del Fondo Nacional Hospitalario, actuará como tal el del Ministerio de Salud Pública."
- "OCTAVA.- El Comité Asesor tendrá las siguientes funciones: 1a. Estudiar las necesidades hospitalarias y asistenciales de las diferentes regiones del país; 2a. Estudiar y coordinar los planes de extensión de los servicios asistenciales del Ministerio de Salud Pública y del INSTITUTO, revisarlos periódicamente y someterlos a la consideración de la Junta Administradora. 3a. Analizar los proyectos específicos de inversión. 4a. Estudiar las solicitudes de préstamo y conceptuar sobre ellas, y 5a. Las demás que le señale la Junta Administradora."

"DECIMA SEXTA.- El Gobierno podrá declarar la caducidad del presente contrato por medio de Resolución motivada en los casos previstos en el Artículo 254 del Código Contencioso Administrativo y, en general, por el incumplimiento del Instituto de las estipulaciones contenidas en el mismo."

"DECIMA SEPTIMA.- De acuerdo con el Artículo 27 del Decreto-Ley 687 de 1967, este Contrato requiere para su validez la firma del Presidente de la República, previo concepto del Consejo de Ministros. Posteriormente se publicará en el Diario Oficial con cargo al Instituto. Para constancia se firma en Bogotá, D.E., a los ____ del mes de _____ de mil novecientos sesenta y siete (1967), en ocho ejemplares del mismo tenor. (Fdo.) Antonio Ordoñez Plaja, MINISTRO DE SALUD PUBLICA; Abdon Espinosa Valderrama, MINISTRO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO; Enrique Lleras Restrepo, DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES."

En sesión del Consejo de Ministros del 11 de agosto de 1967 se emitió dictamen favorable acerca del contrato que precede. El Secretario Encargado, (Fdo) Jaime Vidal Perdomo.

Presidencia de la República APROBADO Bogotá, D.E. 7 septiembre 1967.
(Fdo) CARLOS LLERAS RESTREPO, Presidente de la República.

COLOMBIA

DECRETOS NUMEROS 1536 y 1680 DE 1967

El Gobierno Nacional de Colombia, por Decreto No. 1536 de 18 agosto de 1967, apropió la suma de Seis Millones de Pesos para adelantar una campaña de integración juvenil, consistente en estudios, construcción y dotación de Unidades Integradas de Bienestar Infantil, y designó como unidad ejecutora a la División de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública.

Para encargarse de la administración, a nivel nacional, del Programa Integrado de Bienestar Infantil a que se refiere el Decreto 1536 antes citado, el Presidente de la República, por Decreto No. 1680 de 7 de septiembre de 1967, dispuso la creación de la Junta Administradora de dicho Programa, la cual estará formada por la esposa del Presidente de la República o un representante personal del señor Presidente, designado por él, quien la presidirá; los Ministros de Justicia, Salud Pública y Educación Nacional y el Director del Instituto Nacional de Nutrición, o sus respectivos representantes.

- "NOVENA.- La Junta Administradora del Fondo Nacional Hospitalario aplicará los recursos del Fondo a lo siguiente: a) Inversiones. Para construcción, ampliación, reforma o dotación, de hospitales y de otros establecimientos asistenciales de carácter oficial o de utilidad común, cuando a juicio de la Junta Administradora se justifiquen. b) Préstamos. Para construcción, ampliación o dotación de hospitales o de otros establecimientos asistenciales que sean Instituciones de utilidad común, cuando a juicio de la Junta Administradora se justifiquen y el servicio de la deuda quede debidamente garantizado."
- "DECIMA.- En la preparación y ejecución de las inversiones se dará preferencia a la integración de los servicios asistenciales del INSTITUTO con los generales de hospitalización, en forma que se garantice la mayor eficacia de la asistencia social. Se prestará especial interés a aquellas comunidades que carezcan de servicios de atención médica, para lograr una mayor cobertura y a los establecimientos asistenciales que cuenten con recursos complementarios propios o del Gobierno o del Instituto, para los respectivos proyectos."
- "DECIMA PRIMERA.- La Junta Administradora podrá destinar hasta un cinco por ciento (5%) sobre los estimativos anuales para las inversiones y préstamos del "Fondo Nacional Hospitalario", en gastos de administración, interventoría, supervisión, asesoría y estudios, a fin de asegurar la mejor utilización de estos recursos."
- "DECIMA SEGUNDA.- La Junta Administradora aprobará los contratos que se celebren para las inversiones o préstamos que se realicen en desarrollo del presente contrato. Asimismo fijará, sobre el 6% de interés para los préstamos que otorgue, una tasa adicional suficiente para cubrir el valor de las amortizaciones revaluadas de conformidad con el Artículo 7 del Decreto-Ley 687 de 1967."
- "DECIMA TERCERA.- La Junta Administradora no podrá destinar los recursos del "Fondo Nacional Hospitalario", a fines distintos a los previstos en el mencionado Decreto-Ley y en el presente contrato."
- "DECIMA CUARTA.- Este Contrato es de término indefinido, pero podrá modificarse por acuerdo entre las partes."
- "DECIMA QUINTA.- La Contraloría General de la República ejercerá el control permanente sobre el manejo de las inversiones y préstamos que utilicen las entidades beneficiarias."

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XVII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XIX Reunión



Puerto España
Trinidad y Tabago
Octubre 1967

Tema 24 del programa provisional

CD17/18 (Esp.)
ADDENDUM II
28 septiembre 1967
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROGRESO OBTENIDO EN LA COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS
DE LOS MINISTERIOS DE SALUD, LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
Y OTRAS QUE DESARROLLAN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD

(Documento presentado por el Gobierno de Panamá)

PANAMA

El 30 de mayo de 1966 se promulgó el Decreto No. 331 así:

"EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
en uso de sus facultades legales,

C O N S I D E R A N D O :

- 1.- Que el incremento de la población trae consigo un aumento de la demanda de la atención de la salud y de la enfermedad y de los múltiples factores que caracterizan a un país en desarrollo.
- 2.- Que para lograr la más adecuada atención de esta demanda se requiere la mejor utilización de todos los recursos disponibles mediante la formulación de planes nacionales que forman parte integral de la planificación del desarrollo económico y social.
- 3.- Que las pautas establecidas por la Carta de Punta del Este por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud establecen la necesidad de planes de salud nacionales, para lo cual uno de los requisitos fundamentales lo constituye la creación de comisiones nacionales para la planificación del sector salud, íntimamente coordinadas con el Departamento Nacional de Planificación.
- 4.- Que aunque el Plan Nacional de Salud Pública, establece la política de salud de Panamá, únicamente incluye el sector público y que, por consiguiente, se hace de urgente necesidad ampliar sus perspectivas, de tal manera que incluya todos los organismos que realizan actividades relacionadas con la salud y la enfermedad;

D E C R E T A :

- 1.- Créase a partir de la fecha la Comisión Nacional de Planificación de la Salud con las funciones de establecer la política de salud e impulsar los planes sectoriales que en forma coordinada puedan constituir el Plan Nacional de Salud y velar por que la implementación de éste se realice en la forma más efectiva y dinámica posible.
- 2.- Que la Comisión Nacional de Planificación de la Salud será presidida por el Señor Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública y contará además con los siguientes miembros:
 - Director General de la Caja del Seguro Social.
 - Presidente de la Comisión de Salud Pública de la Asamblea Nacional o un Miembro de la Comisión Legislativa Permanente designado por el Presidente de la República.
 - Director General del Departamento de Salud Pública.
 - Director Médico de la Caja del Seguro Social.
 - Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.
 - Director Ejecutivo del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales.
 - Representante Técnico de la Dirección de Planificación.
 - Director de la Lotería Nacional de Beneficencia.
- 3.- Actuarán como Miembros Asesores de esta Comisión, el Asesor Principal de la Organización Mundial de la Salud en Panamá y el Representante de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. (USAID).
- 4.- La Comisión Nacional de Planificación de la Salud contará con una Secretaría Técnica presidida por el Sub-Director General del Departamento de Salud Pública.
- 5.- La Comisión Nacional de Planificación de la Salud preparará un reglamento interno para facilitar su programa de trabajo.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE."

La Comisión Nacional de Planificación de la Salud regularizó su programa de trabajo durante el presente año. Se ha logrado la estructuración de la Secretaría Técnica con la participación de un miembro por cada una de las agencias que están representadas en la Comisión. Como resultado del trabajo sistemático de la Secretaría Técnica se ha logrado:

1. La organización de la Oficina de dicha Secretaría con presupuesto propio. A esta organización y presupuesto han contribuido proporcionalmente las diferentes agencias. La sede de la Oficina está en el Ministerio del Trabajo, Previsión Social y Salud Pública.

2. La organización de un Curso Nacional de Planificación de la Salud en la Universidad Nacional, con la asistencia técnica de la OSP/OMS. A este curso asistieron a tiempo exclusivo y durante cinco semanas altos funcionarios técnicos tanto del Departamento de Salud Pública del Ministerio, como de los servicios médicos de la Caja de Seguro Social, del Instituto de Acueductos y Alcantarillados, del Departamento Nacional de Planificación, de la Escuela de Medicina y de la Lotería Nacional de Beneficencia, en número de 52. El objetivo de este curso fue el de capacitar personal técnico que pueda participar en la evaluación del Plan Nacional de Salud Pública (1963-1970) que incluye sólo al Ministerio con miras a su reformulación, incluyendo a todas las agencias que realizan acciones de salud. La Comisión aprobó recientemente la iniciación de la primera etapa, o sea la recolección de datos.

3. La proyección de alternativas para esta nueva etapa del proceso de planificación en Panamá.

3.1. Etapa completa del diagnóstico de la totalidad del sector para 1968.

3.2. Una primera aproximación de formulación de un plan operacional para 1968-1969 por cada agencia producida en forma coordinada.

3.3. Una proyección de mediano plazo (cinco años), 1968-1972.

3.4. Una proyección de largo plazo (diez años), 1968-1977.

3.5. Tres planes de sostén:

3.5.1. Plan Administrativo que podría iniciarse antes de fines del presente año.

3.5.2. Plan de Inversiones por aproximaciones anuales.

3.5.3. Plan de Adiestramiento con proyección a diez años.

Estos tres planes de sostén, estructurados y ejecutados en forma íntimamente coordinados por las diferentes agencias del sector salud bajo la supervisión de la Comisión Nacional de Planificación de la Salud.

4. Mediante Decreto Ejecutivo se organizó durante el transcurso del presente año una Comisión formada por funcionarios técnicos de las diferentes agencias del sector salud para reestructurar el Código Sanitario. Esta Comisión ha tenido la asistencia técnica de la OSP/OMS. El proyecto en su forma final ha sido presentado ya a la consideración de la Legislativa Permanente.

5. Se ha terminado un proyecto de estructuración del Ministerio de Salud, separado del actual Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, el cual va a ser presentado por el Ejecutivo a la consideración de la Legislativa. En este proyecto se contemplan medidas fundamentales que aseguren la coordinación de las agencias del sector salud, mediante el establecimiento de otros organismos normativos constituidos por funcionarios de dichas agencias.

6. En junio del presente año se organizó la Comisión Nacional de Protección de la Salud como organismo normativo que ha de establecer las pautas a seguir para coordinar eficientemente las actividades en este amplio plano de acciones. Ya ha iniciado su labor coordinada estableciendo las normas nacionales de inmunización. Las principales agencias que componen esta Comisión son el Departamento de Salud Pública, la Caja de Seguro Social y la Asociación Panameña de Pediatría como representantes del sector privado.