



Discusiones

Técnicas



Washington, D. C.
Septiembre-Octubre 1966

Tema 28 del programa provisional

CSP17/DT/1 ES

31 agosto 1966

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

MEDIOS PARA PROMOVER Y HACER EFECTIVA 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

COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA DE
LOS MINISTERIOS DE SALUD Y DE LAS INSTITUCIONES DE
SEGURIDAD SOCIAL

I N D I C E

Página

| | | |
|-----|--|----|
| I. | Coordinación entre los servicios de atención médica de los Ministerios de Salud y de las Instituciones de Seguridad Social | 1 |
| | 1. Disponibilidad de camas hospitalarias | 2 |
| | 2. Utilización de los recursos hospitalarios | 4 |
| | 3. Atención externa (ambulatoria y domiciliaria) | 7 |
| | 4. Capacidad de las Instituciones para satisfacer la demanda | 9 |
| | 5. Cobertura de la población | 12 |
| | 6. Calidad de las prestaciones médicas | 13 |
| | 7. Coste de las prestaciones médicas | 14 |
| | 8. Ensayos de coordinación | 15 |
| | 9. Medios para promover coordinación | 16 |
| II. | Costo y fuentes de financiación de los servicios de atención médica del Ministerio y de la Caja de Seguro Social | 21 |
| | 1. Importancia relativa de los gastos de atención médica del Ministerio y de la Caja de Seguro Social | 21 |
| | 2. El problema de los gastos de capital | 23 |
| | 3. Comparación directa de costos | 24 |
| | 4. Fuentes de financiamiento de la atención médica | 25 |
| | Cuadro 1 | 27 |
| | Cuadro 2 | 28 |
| | Cuadro 3 | 29 |
| | Cuadro 4 | 30 |
| | Cuadro 5 | 30 |
| | Cuadro 6 | 31 |
| | Cuadro 7 | 32 |
| | Cuadro 8 | 33 |
| | Cuadro 9 | 34 |

CAPITULO I

COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA DE
LOS MINISTERIOS DE SALUD Y DE LAS INSTITUCIONES DE
SEGURIDAD SOCIAL

En la preparación de las Discusiones Técnicas sobre el tema del rubro se han tenido presentes dos resoluciones adoptadas por el Consejo Directivo en su XVI Reunión. En la Resolución XIX, el Consejo recomendó a los gobiernos la aplicación progresiva de medidas tendientes a obtener mecanismos de coordinación entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social "poniendo énfasis en la necesidad de practicar una encuesta para medir la verdadera magnitud y características del problema". Por la Resolución XXIX resolvió "seleccionar el tema medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollen actividades relacionadas con la salud" para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

El Director decidió que la mejor manera de poner en práctica ambas resoluciones era por medio de una encuesta preliminar que permitiera recoger datos básicos y ofreciendo sus resultados a los participantes de las Discusiones Técnicas a fin de ilustrar sus debates con información realista sobre la situación actual.

Continuando su política de colaboración con otros organismos del Sistema Interamericano, la OPS recabó la cooperación de la OEA para llevar a cabo la encuesta recomendada por el Consejo Directivo. Es grato dejar constancia de que la OEA respondió en forma muy efectiva a este requerimiento aceptando patrocinar en conjunto con la OPS la referida encuesta en aquellos países que voluntariamente decidieran participar en ella. Se dejó muy en claro desde el comienzo que esta era una encuesta nacional con asistencia de organismos internacionales y en la cual solo se pretendía hacer un análisis objetivo y preliminar de la situación actual a través del cual se pudiera obtener la información básica para practicar más tarde un estudio a fondo de carácter económico, demográfico y sociológico, cuyos resultados permitan a cada país evaluar su propio problema y adoptar sus propias soluciones de acuerdo con su tradición histórica, su sistema jurídico y su capacidad financiera para prestar servicios médicos.

Diez países respondieron al llamado de la OPS y de la OEA, a saber: Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Honduras, Panamá, Perú, México y Venezuela. A cada país se le solicitó la designación de un encuestador por parte del Ministerio de Salud Pública y otro por parte de las instituciones de la seguridad social. Estos encuestadores recibieron instrucciones detalladas de parte de funcionarios de la OPS y de la OEA y fueron permanentemente asesorados durante el tiempo que duró la recolección de información.

El presente estudio está orientado preferentemente a la medición de la cantidad de servicios que son actualmente prestados y no a su calidad. Este hecho debe ser tenido en cuenta especialmente al hacer el análisis de costes por cuanto es indiscutible que el mayor coste de algunos servicios depende con frecuencia de su más alta calidad. Además, se ha tratado de investigar la forma en que estos servicios son utilizados, su accesibilidad a los usuarios, la población cubierta por los sistemas de seguridad social y el coste de los servicios según la institución que los administra. También se procuró analizar los recursos humanos y materiales disponibles para el funcionamiento de los servicios de atención médica.

El enfoque general que se ha dado al estudio corresponde a los principios sustentados por la OPS y que han sido ratificados en numerosas reuniones de sus organismos directivos y de sus grupos de expertos. Expresado en breves palabras, estos principios establecen que las funciones preventiva, curativa y rehabilitadora de la medicina constituyen una unidad integral, siendo la atención médica uno de los servicios básicos de salud que deben ser prestados a la comunidad.

Desde el punto de vista administrativo, el concepto que ha prevalecido en el análisis de este problema es que los servicios de salud deben tener una estructura regionalizada y dentro de cada región debe existir una red o sistema de establecimientos destinados a prestar servicios, la suma de los cuales debe ser autosuficiente para asegurar un cuidado integral de la salud evitando las duplicaciones entre servicios afines.

Al analizar el problema en esta forma es posible llegar a establecer principios generales de orden técnico, de los cuales se derivan medidas que pueden ser aplicadas a cualquier servicio de salud. Se evitan así las discriminaciones o las comparaciones que pudieran conducir a una mayor incoordinación y se establecen las bases para que, a través de investigaciones operacionales de carácter local, se alcance la uniformidad de las acciones de salud, facilitando, en esta forma, su progresiva coordinación.

Los comentarios que siguen tratan de poner de relieve las características más destacadas del problema y podrían servir de guía a las Discusiones Técnicas.

1. Disponibilidad de camas hospitalarias

Es extraordinariamente difícil encontrar índices o tasas satisfactorias que permitan medir el número ideal de camas en función de la población. Hay numerosas variables que modifican las necesidades de camas y muchas de estas variables desgraciadamente no pueden ser medidas con facilidad. Otro elemento que complica el cálculo es que rara vez en la organización de servicios médicos se trabaja con un universo conocido. En efecto, la población servida por las camas de un hospital determinado puede variar dentro de un rango bastante amplio según la extensión de la cobertura

de la seguridad social, según los medios de comunicación y según la existencia de una red de servicios periféricos que descongestionen la demanda de servicios en el hospital regional.

Los Ministerios de Salud, al responder a la encuesta, han tenido la tendencia a declarar como población servida por un hospital la población total de la ciudad o región donde el hospital está ubicado, sin hacer las correcciones necesarias, derivadas de la existencia de otros hospitales (maternidades, pediatría, privados) que sirven a distintos segmentos de la misma población. Esto actúa en contra de los hospitales de los Ministerios, pues al usar un denominador de población muy abultado, exhiben tasas por 1,000 habitantes inferiores a las reales y mucho menores que las de los hospitales de las instituciones de seguridad social.

Una manera más acuciosa y al mismo tiempo más compleja de medir las necesidades de camas de una población es hacer estudios de la demanda de atención. En su forma más simple se puede medir la demanda por el porcentaje de población que solicita su admisión a los servicios hospitalarios y por el porcentaje de esa misma población que concurre a solicitar atención en los consultorios externos. Esto no representa sin embargo, sino que la parte conocida bajo el nombre de demanda efectiva, pero a ella hay que agregar la demanda potencial derivada de aquella parte de la población que, aún cuando necesita atención médica, no la solicita, porque no tiene acceso a los servicios, o porque no está cubierta por el régimen previsional.

Fuera de esta demanda potencial que podríamos llamar de origen social, está la demanda potencial que es derivada de las acciones dirigidas de la salud pública. En efecto, un programa preventivo dirigido al control y a la erradicación de enfermedades transmisibles, si bien puede aumentar la demanda durante su período inicial, tiende, a la larga, a reducir esa demanda por la disminución o eventual desaparición de cierto grupo de enfermedades. Por otra parte, la pesquisa de enfermedades crónicas, especialmente cardiovasculares o tumores, pone en descubierto una serie de casos hasta entonces desconocidos y que, generalmente, requieren hospitalización por un período más o menos largo, pero que, en todo caso, provocan un aumento de la demanda de servicios.

Aplicando procedimientos modernos de investigación de mercado es posible medir la demanda total de atención médica haciendo todas las correcciones necesarias para sumar a la demanda efectiva, la demanda potencial determinada por los factores ya enunciados y para restar la demanda agregada o innecesaria provocada por la persistencia de enfermedades que son reducibles o erradicables.

Una vez conocida la demanda total es todavía necesario someter la cifra obtenida a las correcciones derivadas de las necesidades reales y de las aspiraciones de la comunidad. Hay una serie de factores tales como la elevación del nivel de cultura sanitario de la población, el crecimiento vegetativo de ellas o las migraciones internas y, finalmente, el avance de

las ciencias médicas que determinan un crecimiento constante del requerimiento de servicios. Desgraciadamente con frecuencia los recursos necesarios para prestar estos servicios no crecen con igual rapidez y de ello deriva otro factor que al planear servicios de salud debe ser tomado en cuenta, por cuanto esta deficiencia de los recursos para satisfacer la demanda es con frecuencia motivo de situaciones conflictuales con el personal profesional encargado de prestar los servicios como asimismo con los usuarios del servicio. Estos conflictos gremiales o sociales pueden llegar a provocar tensiones que llevan al desprestigio de los servicios médicos lo que es de todo punto de vista conveniente evitar.

Cuando la disponibilidad de camas no es uniforme para los distintos grupos que componen la sociedad se produce, igualmente, una discriminación social que tiene repercusiones sobre la salud pública por cuanto los grupos menos favorecidos, que están habitualmente más expuestos a los riesgos de enfermar y morir, no tendrán acceso a los servicios médicos mínimos. Esto es lo que con frecuencia ocurre en los países estudiados en la encuesta que tienen un número de camas más o menos satisfactorio para una minoría que es la población asegurada, y presentan tasas por debajo del mínimo aceptable para la mayoría constituida por los grupos económicamente débiles pero que aún no han alcanzado la protección de la seguridad social. (Cuadro 1).

En la encuesta se analizaron los datos referentes a egresos o altas por 1.000 habitantes. Estas cifras sufren una variabilidad muy grande y no indican ninguna tendencia definida pero en general son muy bajas. Esto parecería indicar que está recibiendo servicios sólo una minoría de la población supuestamente cubierta. Sólo los hospitales de las instituciones de seguridad social de El Salvador, Costa Rica, Honduras, Panamá y Perú presentan promedios sobre 100 egresos por 1.000 habitantes que se podrían considerar como una cifra adecuada. En las tasas de los hospitales pertenecientes a los Ministerios hay que considerar el factor de error ya indicado derivado del cálculo hecho sobre la base de una población teórica abultada.

Si aceptáramos como adecuada la tasa de 100 egresos por 1.000 y teniendo presente que 10 días es un promedio de estada razonable el resultado es que debería existir una tasa de alrededor de 1.000 días paciente al año por 1.000 habitantes protegidos. En la encuesta sólo la Caja de Seguro Social de Costa Rica y el Seguro Social Obrero de Perú sobrepasan esta cifra, y se acercan a ella los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica y de El Salvador y los del Seguro Social de El Salvador, Panamá y del Empleado de Perú.

2. Utilización de los recursos hospitalarios

La mala utilización de los recursos hospitalarios trae como consecuencia una escasez artificial de camas que podría ser fácilmente corregida por simples medidas administrativas dirigidas a perfeccionar el sistema de atención. Hay países que se quejan de falta de camas pero cuyas estadísticas demuestran que el promedio de estada de los enfermos en el hospital es

de 25 o más días y que, por lo tanto, la rotación de una cama en el año no permite sino que atender a 12 o 14 enfermos. Una mejor utilización de esas camas que lleve el promedio de estada a no más de 15 días, que es una cifra aceptable sin ser exageradamente reducida, permitiría atender a 25 enfermos en el año en la misma cama. No es sin embargo fácil mejorar la utilización de la cama hospitalaria en una proporción tan importante como la indicada en el ejemplo anterior.

La utilización de las camas está afectada por:

- a) Las necesidades de hospitalización de la población frente al número de camas disponibles;
- b) La duplicación de servicios paralelos;
- c) La existencia del personal profesional suficiente para dar un ritmo adecuado de rotación de las camas;
- d) La existencia de servicios de diagnóstico y tratamiento oportunos, y
- e) La necesidad de dar satisfacción máxima a la demanda de atención de la población.

Cuando la demanda de atención es muy intensa y se trata de aumentar el porcentaje de utilización más allá de lo que permiten los recursos humanos y materiales, este aumento se hace generalmente a expensas de la calidad de los servicios y del sacrificio del personal. Es necesario además, saber que los hospitales pequeños tienen habitualmente una baja utilización y es por esto que, para países que disponen de escasos recursos, es más recomendable concentrar estos recursos en grandes centros médicos donde se pueda alcanzar una utilización máxima de ellos. Ejemplos de esta baja utilización de los pequeños hospitales rurales se pueden ver en los Cuadros 2 correspondientes a Costa Rica, Panamá y Perú con una rotación de las camas inferior al promedio considerado aceptable.

Como en tantos otros aspectos de los fenómenos sociales, las tasas de utilización del servicio médico están determinadas por numerosas variables, algunas de las cuales son objetivas y se pueden medir, pero otras son de carácter subjetivo y dependen del estado cultural y emocional de la población y no son susceptibles de medición ni de corrección fácil.

Entre los elementos objetivos que interfieren con una buena utilización está por ejemplo, el bajo rendimiento de la hora médica de trabajo y la deficiente proporción de enfermeras por médico, de auxiliares por enfermera, y de personal administrativo frente al personal profesional, que pueden obligar a este último a distraer gran parte de su tiempo en labores que no son propiamente la atención de enfermos con lo cual su rendimiento se ve seriamente disminuído. Otro factor que es necesario considerar es la insuficiencia de ciertas instalaciones físicas como las de rayos-X, de laboratorio

o de electro-terapia que pueden transformarse en una estrangulación que interrumpe la continuidad en el proceso del diagnóstico y tratamiento, y repercute en una prolongación indebida de la hospitalización.

Se podría decir, en consecuencia, que para analizar la utilización de los recursos médicos hay que conocer las causas que la regulan, evitando caer en el razonamiento simplista de culpar a determinado grupo profesional o a determinado sistema administrativo o a la institución patrocinante por defectos de la utilización de los recursos que pueden estar determinados por factores enteramente ajenos a las personas o instituciones que prestan los servicios.

Para medir la utilización se han establecido una serie de índices que son los siguientes:

a) Índice ocupacional de las camas hospitalarias que se considera adecuado cuando fluctúa entre 80 a 85%. Índices de ocupación excesivos son la regla en todos los hospitales especializados estudiados en la encuesta. También presentan índices ocupacionales exagerados algunos hospitales generales especialmente de aquellos países en que la escasez de camas es más grave.

b) Promedio de estada de los pacientes que no debe ser superior a 15 días como máximo para el caso de enfermedades agudas. Es evidente que este promedio tiene grandes variaciones según las especialidades y así por ejemplo, en maternidad se considera adecuada una estada de 3 ó 4 días mientras que en servicios de enfermedades crónicas tales como psiquiatría y tuberculosis pueden ser corrientes estadas de 90 a 100 días.

c) Rotación de las camas (turnover) que es la consecuencia de los anteriores y que para el caso de hospitales generales de agudos, debe ser de 25 o más pacientes al año. En los hospitales estudiados en la encuesta se puede observar que aquellos que presentan los promedios de estada más largos son al mismo tiempo los que exhiben los índices de rotación más bajos (véase hospital Rosales de San Salvador, hospitales del Ministerio de Salud de Honduras y Hospital Obrero de Lima, Perú en los Cuadros 2).

d) Porcentaje de personas ingresadas en relación a la población servida por el hospital. Este es un índice bastante difícil de determinar y que no se investigó en la encuesta. Como ya se ha dicho la población asignada al hospital puede variar enormemente en función de una serie de factores ajenos a la morbilidad y que más bien dependen del desarrollo económico-social de la región en que está ubicado el hospital. Por otra parte, este índice exige una estadística individualizada, que rara vez existe en nuestros hospitales.

En los países participantes en la encuesta estos índices muestran una gran variabilidad, pero tienden, en general, a ser mejores en los hospitales dependientes de las instituciones de seguridad social muy probablemente debido a que el control administrativo y financiero en estas instituciones es más estricto que el que se ejerce en los establecimientos dependientes de los Ministerios de Salud Pública. En la gran mayoría de los casos, sin embargo, los índices encontrados en los hospitales estudiados dan margen para un apreciable mejoramiento. Como ya se ha dicho más arriba, sería necesario entrar a estudiar cada caso particular para analizar las causas que están determinando la deficiencia de estos índices y procurar su corrección a fin de mejorar la utilización de los recursos disponibles, paso previo e indispensable para justificar la petición de nuevos recursos que significan un esfuerzo financiero para los gobiernos y para las comunidades.

3. Atención Externa (ambulatoria y domiciliaria)

Es un hecho conocido que entre el 90 al 95% de los estados mórbidos que determinan demanda de servicios médicos pueden ser atendidos en forma ambulatoria en el consultorio externo. Esta es la política que han implantado en sus servicios la mayor parte de las instituciones de seguridad social de Latinoamérica. (Véase Costa Rica, Perú y Honduras. Cuadro 1). La observación de los cuadros 7 de los distintos países participantes en la encuesta permite observar que en general los consultorios externos dependientes de las instituciones de seguridad social están mejor dotados de servicios de laboratorio y rayos-X. Indirectamente este hecho permitiría suponer que la calidad de la atención médica pudiera ser más alta en esos consultorios.

La concepción moderna sobre la estructura que debe darse a los servicios de atención médica es que deben formar parte de una red o sistema de servicios en los cuales un hospital general, que disponga de todas las especialidades, constituya la base de operaciones de una red de hospitales menores, consultorios periféricos y centros de salud, que llevan los servicios médicos hasta todos los rincones de una región geográfica determinada realizando acciones de salud integradas, vale decir, preventivas, curativas y sociales. Estos servicios periféricos son, si pudiéramos así decirlo, las antenas del servicio de salud que al mismo tiempo que proyectan los servicios hacia todos los rincones de la región de salud, captan los problemas de salud y diagnostican los casos de enfermedades que requieren un tratamiento más complejo, para referirlos a los centros especializados que deben funcionar en el hospital regional. El conjunto de todos estos servicios debe actuar en forma coordinada y tanto el planeamiento de sus acciones como la evaluación de sus resultados deben efectuarse en conjunto. Aún cuando los países participantes en la encuesta muestran una tendencia inequívoca hacia este tipo de organización, la verdad es que falta todavía mucho para que el sistema se generalice. Es todavía corriente que los Ministerios y las instituciones de seguridad social organicen servicios locales de salud totalmente independientes entre sí.

Sólo un análisis de conjunto del rendimiento de los diversos establecimientos que constituyen la red de servicios médicos para una región pueden poner en evidencia los errores de funcionamiento del sistema, las instituciones superfluas, las duplicaciones innecesarias, la desproporción de los servicios prestados frente a las necesidades reales y la importancia de la aplicación de ciertos índices y su efecto sobre la demanda.

El rendimiento de un consultorio externo se puede medir por el número de contactos que se producen en un año entre el equipo médico del consultorio y la comunidad servida por el mismo. Esta relación de carácter colectiva se expresa con frecuencia en forma simplificada a través del número de contactos médico-paciente, razón que es habitualmente una buena representación de la actividad del consultorio ya que el trabajo médico es la acción más compleja y más necesitada por la población, al mismo tiempo que es la que origina otros contactos de tipo sanitario, asistencial o social del grupo familiar con otros miembros del equipo de salud.

La capacidad del consultorio externo para satisfacer la demanda de servicios está determinada por el cociente de diversas interacciones entre las cuales deben tenerse en cuenta:

- a) El número de horas diarias de trabajo asignadas al consultorio externo y su distribución durante las horas del día. En esto deberán tenerse en cuenta las horas libres del obrero industrial como asimismo los hábitos de la vida doméstica y las horas disponibles de la dueña de casa y de los niños para concurrir al consultorio.
- b) Número de días de trabajo al año. Es recomendable que el consultorio externo trabaje en fines de semana o días festivos cuando su clientela puede concurrir con mayor facilidad.
- c) Cuota promedio de atenciones por hora médica en las diversas especialidades haciendo hincapié en que la cuota que se fije de común acuerdo entre las autoridades de los servicios médicos y la profesión médica será un promedio y no un número máximo de atenciones.
- d) Ubicación topográfica del consultorio externo que en lo posible debe estar en un centro de atracción cerca de los lugares de residencia o de trabajo de su clientela.
- e) Existencia de servicios domiciliarios.

El esfuerzo realizado por las instituciones de salud para promover el desarrollo de las consultas externas y la repercusión que este esfuerzo tiene en la satisfacción de la demanda de servicios de la comunidad se pueden medir estudiando la relación entre el número de consultas externas en un período de tiempo en función de la población servida por el hospital y el consultorio externo.

En los consultorios en que se pudo hacer la comparación se ve que el porcentaje de población cubierta que usan los servicios es mayor en los consultorios dependientes del seguro social (ver Cuadro 8 de Honduras y Perú). El caso contrario ocurre en Costa Rica. En el resto de los países no se pudo hacer el estudio.

Los Centros de Salud y los consultorios del Seguro Social dan una evidente mayor importancia a la atención médica a domicilio como se puede observar en los resultados de la encuesta en Costa Rica, Panamá, Perú y Venezuela (Cuadros 8).

En Chile, donde como resultado de la integración de los servicios médicos dependientes del Ministerio con los de la seguridad social los hospitales se han transformado prácticamente en centros de salud, se puede observar que estos establecimientos practican gran cantidad de visitas domiciliarias.

En el mismo Cuadro 8 se analizó en los diferentes países la tasa de inmunizaciones por 100 habitantes cubiertos por el consultorio externo y se pudo ver que éstas, con frecuencia, no se realizan en los consultorios de la seguridad social y, aún en aquellos en que son practicadas, representan una tasa mínima de la población cubierta.

El tiempo que el médico destina por consulta podría ser también utilizado como un índice indirecto de la calidad de la atención en el consultorio externo. Todos los países muestran una tendencia semejante a usar más tiempo de trabajo médico en los centros de salud y en los consultorios del Seguro Social en desmedro de los consultorios externos de los hospitales generales del Ministerio de Salud en que con frecuencia el tiempo médico por consulta es mínimo.

El coste de la atención ambulatoria está analizado en el Cuadro 10 en el que se puede ver que la atención médica más cara es la prestada por las unidades móviles (Honduras y Panamá). La atención de los centros de salud es en general de mayor coste que la consulta en consultorio de hospital (Costa Rica, Chile, Panamá, Perú y Venezuela). Con excepción de Venezuela, los consultorios externos del Seguro Social tienden a ser más caros que los del Ministerio. Llamam especialmente la atención los casos del seguro social para empleados de Chile y del Perú, cuyos costes representan sumas varias veces más altas que las de los Ministerios de los mismos países.

4. Capacidad de las Instituciones para satisfacer la demanda

Tres son los elementos que fundamentalmente determinan la capacidad de una institución para prestar servicios médicos. Ellos son: los edificios, los equipos e instalaciones y los recursos humanos.

Por lo que se refiere a los edificios no sólo es importante su existencia y extensión sino que además su estructura arquitectónica debe ser adecuada para cumplir la función para la cual están destinados. En los países de América Latina todas estas condiciones son negativas. Hay escasez de edificios, los que existen son vetustos y su tamaño inadecuado para satisfacer la creciente demanda de atención médica de las poblaciones. Para agravar aún más el problema, construcciones relativamente nuevas han sido hechas con un criterio institucionalista, sin consideración a la necesidad de integrar servicios de medicina preventiva y curativa y de proyectar la acción de salud hacia la comunidad a la que sirve el hospital. Finalmente, una política errónea o la escasez de recursos financieros han determinado que, para todos los efectos prácticos, no exista un presupuesto de mantenimiento, debido a lo cual edificios relativamente nuevos se deterioran con excesiva rapidez.

El esfuerzo que están haciendo los países, a través de distintas fuentes de financiamiento, para construir hospitales y otros establecimientos de salud es extraordinario y se puede estimar que llega a importantes sumas de dinero*. Desgraciadamente, rara vez se somete a un plan pre-establecido dirigido a ir satisfaciendo progresivamente las necesidades de salud de la población. Debido a las dificultades financieras que experimentan los gobiernos, no es raro ver que la construcción de un hospital se prolongue por largos años y cuando finalmente entra en funciones, ya se ha hecho estrecho para las necesidades de una población que está creciendo y que es cada día más consciente de la importancia de su salud. Frente a esta saturación prematura de algunos hospitales se puede observar en otros la existencia de capacidad instalada ociosa por falta de personal o de recursos financieros para hacerlos funcionar y a veces, lo que es peor, por falta de clientela. Se produce esta contradicción en que hay hospitales que funcionan más allá de su capacidad máxima tolerable mientras hay otros que están semi-vacíos y esto ocurre, simultáneamente a veces, dentro de la misma región y hasta dentro de la misma ciudad. Todo lo anterior es el resultado de la falta de planificación que esteriliza los esfuerzos financieros realizados por los países y provoca la insatisfacción de todas las partes interesadas, vale decir, usuarios del servicio, profesión médica y otras profesiones afines, autoridades ejecutivas y políticas del gobierno.

El problema de la dotación de equipos no es menos grave que el de los edificios. Una buena parte de las instalaciones necesarias para el diagnóstico y tratamiento moderno de las enfermedades está constituida por equipos que no se fabrican en los países de latinoamérica y que deben, por lo tanto, ser importados. Esto trae consigo el problema adicional de la

* Chile ha invertido E° 29.000.000 en la construcción de 30 hospitales más 5.000.000 en la ampliación y remodelación de 7 y casi 2.000.000 en la construcción de 8 establecimientos de salud sin camas en el período 1960-64.

disponibilidad de divisas extranjeras en moneda dura y de la competencia interna con otras necesidades de importación de maquinaria industrial agrícola, etc., a las que con frecuencia los gobiernos dan preferencia.

Igual que en el caso de las construcciones, el esfuerzo financiero realizado por los gobiernos para la adquisición de equipos se ve frustrado por la falta de planificación de donde resulta que adquisiciones hechas en forma arbitraria traen como consecuencia que en la misma ciudad se pueda encontrar un hospital que carece de los equipos más elementales para exámenes de rayos-X o de laboratorio mientras en otro puede haber un microscopio electrónico y una bomba de cobalto. Esto sin contar con la lucha que se produce entre distintos servicios médicos por adquirir instalaciones onerosas, como son, por ejemplo, las de circulación extracorpórea para cirugía de corazón abierto, las cuales una vez instaladas ni siquiera pueden funcionar porque no existe el personal especializado para ponerlas en uso.

La situación de los recursos humanos es otro de los factores que limita la capacidad de las instituciones para prestar servicios médicos. Siendo el profesional médico el elemento insustituible para prestar atención médica, un somero análisis de la disponibilidad y utilización del trabajo médico puede orientar sobre la capacidad de atención de los países. En Latinoamérica hay, en el momento actual, alrededor de 134.000 médicos en ejercicio profesional lo que representa una tasa de 5.5 médicos por 10.000 habitantes para la población estimada de 244.000.000 de la América Latina. En otras palabras, existe un médico por cada 1.800 habitantes incluyendo aquéllos que, por dedicarse a funciones administrativas o de salud pública, no se pueden contar para los efectos de la atención médica. La tasa oscila en amplio rango entre 0.9 a 14.9 por 10.000 habitantes, lo que está demostrando que hay países que disponen de un número más que suficiente de médicos para atender todas sus necesidades, mientras otros presentan una situación de verdadera emergencia quedando por debajo del mínimo aceptable para dar siquiera un mínimum de atención médica a la totalidad de los habitantes.

La escasez intrínseca de médicos en la mayoría de los países de América Latina está agravada por su mala distribución geográfica, ya que la gran mayoría de ellos están concentrados en las grandes ciudades y, por lo que se refiere a los hospitales, sufren esta escasez en forma más intensa por los hábitos tradicionales del ejercicio profesional, que en muchos países se traduce en que el médico no trabaja más de dos horas diarias en el hospital. Justo es reconocer que la mayoría de los países están haciendo un esfuerzo por promover el trabajo a tiempo completo de los médicos en los hospitales pero tropiezan con graves dificultades financieras para pagar rentas adecuadas compatibles con la jerarquía del trabajo médico.

Con excepción del Seguro Social de Honduras, en todos los demás países la tasa de médicos a tiempo completo es mayor que los que trabajan a tiempo parcial (Cuadros 3). Analizando el tiempo de trabajo médico en función de cama ocupada en hospital general se ve una gran variabilidad que va

desde 5 minutos por cama en los hospitales en la beneficencia del Perú hasta 114 minutos por cama en el hospital del Seguro Social de Panamá. La gran mayoría de los hospitales están en el rango entre 25 a 34 minutos. Quedan fuera de este grupo numerosos hospitales pertenecientes a instituciones de seguridad social tales como Rosales de El Salvador (79') Honduras (54') Panamá (114') Seguro Social del Empleado del Perú (106') e Instituto Venezolano del Seguro Social (66').

Igual situación se aprecia en lo que se refiere al tiempo de atención de enfermería. La gran mayoría de los hospitales utilizan entre 15 a 35' diarios de trabajo de enfermera por cama ocupada mientras que en los hospitales del Seguro Social se encuentran cifras como las siguientes: San José de Costa Rica 50', otros hospitales del Seguro Social de Costa Rica 68', Servicio Médico Nacional de Empleados de Chile 41', Rosales Seguro Social 59', Honduras 72', Panamá 149', Panamá-Sto. Tomás-Ministerio de Salud 80', otros Ministerio Panamá 67', Perú Seguro Social Obrero 55', Perú Seguro Social Empleado 146', Instituto Venezolano del Seguro Social 82'.

5. Cobertura de la población

Desde los puntos de vista social y de salud pública el ideal es que exista una cobertura total, en otras palabras que todos los miembros de la comunidad reciban los beneficios de las prestaciones médicas desde el instante mismo de su nacimiento y hasta el momento de su muerte, aplicando el principio de continuidad que reconoce que los estados de salud, enfermedad o invalidez no son sino que distintas etapas de un mismo proceso biológico y social.

El concepto de cobertura varía según se trate de servicios dependientes de los Ministerios o de las instituciones de seguridad social. Estas últimas aplican un concepto financiero de cobertura, vale decir, que en sus servicios tienen derecho a la prestación los que contribuyen financieramente al mantenimiento del servicio y algunos de sus familiares a quienes la ley les ha reconocido la condición de beneficiario. Estos servicios trabajan, en consecuencia, con una población conocida que es posible calcular con cierto grado de precisión. Los servicios dependientes de los Ministerios de Salud Pública en cambio, aplican, teóricamente, el concepto de universalidad de las prestaciones, reconociendo como válido el derecho a la salud de todos los miembros de la sociedad. En la práctica esto no es absolutamente exacto por cuanto no concurren a los establecimientos de salud de los Ministerios las personas protegidas por los seguros sociales ni aquéllos que pueden financiar atención médica privada, ni los que pertenecen a sistemas mutualistas u otros que ofrecen servicios médicos, ni las fuerzas armadas, ni la policía que, generalmente, tienen sus propios servicios, ni, finalmente, aquéllos que por vivir en regiones remotas y aisladas no tienen acceso a los servicios existentes. En la mayor parte de los establecimientos dependientes de los Ministerios se ha declarado en la encuesta un universo teórico, que es mayor que el real, lo que trae consigo un factor de error, a veces importante, en el cálculo de las tasas y de los índices de rendimiento.

El bajo porcentaje de cobertura de las instituciones de seguridad social limita fuertemente la repercusión de la acción de estas instituciones sobre el estado de salud de la comunidad en su conjunto. Es sabido que para que una acción de salud produzca resultados significativos y se traduzca en una disminución de los riesgos de enfermar y morir, debe aplicarse sobre lo que en epidemiología se llama un nivel útil de la población. Este nivel útil es variable según las acciones planeadas y según los riesgos cubiertos, pero como mínimo está siempre por sobre el 50% de la población total. De allí entonces que las acciones de salud ejercitadas por las instituciones de seguridad social sobre un porcentaje inferior de población no pueden tener una repercusión ponderable en la salud de la comunidad mientras no logren extender su cobertura hasta un nivel más alto o coordinen sus acciones con otros servicios de salud a fin de alcanzar, en la acción conjunta, el nivel útil deseado.

La tendencia demostrada en todas las reuniones internacionales recientes es a una extensión de los beneficios de la seguridad social a nuevos grupos de población antes que a aumentar los beneficios de los grupos ya protegidos. Si esta orientación se transforma en realidad en el curso de los años venideros es posible esperar un aumento significativo de la cobertura de la seguridad social en el campo de las prestaciones médicas. Se pueden prever sin embargo, graves dificultades en el cumplimiento de este programa ya que, como se ha dicho, el derecho a la prestación, en el concepto del seguro social, se adquiere a través del pago de una contribución. Es evidente que en los países de latinoamérica existen todavía grandes masas de ciudadanos que no tienen capacidad económica para pagar dicha contribución. Desde luego todas las poblaciones aborígenes y una buena parte de la población rural tienen entradas en dinero tan reducidas que harían ilusorio cualquier intento de exigirles una cotización para el financiamiento de los servicios médicos. Estos grupos indigentes son los que han obligado a los Ministerios a ir desarrollando progresivamente servicios de atención médica especialmente rurales. Las necesidades actuales y futuras de estas poblaciones seguirán pesando fuertemente en las decisiones de los gobiernos, que se ven obligados a satisfacer esta demanda de servicios médicos evitando tensiones y resentimientos sociales.

Si reconocemos que las condiciones de nuestro desarrollo económico y social obligan a la coexistencia de estos dos tipos de servicio, los de los Ministerios y los de la seguridad social, parece obvia la necesidad de encontrar algunos medios de entendimiento para facilitar el trabajo en común.

6. Calidad de las prestaciones médicas

Una evaluación acusiosa de la calidad de los servicios médicos prestados a un individuo en particular sólo se puede hacer a través del análisis de la historia clínica por medio de estudios de auditoría médica. Tal proceso no es posible llevarlo a cabo en una encuesta de carácter internacional como la actual. Sin embargo, se ha buscado información sobre algunos elementos más o menos simples que pueden orientar, en forma indirecta, sobre la calidad de los servicios prestados.

La necesidad de practicar acciones conjuntas de medicina preventiva y curativa por ejemplo, es hoy día aceptada en todas partes. Hemos estudiado en consecuencia, en forma elemental si los hospitales participantes en la encuesta llevan a cabo en sus consultorios externos inmunizaciones en contra de las enfermedades transmisibles, aceptando esta acción preventiva, que se puede medir objetivamente y que eventualmente se registra en las estadísticas, como una expresión de la intención del establecimiento correspondiente de realizar acciones relacionadas con la medicina preventiva. En los hospitales, además se ha investigado la extensión y desarrollo de los servicios médicos ambulatorios y domiciliarios y la existencia de servicios de rayos-X y de laboratorio clínico a disposición del consultorio externo considerando que todos estos elementos contribuyen al perfeccionamiento del trabajo clínico y a una proyección hacia el hogar del enfermo y, en consecuencia, hacia la comunidad.

Donde todas estas acciones combinadas se ejecutan en forma integral es en los centros de salud. Los consultorios externos de los hospitales las realizan en forma limitada y los consultorios externos de la seguridad social, aún cuando son los más extendidos y desarrollados para los efectos de conceder prestaciones médicas de carácter curativo, tienen, salvo raras excepciones, el defecto de no realizar, en general, acciones preventivas con su clientela. Los servicios médicos domiciliarios son casi inexistentes tanto en los Ministerios como en la Seguridad Social.

7. Coste de las prestaciones médicas

En el Cuadro 6 se puede apreciar que todos los costes de la atención médica son más altos en los establecimientos dependientes de las instituciones de seguridad social. Se supone, a veces, que el menor promedio de estada en los hospitales del Seguro Social podrían compensar en parte el mayor coste por día paciente. En el Cuadro 6 se ve que esto no ocurre pues la diferencia de promedios de estada no es suficientemente grande como para compensar la diferencia de coste que con frecuencia llega a ser entre 2 a 6 veces mayor en el Seguro Social que en los Ministerios.

Es muy difícil, y tal vez sería injusto, hacer comparaciones sin conocer con exactitud la calidad de los servicios prestados por una y otra institución. Las enormes diferencias encontradas, sin embargo, no parecen tener explicación satisfactoria basada en la exclusiva consideración de la calidad de los servicios.

Quisiéramos llamar la atención sobre una correlación que ha sido bastante constante en aquellos hospitales en que fué posible estudiarla. Es la correlación que existe entre mayor tiempo de trabajo médico -menor promedio de estada- y coste más alto de los servicios (Véase Cuadro 6). Se podría plantear la hipótesis de que mientras más tiempo destina el médico por cama o por consulta externa la atención se hace más acelerada y la mayor intensidad de las atenciones que de ello resulta eleva el coste de cada

prestación en particular. Esto es especialmente notorio en el trabajo hospitalario que muestra largos promedios de estada y muy bajos costes cada vez que el médico destina pocos minutos al día por cama a su cargo. En cambio coincide el promedio de estada corto y el alto coste con aquellos establecimientos que permiten que el médico destina un tiempo más o menos prolongado a la atención de cada cama a su cargo.

Este es un hecho curioso que resulta del análisis de los datos estadísticos recogidos que induciría a pensar que es el alto coste de la hora médica y su repercusión en petición de exámenes de rayos-X y de laboratorio y prescripción de medicamentos las causas que encarecen la atención hospitalaria. Será necesario sin embargo, un estudio mucho más profundo para poder fundamentar y comprobar esto que por el momento no es sino que una hipótesis de trabajo.

8. Ensayos de coordinación

En todos los países se encuentran ciertas tentativas limitadas de coordinación entre los servicios médicos de los Ministerios de Salud y los de las instituciones de seguridad social. En uno de los países participantes por lo menos se han aprobado disposiciones legales que han permitido dar una estructura administrativa unitaria a los servicios. Aún en ese país, sin embargo, persisten un cierto número de pequeños servicios autónomos que no tienen relación con el Servicio Nacional de Salud. En otros países se ha buscado la coordinación a nivel local, en otros se están usando edificios en común, aún cuando en estos casos lo corriente es que se produzca el arriendo de las estructuras físicas manteniendo una administración totalmente separada; finalmente en algunos países el Ministerio de Salud Pública tiene funciones normativas y de supervisión técnica sobre los demás servicios médicos, las cuales rara vez son ejercitadas por falta de personal o de recursos económicos para hacerlo.

Casi en ningún país, sin embargo, se está practicando la coordinación en el terreno en que es más importante, es decir, en la planificación nacional de la salud. La mayor parte de los planes de salud conocidos no son sino que programas dirigidos a perfeccionar los servicios de los Ministerios de Salud pero ignoran totalmente los gastos financiados por las instituciones de seguridad social que con frecuencia son tan grandes o aún mayores que los financiados por los Ministerios de Salud Pública. En otras palabras, se está planificando el subsector público del sector salud. No podrá haber verdadera planificación de la salud mientras no se corrija esta actitud y los planificadores puedan medir la totalidad de los recursos disponibles y organizar la mejor utilización integral de los recursos actuales y futuros cualquiera sea su origen.

9. Medios para promover coordinación

Las medidas que se sugieren a continuación no son sino que medios dirigidos a fomentar progresivamente la coordinación entre servicios que actualmente están dispersos. Sería un error pensar que estas medidas se pueden implantar en forma rápida o que ellas van a producir un resultado inmediato. La coordinación de la medicina preventiva y curativa sólo puede ser el resultado de un largo proceso educativo de todos los profesionales que colaboran en el equipo de salud como también de los usuarios de los servicios actuales. Como ha dicho un autor escocés, la coordinación no se puede imponer por decreto sino que tiene que ser el producto de una actitud mental adecuada de todos los miembros del equipo de salud.

a) Planificación integral del desarrollo. Una de las condiciones fundamentales de la planificación como método científico es que a ella se incorporen todos los elementos del sector en estudio.

El sector salud comprende programas dirigidos a la protección, el fomento y la recuperación de la salud y para ello es necesario organizar y desarrollar los recursos a fin de prestar servicios de higiene ambiental, de medicina preventiva y curativa y de rehabilitación. Estos servicios son prestados por organismos locales de salud que deben tener una estructura regionalizada y sectorizada a fin de concentrar los instrumentos de alta especialización y descentralizar los servicios básicos a través de infraestructuras que los pongan a disposición de la totalidad de la población.

Lo anterior implica planificar la utilización máxima de los recursos disponibles, organizar las acciones de salud evitando duplicaciones y medir la demanda actual y futura de servicios desarrollando progresivamente la capacidad para satisfacer esa demanda.

En este complejo proceso de planificación es indispensable que participen todos los organismos e instituciones que mantienen servicios de salud y que hacen inversiones destinadas a desarrollar los recursos de salud. Las acciones de higiene y medicina preventiva son habitual y tradicionalmente la responsabilidad de los Ministerios de Salud. En las acciones de medicina curativa y de rehabilitación, en cambio, además de los Ministerios de Salud participan otras dependencias del Gobierno Central, tales como los Ministerios de Defensa Nacional, los servicios de policía y seguridad, las instituciones de seguridad social y organismos de carácter privado como las beneficencias, patronatos, cruz roja, etc. En un plan integral de salud es indispensable que los recursos humanos materiales y financieros de todos estos organismos e instituciones interesados en la salud se coordinen en su acción para obtener la máxima utilización de ellos y que obedezcan a un plan técnicamente dirigido, a fin de alcanzar el goce del grado más alto posible de salud para todos los miembros de la comunidad.

En forma práctica lo que se necesitaría sería que representantes autorizados de todos estos organismos que mantienen servicios de salud formen parte de las comisiones de planificación y la totalidad de sus recursos se incorporen a los planes nacionales de salud, sometiendo los programas a directivas técnicas únicas que deben emanar de una sola autoridad competente.

b) Uniformidad de los diversos regímenes de seguridad social. La seguridad social en América Latina se ha extendido en forma desordenada y su cobertura y campo de aplicación obedecen a la mayor o menor presión que han podido ejercer los grupos laborales beneficiados por un determinado régimen. Uno de los países participantes en la encuesta declara la existencia de siete regímenes diferentes para distintos grupos laborales y con diversas prestaciones médicas para cada uno de ellos. El caso de dos o tres sistemas diferentes es corriente y es caso habitual, por ejemplo, que exista una seguridad social para el obrero y otra para el empleado con prestaciones completamente diferentes una de la otra.

La uniformidad de todos estos regímenes de seguridad social es uno de los objetivos que se han trazado muchos gobiernos en sus planes inmediatos de acción pero sólo por excepción han tenido éxito debido a la defensa de sus intereses que hacen los grupos beneficiados por los regímenes más generosos.

La coordinación sería mucho más simple si como paso previo se obtuviera la uniformidad de los regímenes de seguridad social en los siguientes aspectos:

1. Sistema único de cobro de cotizaciones, basado en porcentajes uniformes del salario en función de cargas familiares.

2. Prestaciones médicas y sociales iguales para todos los grupos laborales.

3. Escala única de sueldos y salarios y de beneficios sociales para todos los empleados de las instituciones de seguridad social.

Con estas medidas se evitaría la competencia entre distintos grupos laborales y la discriminación que de ella resulta, facilitando así la coordinación a nivel local de prestaciones, que, al ser similares, permitan ser administradas en forma coordinada.

c) Extensión de la cobertura de la seguridad social. Existe, como ya hemos dicho, una tendencia a incorporar nuevos grupos comunitarios a los beneficios de la seguridad social, estableciendo un nivel mínimo de prestaciones que deberían estar disponibles para todos los miembros de la comunidad.

En el fondo este es un problema de carácter económico-financiero cuya aplicación integral dependerá, en primer lugar, de la capacidad del producto nacional para absorber el financiamiento de las prestaciones de la seguridad social y en segundo término, de la capacidad de los individuos componentes de la comunidad para pagar las cotizaciones de la seguridad social. Es muy probable que ni uno ni otros estén en condiciones de financiar una cobertura universal, que sería lo ideal, pero, con mucha probabilidad, la seguridad social podría extender su cobertura a nuevos grupos aún no cubiertos como lo están haciendo muchos países. Con ello se ampliaría el campo de acción de las instituciones de seguridad y se mejoraría el financiamiento de los servicios médicos.

d) Coordinación de las acciones locales. Esta es la forma más simple de promover la coordinación, creando en las infra-estructuras el ambiente adecuado para que se vaya desarrollando progresivamente la coordinación de las acciones de protección, fomento y recuperación de la salud a nivel local.

Es necesario tener presente, sin embargo, que esta coordinación de las acciones locales sólo pueda tener éxito si tiene el respaldo, la comprensión y el estímulo de las autoridades centrales de los servicios correspondientes. No se puede esperar que se coordinen en su trabajo los funcionarios de un pequeño poblado rural si a nivel central las autoridades ejecutivas superiores se ignoran, estimulando, con ello, la incoordinación a todos los niveles.

Hay diversas maneras de poner en práctica esta coordinación a nivel local. Una de ellas es la utilización de los mismos edificios para los servicios de diversas instituciones. Este es un sistema que está siendo puesto en práctica en numerosos países, pero que con frecuencia adolece de un grave defecto que consiste en la dualidad administrativa que se mantiene entre los servicios a pesar de estar trabajando bajo el mismo techo. En la práctica esto se traduce en un simple arriendo de una parte del edificio a una institución que lo ocupa para instalar en esa parte toda una maquinaria administrativa que va desde el Director hasta el último portero y que funciona con entera independencia y hasta con desconocimiento de la otra estructura administrativa perteneciente a la institución dueña del edificio. La verdad es que tal sistema no coordina nada y, por el contrario, a veces hace más aparentes los defectos y las diferencias, cosa que en el fondo viene a ahondar la incoordinación.

El uso en común de aparatos de rayos-X o de laboratorios clínicos es otra de las maneras en que se puede propiciar la coordinación.

Esta coordinación a nivel local tiene generalmente el grave obstáculo de la diferencia en la organización administrativa, en los salarios y en los beneficios sociales del personal de las diversas instituciones.

Cuando hay un grupo bien pagado con estabilidad funcionaria con buenos beneficios sociales trabajando al lado de otro que dispone de salarios insuficientes, sin protección social y sujeto a las alternativas de los cambios políticos, inevitablemente se produce el resentimiento del grupo menos beneficiado.

Tal vez el campo más fructífero de coordinación es el de las acciones técnicas de salud en el terreno. Si a través del proceso de la planificación al nivel local se llega a establecer cuáles son las necesidades de salud y la demanda de atención de una comunidad es posible que las autoridades locales tanto de los servicios del Ministerio de Salud como de las instituciones de seguridad social y de otros organismos interesados puedan ponerse de acuerdo para llevar a cabo un programa de protección, fomento y recuperación de la salud a nivel local, utilizando todos los recursos disponibles en la forma más racional posible y procurando satisfacer la demanda de servicios hasta el límite máximo que esos recursos permiten. Un programa de esta naturaleza requiere la designación de un coordinador a quien, por acuerdo de las partes, se le dé autoridad suficiente para organizar los recursos teniendo como única meta la satisfacción de las necesidades de salud. Existen numerosos programas de esta especie funcionando en distintos países de latinoamérica. Algunos de ellos sufren, desgraciadamente, la limitación de no tener acceso a otros programas de tipo vertical destinados a la erradicación o control de determinadas enfermedades transmisibles o al saneamiento de ciertas áreas locales. Es de esperar, sin embargo, de que esta limitación desaparezca cuando se llegue al convencimiento de que, una vez terminada la fase de ataque en las campañas de erradicación es indispensable que los organismos locales integrados de salud asuman responsabilidad de continuar la fase de mantenimiento.

e) Adiestramiento conjunto del personal. Como se ha dicho al comienzo el proceso de coordinación debe estar basado, de preferencia, en una comprensión cabal de sus virtudes por parte de todos y cada uno de los miembros del equipo de salud.

El adiestramiento debe comenzar en las escuelas de medicina, de enfermería, de obstetricia, de servicio social, de dietistas, etc., de tal manera que cada uno de estos profesionales, al iniciar su labor, lo hagan imbuídos del concepto de coordinación adquirido en la época de estudiantes en sus respectivas escuelas universitarias.

En la educación de post-grado del especialista en salud pública, del ingeniero sanitario, del administrador hospitalario, etc., debe también darse la importancia que corresponde a los conceptos de la coordinación. Es probable que el desarrollo que en el curriculum debe tener esta enseñanza necesita ser aún superior a aquél de la formación profesional anterior al grado. En efecto, de estos cursos de post-grado van a salir los altos ejecutivos que tomarán la dirección de los servicios de salud y de los servicios de atención médica a nivel nacional, intermedio y local y por lo tanto serán

personas clave para decidir la orientación de los programas integrados de salud. Es incluso de desear que la formación del administrador de servicios de salud se haga en conjunto con la formación del administrador de hospitales y el administrador de servicios sociales y de rehabilitación, ya que los principios administrativos son siempre los mismos y sólo varía su aplicación práctica a distintos programas.

Finalmente, las escuelas paramédicas, destinadas a la formación del personal auxiliar o de colaboración médica, deben también incorporar a sus programas de enseñanza principios elementales de coordinación a fin de que todos los miembros del equipo de salud, por modestos que sean, colaboren en forma inteligente a la realización de los objetivos de los programas integrados de salud.

En cuanto al personal actualmente en servicio deberá, igualmente, ser adiestrado en estas disciplinas a través de cursos breves y de experiencias prácticas en el terreno que los orienten en los principios generales de la administración coordinada.

CAPITULO II

COSTO Y FUENTES DE FINANCIACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA DEL MINISTERIO Y DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

1. Importancia relativa de los gastos de atención médica del Ministerio y de la Caja de Seguro Social

Un indicio sencillo, aunque aproximado, de la importancia relativa de los organismos de los Ministerios de Salud y del Seguro Social en cuanto a la prestación de servicios de atención médica es la cantidad de dinero que cada organismo gasta con ese fin. En el Cuadro 1 se indica la distribución porcentual de los gastos de atención médica entre las dos clases de organismos. Este índice monetario es tan sólo aproximado, ya que no cabe duda de que el organismo cuyos costos son más reducidos presta servicio a mayor número de personas por unidad de dinero invertido.

Al parecer, los gastos no se distribuyen en forma consecuente, salvo que los países donde los servicios de atención médica del seguro social constituyen una actividad bastante reciente y de alcance aún limitado -como El Salvador y Honduras- reflejan este hecho en gastos relativamente bajos por ese concepto, mientras que esta partida de gastos representa más de la mitad del total en el Perú, México y Brasil.

Cabe señalar que los datos correspondientes a Chile deben considerarse con la salvedad de que el Seguro Social está representado únicamente por el Servicio Médico Nacional de Empleados y que, como se indica en el Cuadro B, algo más del 18% de los gastos del Servicio Nacional de Salud (Ministerio) se sufragan con cargo a las contribuciones que el trabajador y el empleador aportan a la Caja de Seguro Social.

Incluso en los países en que se dispone de datos completos, el total de gastos de atención médica del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social no permite tener una visión global del sector público. En el Cuadro 2 se presentan datos de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud del Perú, con el fin de ilustrar lo complicada que puede ser la prestación de servicios de salud al público. Si bien el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y los dos organismos del Seguro Social sufragaron en 1964 las tres cuartas partes de los gastos públicos registrados en salud, los servicios de salud de las fuerzas armadas, otros organismos gubernamentales y el sistema de la Beneficencia representaron, en conjunto, gastos considerables.

El hecho de que los organismos del seguro social sufraguen una parte importante de los gastos de atención médica no significa que tales organismos presten dicha atención exclusivamente con sus propios servicios. En

algunos países, existen acuerdos según los cuales los hospitales y centros de salud dependientes del Ministerio facilitan servicios de atención médica a personas protegidas por el seguro social y la Caja de éste reembolsa a aquéllos los gastos efectuados y, en algunos casos, se da la situación inversa y los Ministerios de Salud contratan servicios del Seguro Social. En Chile, el actual Servicio Nacional de Salud fue establecido sobre la base del antiguo sistema del Seguro Social Obrero y los organismos del seguro social intervienen cada vez menos en la prestación directa de servicios de atención médica. En el Perú, una parte importante de los gastos del Seguro Social del Empleado representa el reembolso de gastos de atención médica a personas del sector privado comprendidas en el seguro.

Estas variaciones se reflejan en el Cuadro 3, donde se indica el porcentaje de gastos de atención médica de la Caja del Seguro Social destinados al funcionamiento de sus propios servicios. Las cifras fluctúan desde 100% en el Brasil y México hasta el 74% en el Perú y el 60% en Panamá. Si bien los gastos de salud de los organismos del seguro social se dedican casi por entero a la prestación de servicios de atención médica, no ocurre lo mismo en lo que respecta a los Ministerios de Salud, que también han de ocuparse de diversas actividades preventivas en beneficio del individuo, tales como la vacunación, y de medidas de salud orientadas hacia la colectividad en general, tales como la inspección de mercados, educación sanitaria, etc. En el Cuadro 4 se indica la distribución porcentual de los gastos del Ministerio de Salud en servicios de pacientes externos, pacientes hospitalizados y actividades de carácter colectivo.

La cifra en extremo reducida correspondiente a los servicios de pacientes hospitalizados en Costa Rica se debe a que en este país la atención hospitalaria que facilitan los Ministerios de Salud en la mayoría de los países latinoamericanos, es financiada en su mayor parte, por juntas locales. Si el importe de la financiación local se incluyera en los gastos del Ministerio, el porcentaje de gastos totales en beneficio de la colectividad costarricense sería proporcionalmente menor.

Se observará que -además de la gran variación en la importancia relativa de los servicios de salud orientados hacia la colectividad en general- la relativa importancia concedida a los servicios de atención de pacientes internos y externos en el presupuesto de gastos del Ministerio varía también considerablemente. Aunque no es posible comparar los datos referentes a los Ministerios de Salud y a los organismos del seguro social de los diez países, seis de éstos facilitaron no sólo datos del Ministerio para el Cuadro 4, sino también, para el Cuadro 5, acerca de la atención médica del seguro social. Incluso si se tienen en cuenta las numerosas posibilidades de error y la falta de comparabilidad de los datos, la comparación de los países que figuran en los Cuadros 4 y 5 revela la posibilidad de que intervenga alguna especie de sistema de compensación. Con excepción de Honduras, los organismos del seguro social han tendido a conceder mayor importancia a los servicios de pacientes externos en los países donde los respectivos Ministerios de Salud se han preocupado más por los servicios de pacientes internos y viceversa.

2. El problema de los gastos de capital

Si bien es importante distinguir entre los gastos destinados al funcionamiento habitual de los servicios de salud y las inversiones en edificios, equipo pesado y otras partidas clasificadas como "bienes de capital" en las cuentas nacionales, en el presente estudio se ha hecho hincapié en los gastos corrientes. En la comparación de costos con respecto a América Latina, una de las dificultades con que se tropieza es la gran diversidad de sistemas nacionales de contabilidad, raras veces se tiene la seguridad de que, en los datos relativos a las actividades corrientes, no se han incluido gastos referentes a bienes de capital, mientras que, en algunos casos, no se dispone de información acerca de las inversiones de capital.

Debido al elevado costo y a la larga duración de los hospitales y otros servicios principales de salud, es posible -especialmente en los países más pequeños- que transcurran varios años sin que se efectúen gastos importantes de capital, mientras que en los años en que se adjudican contratos para nuevas construcciones, los gastos pueden ser muy elevados. Por consiguiente, los datos relativos al año de 1964, que son comparables a la información acerca de los gastos de funcionamiento, carecerían de significación. En su lugar, se solicitaron datos correspondientes al período 1960-1964, pero incluso éstos resultaron ser de muy difícil interpretación para los fines de establecer comparaciones entre los Ministerios de Salud y los organismos del Seguro Social, ya que otros organismos gubernamentales solían intervenir, en forma importante, en la financiación. Por ejemplo, en Chile una empresa pública de carácter autónomo construye hospitales para el Servicio Nacional de Salud, y en el Perú la Caja Nacional de Seguro Social construye instalaciones que en otros países serían costeadas con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud, mientras que en Venezuela algunas instalaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se construyen con fondos del Ministerio, en tanto que otras son financiadas por el Ministerio de Obras Públicas. Los países donde los gastos medios anuales de capital de los Ministerios de Salud representaron en 1960-1964 más del 10% de los gastos corrientes de operación fueron México (37%), Venezuela (18%) y Honduras (12%). Los programas importantes de construcción de los organismos del Seguro Social generalmente quedaron fuera del quinquenio, con la excepción de México, donde la inversión anual del Instituto Mexicano de Seguro Social representó el 32% de los gastos corrientes de funcionamiento.

En países como el Brasil, que han experimentado una grave inflación, resulta difícil determinar el valor actual de servicios construidos hace solamente unos pocos años, es decir durante el período 1960-1964.

Finalmente, como puede observarse en los detallados cuadros por países que figuran al final de este trabajo (Anexos 1-10), la inversión necesaria para poner en servicio una cama de hospital varía considerablemente, según se trate de un nuevo edificio, de la renovación de uno viejo, o de la compra de uno ya construido.

En el caso presente, la importancia de los datos de capital consiste principalmente en que permiten determinar las partidas que debieran excluirse de los gastos corrientes de funcionamiento, y no en que se prestan al análisis por separado de las cuentas de capital correspondientes a un cuatrienio o cualquier otro plazo corto.

3. Comparación directa de costos

Uno de los problemas más difíciles en la comparación directa de costos entre los Ministerios de Salud y los organismos del seguro social es el de decidir la unidad de medida que se ha de emplear. Indudablemente, como ha de prestarse servicio a poblaciones distintas, el gasto total no corresponde necesariamente al costo por unidad de servicio prestado. Las poblaciones que, en principio, tienen derecho al servicio tampoco ofrecen la debida base de comparación, ya que el derecho teórico al servicio y el disfrute real de éste no concuerdan necesariamente. Por lo tanto, a fin de lograr una primera aproximación a la comparación directa, el Cuadro 6 se fundó en el costo por paciente-día en los hospitales generales dependientes de los Ministerios de Salud y de los organismos del seguro social.

En la primera columna del Cuadro 6 se indican las razones de los costos por paciente-día. Si bien el costo fue invariablemente mayor en las instituciones del seguro social que en las del Ministerio de Salud, las razones variaron de 1,4 en el Brasil a 5,8 en El Salvador y 6,1 en Honduras. Las notas de pie de página, en las que se indican los límites de protección, tienen especial importancia, puesto que la razón relativamente baja correspondiente al Perú se funda en datos referentes al Seguro Social Obrero únicamente y se sabe que los costos por cama-día en los dos grandes hospitales dirigidos por el Seguro Social del Empleado son mucho mayores. Del mismo modo, la razón relativa a Chile, que es bastante más elevada, refleja los costos del Servicio Médico Nacional de Empleados, mientras que los datos referentes al seguro contra accidentes del trabajo indican que los costos por paciente-día en otras cajas del seguro social pueden ser mucho más reducidos.

En las columnas 2 y 3 del Cuadro 6 se indican los costos por paciente-día en relación con el índice de prosperidad de los distintos países. La unidad elegida (por ser la más fácil de obtener) fue la del producto interno bruto a precios de mercado, si bien conviene señalar que el producto nacional bruto a costo de factores o cualquier otra medida general del ingreso nacional permitiría obtener resultados fundamentalmente similares. El producto bruto per capita se dividió por 366 (por haber sido 1964 un año bisiesto), a fin de calcular el producto por persona y por día. Relacionando esta medida con el costo por paciente-día se pueden establecer comparaciones entre países sin necesidad de referirse al tipo de cambio o a unidades monetarias.

En cuanto a los datos del Ministerio de Salud que figuran en la columna 2 del cuadro, su interpretación es la siguiente: en Chile, El Salvador y Venezuela se registran los costos más bajos por paciente-día en función del producto nacional. Independientemente de si el costo en escudos, colones o bolívares se considere alto o bajo, esto significa que con respecto a la capacidad de pago del país el costo ha sido bajo. En cambio, el costo más elevado en función del producto nacional corresponde al Brasil y al Perú, lo cual indica que en estos países donde el costo es alto con respecto a la capacidad de pago, se requiere un sacrificio mayor para sufragar el costo de la atención médica correspondiente a la unidad paciente-día. Las cifras más altas que figuran en la columna 3, relativas al costo por paciente-día en los hospitales generales del seguro social, pueden compararse de un país a otro en la misma forma, aunque es preciso señalar que las personas con derecho a la protección del seguro social suelen disfrutar de ingresos superiores al promedio nacional y han contribuido directamente, de su propio peculio, mediante las aportaciones que corresponde a los trabajadores para financiar el seguro social, según se indica en el Cuadro 9.

Al analizar las diferencias de los costos, importa asimismo determinar los componentes principales del costo total. En el Cuadro 7 se indica la distribución porcentual de los costos en los hospitales generales, por concepto de sueldos y salarios, medicinas y suministros médicos, etc. Quizá la indicación más notable del Cuadro 7 no sea la relativa a la importancia universal de sueldos y salarios en el costo total, ni la amplia variación registrada, sino la de que las diferencias en la participación relativa entre los distintos países suelen ser más importantes que las diferencias entre los hospitales del Ministerio de Salud y del Seguro Social dentro de los países.

4. Fuentes de financiamiento de la atención médica

En los Cuadros 8 y 9 se presenta la distribución porcentual de ingresos totales relativos a los servicios de atención médica dependientes de los Ministerios de Salud y de organismos del seguro social. Como era de esperar, la mayor parte de los recursos de los Ministerios de Salud proceden del tesoro nacional, mientras que las instituciones del seguro social dependen en muy alto grado de las aportaciones del trabajador y el empleador. Por otra parte, varios Ministerios de Salud también obtienen sumas importantes de otra procedencia. Será preciso realizar nuevas indagaciones para resolver ciertas cuestiones relativas a la naturaleza exacta de las "aportaciones de trabajadores y empleadores" y "pagos de transferencia", pero se considera que, en lo esencial, estas partidas de ingresos ministeriales representan pagos por servicios prestados (por ejemplo: atención médica facilitada a personas comprendidas en el seguro social). En algunos países se han incluido las aportaciones de organismos internacionales como la OPS/OMS y el UNICEF en la categoría de "varios". Los pagos por servicio

son insignificantes en la mitad de los países protegidos y en el Perú ascienden a más del 7% de los ingresos totales del Ministerio. Sin embargo, en muchos de los países en que se recaudan tales pagos, los ingresos así obtenidos no se ponen a disposición del Ministerio de Salud sino que, en virtud de disposiciones legales, se reintegran al tesoro nacional.

En cuanto a los organismos del seguro social, las disposiciones legales varían: en algunos países se prevén explícitamente aportaciones por el Gobierno Nacional; en otros, se depende exclusivamente de los pagos de obreros y patronos. Con las excepciones de Chile y Venezuela, los pagos por servicio no representan una fuente considerable de ingresos. La columna correspondiente a "varios" refleja la administración económica autónoma de los organismos del seguro social, que pueden obtener fondos de inversiones, de la venta de equipo anticuado, etc., y utilizan el producto como ingresos de explotación para complementar los ingresos procedentes de los trabajadores, los empleadores y el Gobierno.

C U A D R O 1

Distribución porcentual de los gastos de atención médica entre los Ministerios de Salud y los organismos del seguro social, 1964

| | Ministerios de Salud | Organismos del seguro social |
|-----------------------|----------------------|------------------------------|
| Brasil | 38(1) | 62(2) |
| Colombia | 56 | 44 |
| Costa Rica | 56 | 44 |
| Chile | 95 | 5(3) |
| El Salvador | 80 | 20 |
| Honduras | 82 | 18 |
| México | 13 | 87(4) |
| Panamá | 50 | 50 |
| Perú | 40 | 60(5) |
| Venezuela | 63 | 37 |

- (1) Comprende algunos gastos en partidas distintas a la atención médica.
- (2) Seis cajas principales de jubilación.
- (3) Servicio Médico Nacional de Empleados únicamente.
- (4) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- (5) Seguro Social del Empleado (SSE) y Seguro Social Obrero (SSO).

C U A D R O 3

Porcentaje de gastos en atención médica de los organismos del seguro social destinado al funcionamiento de sus propios servicios, 1964

| | |
|-------------|----------|
| Brasil | 100,0(1) |
| Colombia | 95,3 |
| Costa Rica | 91,8 |
| Chile | 80,0(2) |
| El Salvador | 89,4 |
| Honduras | 99,0 |
| México | 100,0(3) |
| Panamá | 60,3 |
| Perú | 74,4(4) |
| Venezuela | 79,5 |

- (1) Seis cajas principales de jubilación
- (2) Servicio Médico Nacional de Empleados, únicamente
- (3) Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- (4) Seguro Social del Empleado y Seguro Social Obrero.

C U A D R O 4

Distribución porcentual de los gastos de los Ministerios de Salud, 1964

| País | Servicios de consulta externa | Servicios de hospitalización | Servicios de salud de la colectividad |
|-------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| Colombia | | - 50 - | 50 |
| Costa Rica | 67 | 1 | 32 |
| El Salvador | 27 | 65 | 8 |
| Honduras | 22 | 48 | 29 |
| Panamá | 40 | 45 | 15 |
| Perú | 28 | 45 | 27 |
| Venezuela | 19 | 49 | 32 |

C U A D R O 5

Distribución porcentual de los gastos en atención médica del seguro social entre consulta externa y hospitalización, 1964

| País | Servicios de consulta externa | Servicios de hospitalización |
|------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Brasil (1) | 52 | 48 |
| Colombia | 53 | 47 |
| Costa Rica | 68 | 32 |
| Chile (2) | 40 | 60 |
| Honduras | 35 | 65 |
| México (3) | 89 | 11 |
| Panamá | 69 | 31 |
| Perú (4) | 52 | 48 |
| Venezuela | 70 | 30 |

- (1) Seis cajas principales de jubilación
 (2) Servicio Médico Nacional de Empleados
 (3) Instituto Mexicano del Seguro Social
 (4) Seguro Social del Empleado; Lima únicamente.

C U A D R O 6

Costos relativos por paciente-día en hospitales generales de los Ministerios de Salud y de los organismos del seguro social, y comparación de los costos con el producto interno bruto por persona-día

| País | Razón del costo por paciente-día en hospitales generales del seguro social en relación al costo en hospitales generales del Ministerio de Salud | Número de unidades del producto interno bruto diario <u>per capita</u> equivalente al costo de un paciente-día en hospitales generales | |
|-------------|---|--|-----------------------------|
| | | Servicios del Ministerio de Salud | Servicios del Seguro Social |
| Brasil | 1.4 (1) | 9.2 | 13.3 (1) |
| Colombia | | | |
| Costa Rica | 1.8 | 5.4 | 9.9 |
| Chile | 5.6 (2) | 3.9 | 21.9 (2) |
| El Salvador | 5.8 | 3.2 | 18.7 |
| Honduras | 6.1 | 5.2 | 31.7 |
| México | 3.6 (3) | 5.3 (3) | 19.1 (3) |
| Panamá | 3.9 | 5.8 | 22.9 |
| Perú | 2.8 (4) | 6.2 | 17.7 (4) |
| Venezuela | 2.4 | 3.9 | 9.3 |

- (1) Datos del seguro social relativos exclusivamente a la Caja de Pensiones de Empleados de Comercio.
- (2) Datos del seguro social relativos exclusivamente al Servicio Médico Nacional de Empleados.
- (3) Datos del seguro social correspondiente a empleados del Gobierno únicamente*
- (4) Datos del seguro social relativos exclusivamente al Seguro Social Obrero.

* Toda la información se refiere solamente al Distrito Federal.

C U A D R O 7

Distribución, por partidas, de los gastos corrientes
 de funcionamiento de hospitales generales, 1964

| País e institución | Salarios y sueldos | Medicamentos y suministros médicos | Varios |
|---|-----------------------|--|--------------------|
| Brasil: Ministerio Seguro Social | 82.8 ... | ... | - 13.8 - ... |
| Colombia: Ministerio Seguro Social | 51.0 42.0 | 15.5 43.7 | 33.5 14.4 |
| Costa Rica: Ministerio Seguro Social (1) | 60.1 58.0 | 19.9 20.7 | 24.0 21.3 |
| Chile: Servicio Nacional de Salud Servicio Médico Nacional de Empleados | 61.9 ... | 18.8 ... | 19.3 ... |
| El Salvador: Ministerio (2) Seguro Social | 51.4 51.8 | 34.0 30.8 | 14.6 17.3 |
| Honduras: Ministerio Seguro Social | 57.3 73.6 | 42.4 25.3 | 0.3 1.1 |
| México: Ministerio (3) IMSS ISSSTE | 79.6 | 14.0 | 10.4 |
| Panamá: Ministerio (2) Seguro Social | 61.1 ... | 16.9 ... | 22.0 ... |
| Perú: Ministerio SSE SSO | 71.8 73.6 70.0 | 6.0 16.7 22.5 | 22.2 9.7 7.5 |
| Venezuela: Ministerio Seguro Social | 70.4 65.1 | 12.6 7.4 | 17.0 27.5 |

- (1) Consultorio externo.
 (2) Comprende centros de salud con camas.
 (3) Centros de salud con camas.

C U A D R O 8

Distribución porcentual de ingresos de los Ministerios
 de Salud en 1964, por fuente de fondos

| País | Tesoro Nacional | Aportaciones de trabajadores y empleadores | Pagos por servicio | Pagos de transfe- rencia | Varios |
|-------------|--------------------|--|--------------------------|--------------------------------|--------|
| Brasil | 100,0 | - | - | - | - |
| Colombia | 92,8 | - | - | - | 7,2 |
| Costa Rica | 95,4 | - | - | - | 4,6 |
| Chile (SNS) | 68,2 | 18,4 | 3,2 | 0,3 | 9,8 |
| El Salvador | 100,0 | - | - | - | - |
| Honduras | 73,8 | - | 1,5 | 21,4 | 3,1 |
| México | 97,7 | - | 2,3 | - | - |
| Panamá | 89,2 | 5,4 | 4,6 | - | 0,8 |
| Perú | 69,1 | 10,3 | 7,3 | 13,5 | - |
| Venezuela | 97,1 | - | 0,6 | 1,2 | 1,1 |

C U A D R O 9

Distribución porcentual de ingresos de organismos del seguro social (enfermedad y maternidad) en 1964, por fuente de fondos

| | Tesoro Nacional | Aportaciones de trabajadores y empleadores | Pagos por servicio | Pagos de transferencia | Varios |
|-------------|-----------------|--|--------------------|------------------------|---------|
| Brasil (1) | 29,7 | 59,2 | 0,1 | - | 10,9 |
| Colombia | 5,8 | 87,6 | - | - | 6,6 (3) |
| Costa Rica | 16,0 | 79,7 | 1,3 | - | 2,9 |
| Chile (2) | - | 89,3 | 4,6 | 6,0 | - |
| El Salvador | 17,7 | 80,1 | - | - | 2,2 |
| Honduras | - | 97,4 | - | - | 2,6 |
| México (4) | 24,8 | 74,5 | 0,1 | - | 0,6 |
| Panamá | 6,6 | 74,6 | - | - | 18,7 |
| Perú (SSE) | - | 97,8 | (5) | - | 2,2 |
| (SSO) | - | 73,7 | 0,9 | 4,3 | 21,3 |
| Venezuela | 11,3 | 73,0 | 13,8 | 1,3 | 0,6 |

- (1) Seis cajas principales de jubilación.
 (2) Servicio Médico Nacional de Empleados.
 (3) Comprende algunos honorarios por servicio.
 (4) Instituto Mexicano del Seguro Social; existe una caja aparte para trabajadores del Estado (ISSSTE) constituida exclusivamente por aportaciones.
 (5) Menos del 0,1 por ciento.

A N E X O S

Se distribuirán por separado

B R A S I L

I. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

A. ASPECTOS DE LA ASISTENCIA MEDICA EN EL BRASIL

A través de los años, se ha ido desarrollando en el Brasil un sistema muy complejo de protección y restablecimiento de la salud, debido en parte al progreso científico y tecnológico de la medicina y ciencias afines y en parte a la integración de factores demográficos, sociales y económicos. Entre ellos merece señalarse la forma en que políticamente se organizó el país.

El Brasil es una unión de 22 Estados, 3 Territorios y un Distrito Federal que constituye, bajo el sistema representativo, la Federación y la República.

El Gobierno Federal no interviene en los Estados, salvo en casos de excepcional gravedad, como defender la integridad nacional, rechazar una invasión extranjera y poner fin a la guerra civil.

La Constitución de la República asigna específicamente a la Unión las siguientes responsabilidades relacionadas con la salud:

1. organizar la defensa permanente contra las endemias rurales;
2. legislar sobre las normas generales de defensa y protección de la salud y sobre los requisitos para ejercer las profesiones técnicas, científicas y liberales;
3. Disponer que se incluya en la legislación del trabajo y de previsión social los preceptos de higiene y seguro del trabajo, la asistencia médica y de salud, inclusive los servicios hospitalarios y preventivos, para los trabajadores y las mujeres embarazadas y la obligatoriedad del seguro contra los accidentes de trabajo, por parte del empleador;
4. Hacer obligatoria, en todo el territorio nacional, la asistencia a la maternidad, la infancia y la adolescencia.

De conformidad con estas disposiciones, la Unión lleva a cabo, por medio de diversos organismos, numerosas actividades de salud que pueden agruparse de la manera siguiente:

- a. elaboración y ejecución de programas de salud pública en escala nacional;
- b. prestación de asistencia técnica y financiera a los estados, municipios y entidades particulares;
- c. preparación y perfeccionamiento del personal especializado;

Participaron en la elaboración del presente trabajo los siguientes técnicos: Hugo Alqueres Batista, Nilson L. de A. Moraes, Antônio Jorge de Almeida, Plinio de Aguiar, Woodrow Pimentel Pantoja, Ubirajara C. Sevalho, Durval Bustorff Pinto, A.L. Maciel da Costa, Arlindo Lavique de Lemos, Renato Caetano da Silva, Talma P. dos Santos Cajueiro, Domingos B. Carvalhedo, Oslas de Araújo Pinheiro, Graciliano Muniz.

- d. realización de estudios e investigaciones aplicadas;
- e. normalización y fabricación de sustancias profilácticas y control de su empleo;
- f. reglamentación de la producción, distribución y venta de productos terapéuticos;
- g. establecimiento de normas técnicas obligatorias en todo el territorio nacional;
- h. mantenimiento de laboratorios de referencia para diagnósticos;
- i. supervisión del acopio de datos estadísticos relativos a la salud en todo el territorio nacional y análisis de los mismos;
- j. cumplimiento de las normas sanitarias establecidas en virtud de acuerdos internacionales.

Además de las funciones especificadas en la Constitución, la Unión se encarga de llevar a cabo programas de salud pública en los territorios federales y realiza una labor de asistencia médica en todos los ministerios, organismos autónomos y empresas de economía mixta en las que participa, atendiendo a su personal o a determinados grupos.

Los Estados que se rigen por las constituciones y leyes que han adoptado, de acuerdo con los principios establecidos en la Constitución de la República, asumen las funciones siguientes en materia de salud:

- a. elaboración y ejecución de programas estatales de salud pública;
- b. prestación de asistencia técnica y financiera a los municipios y entidades particulares;
- c. preparación del personal para los servicios de salud, principalmente el auxiliar;
- d. prestación de servicios médico-hospitalarios a los pacientes mentales, a los de tuberculosis y a los de lepra;
- e. mantenimiento de laboratorios de salud pública;
- f. supervisión del ejercicio de las profesiones y del comercio de medicamentos y alimentos, con arreglo a la legislación federal pertinente.

Por último, incumbe a los municipios -cuya autonomía está garantizada por la Constitución de la República- la organización de los servicios públicos locales, entre los que se destaca el de abastecimiento de agua y de eliminación de basuras y desechos.

No existe en el Brasil ninguna disposición constitucional o legal que obligue a la Unión, a los Estados o a los municipios a prestar asistencia médica a la población en general.

De todos modos, se reconoce actualmente en el país que estos servicios constituyen una actividad importante de salud pública y, como tal, figura en los programas federales, estatales y municipales de salud y recibe considerables subvenciones de la Unión y de los Estados cuando está a cargo de instituciones privadas.

Un análisis de la distribución de las camas de hospital y de los servicios oficiales de salud pública, de acuerdo con la naturaleza de la institución encargada de ellos, ofrecerá una idea de la participación de cada sector en la prestación de asistencia médica (Cuadros 1 y 2).

B. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE LA AUTORIDAD CENTRAL

La autoridad central encargada de establecer las normas generales sobre los problemas de salud del Brasil es el Ministerio de Salud, al que corresponde el "estudio, la investigación y la orientación de los problemas médico-sanitarios y la ejecución de medidas de su competencia encaminadas al fomento, protección y restablecimiento de la salud".

Existen además, a nivel federal, otros organismos que ofrecen servicios de salud prácticamente autónomos, sin ninguna relación con la política de salud del Ministerio. Entre estos servicios se destacan los enumerados a continuación:

- a. Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas, distribuido por todo el país.
- b. Ministerio de Justicia, con el que está vinculado el Servicio de Asistencia a Menores (SAM) y los Servicios de Salud de los Territorios.
- c. Ministerio del Trabajo, al que corresponde la legislación sobre higiene y seguro del trabajo. El aspecto normativo y la función ejecutiva de los Servicios de Higiene y Seguro del Trabajo de las delegaciones regionales del trabajo incumben a la División de Higiene y Seguro del Trabajo, del Departamento Nacional del Trabajo.

En el propio Ministerio del Trabajo están integrados los Institutos de Jubilación y Pensiones, el Servicio de Asistencia Médica Domiciliaria y de Urgencia (SAMDU) y el Instituto de Previsión y Asistencia a los Funcionarios Públicos (IPASE).

- d. En el Ministerio de Hacienda existe un Servicio Médico de las Cajas Económicas Federales, y en el de Comunicaciones, los Servicios Médicos del Departamento Nacional de Carreteras, del "Loide Brasileiro" (compañía naviera) y de la Administración del Puerto de Río de Janeiro.

Entre los organismos autónomos, que corresponden directamente a la Presidencia de la República, se pueden mencionar como más importantes, los Servicios Médicos de la Petrobrás y de la Legión Brasileña de Asistencia, esta última dedicada concretamente a la asistencia materno-infantil.

Como se puede observar, existe una serie de organismos estatales y paraestatales encargados de los servicios de salud en el orden federal, aunque de todos modos incumbe al Ministerio de Salud -en virtud de la Ley Nº 1920 de 25 de julio de 1953- "la solución de todos los problemas de competencia federal referentes a la salud humana".

El Ministerio de Salud está constituido por los siguientes organismos, directamente dependientes del Ministerio de Estado (Véase Organograma):

- Gabinete del Ministro (GM)
- Consejo Nacional de Salud (CNS)
- Comisión Nacional de Alimentación (CNA)
- Servicio de Documentación (SD)
- Sección de Seguridad Nacional (SSN)
- Servicio de Estadística de Salud (SES)
- Departamento de Administración (DA)
- Departamento Nacional de Salud (DNS)
- Departamento Nacional de la Infancia (DNCr)
- Departamento Nacional de Endemias Rurales (DNERr)
- Instituto Oswaldo Cruz (IOC)
- Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP)
- Fundación Servicio Especial de Salud Pública (FSESP)

Corresponde al Gabinete del Ministro la función de recibir y transmitir las órdenes del Ministro de Estado y prestarle colaboración y asistencia en el ejercicio de sus atribuciones y en su representación política y social.

El Consejo Nacional de Salud tiene la función de colaborar con el Ministro de Estado en los asuntos relativos a la salud pública.

La Comisión Nacional de Alimentación coordina las actividades relacionadas con los problemas de alimentación correspondientes a los diversos organismos de la Administración Pública.

La Sección de Seguridad Nacional colabora en los planes de la política interna del país, en relación con los problemas de salud, de conformidad con las normas trazadas por el Consejo de Seguridad Nacional.

La finalidad del Servicio de Documentación consiste en reunir, ordenar y conservar documentos, fotografías, y datos estadísticos, y fomentar exposiciones y conferencias sobre temas relativos a la salud.

Al Servicio de Estadística le corresponde la función de preparar estadísticas sobre las actividades médico-sanitarias del país, así como la divulgación de las mismas. Este servicio está integrado con los Servicios Nacionales de Estadística, representados por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística.

El Departamento de Administración tiene por finalidad promover o supervisar la ejecución de las actividades relativas a personal, materiales, presupuesto, obras, transporte, etc., bajo la orientación técnica del Departamento Administrativo del Servicio Público.

La misión del Departamento Nacional de Salud consiste en fomentar las encuestas, investigaciones y estudios sobre las condiciones de salud de la población del Brasil; supervisar la administración de servicios federales de fomento, protección y recuperación de la salud; coordinar sus servicios con los estatales y municipales y con los de las instituciones particulares, ofreciéndoles orientación y asistencia técnica, y además estudiar los criterios que se adoptarán para la concesión de ayuda y subvenciones federales destinadas a la ejecución de actividades de salud.

El Departamento Nacional de Salud está integrado por los organismos siguientes:

- División de Organización Hospitalaria (DOH)
- División de Organización Sanitaria (DOS)
- Servicio de Administración (SA)
- Servicio de Biometría Médica (SBM)
- Servicio Federal de Bioestadística (SFBe)
- Servicio Nacional de Enfermedades Mentales (SNDM)
- Servicio Nacional de Educación Sanitaria (SNES)
- Servicio Nacional de Inspección de la Medicina y Farmacia (SNFM)
- Servicio Nacional de Tuberculosis (SNT)
- Servicio Nacional de Lepra (SNL)
- Servicio Portuario de Salud (SSP)
- Servicio Nacional de Cáncer (SNC)
- Servicio Nacional de Inspección de la Odontología (SNFO)
- Delegaciones Federales de Salud (7)

El Departamento Nacional de la Infancia coordina y presta asistencia técnica a todas las instituciones públicas y particulares relacionadas con la maternidad, la infancia y la adolescencia, y consta de los organismos siguientes:

- División de Organización y Cooperación (DOC)
- División de Protección Social (DPS)
- Instituto Fernandes Figueira (IFF)
- Servicio de Administración (SA)
- Servicio de Estadística (SE)
- Servicio de Educación y Divulgación (SED)
- Delegaciones Federales de la Infancia (DFCr)

El Departamento Nacional de Endemias Rurales (DNERu) es el organismo encargado de combatir las principales de estas endemias en todo el territorio nacional, con excepción de la mayor parte del Estado de São Paulo,

donde los servicios estatales llevan a cabo actividades de erradicación de la malaria, y de control de la enfermedad de Chagas, del tracoma y de la esquistosomiasis. Este Departamento consta de las dependencias siguientes:

- División de Profilaxis (DP)
- División de Cooperación y Divulgación (DCD)
- Instituto Nacional de Endemias Rurales (INERu)
- Servicio de Productos Profilácticos (SPP)
- Servicio de Administración (SA)
- Circunscripciones (C)

El Instituto Oswaldo Cruz tiene la función de estudiar problemas de biología humana, particularmente de higiene y nosología del país, para lo cual lleva a cabo encuestas, investigaciones y estudios sobre la epidemiología de las enfermedades existentes en el Brasil; de elaborar productos biológicos (sueros y vacunas) de aplicación en la medicina humana, de analizar esos productos de cualquier procedencia y de efectuar los exámenes de laboratorio necesarios para los servicios federales de salud.

El Instituto Oswaldo Cruz está constituido por las dependencias siguientes:

- División de Estudios y Endemias (DEE)
- División de Fisiología (DF)
- División de Microbiología e Inmunología (DMI)
- División de Higiene (DH)
- División de Patología (DP)
- División de Química y Farmacología (DQF)
- División de Virus (DV)
- División de Zoología Médica (DZM)
- Sección de Administración (SA)
- Sección Auxiliar (SAu)
- Biblioteca (B)
- Museo (M)

La Escuela Nacional de Salud Pública tiene la misión de preparar el personal técnico, de todas las categorías, necesario para los Servicios de Salud Pública del país, y se dedica también, en la medida de sus posibilidades, a estudiar e investigar cuestiones de interés médico-sanitario.

La Fundación Servicio Especial de Salud Pública es un organismo paraestatal vinculado al Ministerio de Salud, con jurisdicción en todo el territorio nacional y cuya sede se encuentra en el Distrito Federal.

Los principales objetivos de la Fundación son los siguientes:

- organizar y prestar servicios de salud pública en regiones con programas de desarrollo económico;

- estudiar, proyectar y ejecutar servicios de abastecimiento de agua y sistemas de alcantarillado;
- organizar, administrar y coordinar en los estados cuyos gobiernos lo soliciten, servicios destinados al desarrollo de su estructura básica de salud;
- coordinar, organizar y administrar, de acuerdo con las municipalidades interesadas, servicios autónomos de abastecimiento de agua y de alcantarillado;
- realizar investigaciones, encuestas y estudios necesarios para el desarrollo de sus actividades.

La Fundación consta de las dependencias enumeradas a continuación:

- División de Salud de la Comunidad
- División de Educación y Adiestramiento
- División de Planificación y Evaluación
- División de Ingeniería
- División de Administración
- Direcciones Regionales de Salud e Ingeniería
- Consejo Técnico.

No obstante que el Ministerio de Salud ha de ser esencialmente un organismo de carácter normativo, está integrado también por organismos ejecutivos, a más de los de enseñanza e investigación.

El Departamento Nacional de Endemias Rurales tiene atribuciones de carácter normativo y ejecutivo, ya que no sólo establece las normas que deben seguirse en la lucha contra las endemias, sino que desarrolla actividades en todo el territorio nacional.

El Departamento Nacional de Salud está integrado por tres organismos ejecutivos, a saber: el Servicio de Biometría Médica, el Servicio Federal de Bioestadística y el Servicio Portuario de Salud. Otros servicios, como, por ejemplo, el Servicio Nacional de Tuberculosis o el de Lepra, desempeñan funciones ejecutivas limitadas a algunos estados de la Federación, pero originariamente son de carácter normativo.

La Fundación Servicio Especial de Salud Pública es una institución normativa y ejecutiva, toda vez que mantiene en funcionamiento una red de servicios de asistencia bastante considerable en casi todo el territorio nacional.

Por último, hay que mencionar la creación, en la próxima reforma administrativa del Gobierno Federal, de un organismo de planificación en cada ministerio, que se encargará de elaborar los planes y programas de trabajo de los sectores, que después se integrarán en el Plan General de Desarrollo del Ministerio de Planificación.

Análisis resumido de los organismos federales de salud

a. La estructura federal de salud, además de ser compleja, está sujeta a la influencia de factores institucionales que todavía dominan en el ambiente del Brasil y que dificultan o incluso impiden la marcha de la maquinaria técnico administrativa del país. La escasez de datos que imposibilita las investigaciones sobre la organización de los servicios, y la falta de coordinación existente entre el Gobierno Federal, los Estados, los servicios paraestatales y los de carácter privado no permiten un rendimiento técnico satisfactorio de los servicios existentes, los que en muchos casos llevan a cabo actividades semejantes en una misma localidad o región, con las deficiencias técnicas y administrativas consiguientes.

El ejemplo más patente de esta falta de coordinación es el de la Previsión Social en relación con el Ministerio de Salud. En efecto, las dependencias de la Previsión encargadas de la asistencia médica a los trabajadores, no están coordinadas entre sí y mucho menos con el Ministerio de Salud, el que por su parte financia un gran número de camas en instituciones particulares e incluso sostiene y administra muchas de ellas a través de la Fundación SESP, del Servicio Nacional de Tuberculosis, del Servicio Nacional de Cáncer y otros servicios, así como de los hospitales y clínicas de las universidades.

b. Otro aspecto negativo en lo que se refiere al Instituto de Previsión es la falta de servicios preventivos en sus actividades. La falta de coordinación entre esa institución y el Ministerio de Salud no ha permitido incluir sus organismos de salud en el contexto general de la salud pública del país.

c. La falta de legislación actualizada crea también dificultades en cuanto a la inspección industrial y sanitaria de los productos de origen animal y a la supervisión de la producción y comercio de drogas, productos biológicos, etc. Existe una notoria centralización de estos servicios en el Gobierno Federal, el cual a su vez, a pesar de que no puede extender los servicios a todo el país, no confiere autoridad a los Estados para controlar e inspeccionar los productos capaces de incluir desfavorablemente en la salud de la población.

d. Otro importante aspecto que debe considerarse es el de las delegaciones de Salud y de la Infancia que deberían estructurarse mejor, a fin de coordinar con más eficacia los servicios federales con los estatales y privados, en sus respectivos campos de actividades.

e. En lo que se refiere al costo y producción de servicios, no existe uniformidad en la obtención de datos. En general, las organizaciones no cuentan con un sistema de asignación de gastos que relacione los costos con el volumen de servicios prestados. Sin embargo, debe

señalarse la excepción de los órganos del Instituto de Previsión Social que, si bien no pueden informar con exactitud sobre el volumen efectivo de los servicios prestados, ni la proporción de sus beneficiarios que tienen acceso a ellos, ofrecen los datos más precisos sobre las cantidades dedicadas a los servicios curativos.

Estructuras estatales y locales

Al reconocer que una mejor organización de los servicios es la primera medida para perfeccionar la prestación de servicios de salud a la población, algunos Estados trataron de crear secretarías de salud y asistencia en substitución de los antiguos departamentos de salud, y otros de dividir en dos secretarías la de Educación y Salud. Actualmente todos los Estados poseen una Secretaría de Salud, con organización propia, aunque en su mayoría con ciertas características comunes de aspecto negativo que entorpecen la buena marcha de los servicios.

A continuación se presenta la estructura de un Servicio Estatal de Salud, con un análisis crítico de su funcionamiento:

Secretaría de Estado de la Salud

1. Gabinete del Secretario
2. Departamento de Unidades Sanitarias
3. Departamento de Asistencia Médico-social
4. Departamento Estatal de la Infancia
5. Departamento de Tuberculosis
6. Departamento de Ingeniería Sanitaria
7. Departamento de Lepra
8. Departamento de Demografía y Educación Sanitaria
9. Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica
10. Departamento de Supervisión del Ejercicio de las Profesiones
11. Departamento Administrativo
12. Escuela de Salud Pública (en la que está integrada la Escuela de Enfermería Hermantina Beraldo)
13. Instituto Ezequiel Dias

Los diez departamentos, el Instituto y las dos escuelas tienen sus actividades distribuidas en 47 servicios y 57 secciones.

Los organismos ejecutivos de la Secretaría, es decir, los que prestan servicios de asistencia médico-sanitaria a la población son los siguientes:

- 41 Centros de salud
- Centro de Salud Modelo de Belo Horizonte
- 236 Puestos de Higiene
- Hospital de Aislamiento Cícero Ferreira

- Hospital del Cáncer
- Instituto Raul Soares
- Hospital Colonia de Barbacena
- Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (Belo Horizonte)
- Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (Oliveira)
- Instituto de Psicopedagogia (Belo Horizonte)
- Hospital Galba Veloso
- Sanatorio Ernani Agrícola (Sabará)
- Sanatorio Cristiano Machado (Roças Grandes)
- Sanatorio Santa Isabel (Estación de Mário Campos)
- Sanatorio Santa Fe (Três Corações)
- Escuela de Artesanías São Francisco de Assis (Bambuí)
- Sanatorio Padre Damião (Ubá)
- 10 dispensarios de lepra (uno en la capital y 9 en el interior del Estado)
- Sanatorio Estatal Eduardo Menezes (Belo Horizonte)
- Sanatorio Estatal João Penido (Juiz de Fora)
- 8 dispensarios de tuberculosis (2 en la capital y 6 en el interior del Estado)
- Hospital Regional Antônio Dias (Patos de Minas)
- Hospital Regional Samuel Libânio (Pouso Alegre)
- Sector de Asistencia Eduardo Menezes (Juiz de Fora)

Existen también, en el Estado, 34 unidades de salud -seis mixtas y 28 sanitarias- administradas directamente por la Fundación Servicio Especial de Salud Pública, en virtud de un acuerdo con el Gobierno estatal.

Los servicios de salud pública de esta Secretaría adolecen de los siguientes defectos:

a. La simple enumeración de los departamentos existentes, con sus respectivos servicios y secciones, indica una institucionalización excesiva, con un número exagerado de jefaturas de unidades asistenciales, y de normas e instrucciones, la mayoría de las veces contradictorias. En otras palabras, no existe un organismo centralizador de normas técnicas, y cada departamento es completamente independiente, lo que perjudica seriamente las actividades sobre el terreno.

b. Los datos bioestadísticos no se utilizan de una manera racional que permita orientar los programas de trabajo y evaluar los resultados, lo que produce una gran demora en la aplicación de los nuevos conocimientos y recursos.

c. Falta de personal paramédico, pues el existente no está preparado en la medida que requieren las necesidades del servicio, ya que se trata de auxiliares que han ingresado por presiones políticas, y por lo tanto incapaces de llevar a cabo las tareas más elementales.

e. Ausencia de supervisión local de los organismos ejecutivos. No se ha adoptado el principio de la regionalización. Las unidades asistenciales se entienden directamente con los organismos centrales, lo que en un Estado grande crea problemas de carácter técnico, administrativo y aun político.

f. Los recursos no se aplican de una manera conveniente debido al gran número de organismos directivos existentes.

Estructuras locales

Lo antes expuesto permite formarse una idea de las estructuras locales de salud, que reflejan perfectamente todas las imperfecciones y desajustes observados en los organismos centrales de salud.

Las unidades locales de salud son de carácter polivalente y llevan a cabo actividades básicas de asistencia médica, control de enfermedades transmisibles, asistencia maternoinfantil, saneamiento del medio, bioestadística y educación sanitaria. El personal de estas unidades varía según su tamaño, es decir, en proporción al número de personas por atender y a los servicios especializados de que se dispone. En cuanto al aspecto hospitalario, existen instituciones especializadas (lepra, tuberculosis, etc.) y los hospitales generales provistos de servicios básicos de clínica médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica.

Además de lo descrito en el capítulo I, conviene señalar las siguientes deficiencias en las estructuras locales de salud:

a. La asistencia médica ambulatoria y hospitalaria se encuentra en una situación precaria debido a la falta de personal especializado, medicamentos y servicios auxiliares adecuados (laboratorio, rayos X, etc.).

b. Por estos motivos, las unidades sanitarias no pueden prestar servicios de primeros auxilios, ni disponer de un reducido número de camas para casos de semihospitalización en que el paciente se interna durante unas horas mientras se resuelve su caso o espera su traslado a un hospital más próximo.

c. No existe coordinación entre las unidades sanitarias y los hospitales de las mismas zonas. Esa falta de coordinación no permite a las unidades sanitarias atender a los pacientes que necesitan hospitalización.

d. El control de las enfermedades transmisibles, ya sea con medidas médicas o de saneamiento del medio, es deficiente. La falta de una programación adecuada no permite mejorar las condiciones ambientales mediante la instalación de sistemas de abastecimiento de agua (grandes o pequeños), ni un sistema satisfactorio de eliminación de desechos. El programa de inmunizaciones tropieza siempre con dificultades de toda índole, la principal de ellas -que además constituye un problema nacional- el suministro regular de productos biológicos de buena calidad a los servicios estatales de salud.

C. PLAN NACIONAL DE SALUD

Todavía no existe en Brasil un plan nacional de salud.

Hasta 1960, las actividades que se programaban en escala nacional estaban encaminadas al control o a la erradicación de ciertas enfermedades, como la malaria, la sífilis, la peste y la enfermedad de Chagas, y los planes de desarrollo económico se limitaban a los aspectos que constituían problemas políticos y sociales.

Se puede afirmar que la era de la planificación nacional se inició a partir de 1961, con un plan trienal, y en 1964 surgió el "Programa de Acción Económica del Gobierno Federal - 1964/1966", aunque sin constituir un plan global de desarrollo.

En ese Programa no se incluyó la salud entre los "instrumentos de acción", sino que figuraba en la parte relativa al desarrollo social, únicamente para indicar los aspectos de prioridad de aplicación de recursos federales.

En la actualidad, la Oficina de Investigaciones Económicas Aplicadas, del Ministerio de Planificación, está elaborando un Plan Decenal de Desarrollo Económico y Social del Brasil, que deberá concluirse a fines del presente año y constituirá el primer plan a largo plazo del país.

Dadas las atribuciones constitucionales de la Unión, el plan nacional de salud en el Brasil tendrá que ser el resultado de la combinación de un plan federal con los planes estatales, en tal forma que se hagan compatibles entre sí.

Para el Plan Decenal que se está elaborando, no habrá tiempo de reunir la información estadística necesaria para el estudio de las actividades de salud llevadas a cabo por los gobiernos estatales y municipales y por las instituciones privadas.

Por consiguiente, en lo que se refiere a la salud, el Plan Decenal tendrá por finalidad básica la mejor utilización posible de los recursos de la Unión destinados a las instituciones principales que integran el sistema federal de protección y restablecimiento de la salud.

Estas instituciones, según la orientación adoptada por el sector salud de la Oficina de Investigaciones Económicas Aplicadas del Ministerio de Planificación, son las siguientes:

1. Ministerio de Salud
2. Fundación Servicio Especial de Salud Pública
3. Ministerio de Trabajo y Previsión Social:

- a. Departamentos de Asistencia Médica de los seis Institutos de Previsión Social;
- b. Servicio de Asistencia Médica Domiciliaria y de Urgencia.
4. Ministerio de Comunicaciones:
 - a. Departamento Nacional de Obras de Saneamiento;
5. Fundación de las Pioneras Sociales;
6. Legión Brasileña de Asistencia.

D. LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

La organización del seguro social en el Brasil es sumamente compleja. El sistema de previsión social para los asalariados se concentra en los denominados IAPs (Institutos de Jubilaciones y Pensiones), bajo la tutela del Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Los institutos ofrecen prestaciones uniformes, entre ellas los servicios de asistencia médica de maternidad. La población que abarca, constituida por los asegurados y los familiares a su cargo, ascendía a 20 millones de personas, en 1964. En ese mismo año, bajo la orientación del Instituto de Jubilación y Pensiones de los trabajadores industriales, se implantó el Servicio Social de Previsión Rural, cuyas prestaciones comprenden la asistencia médica a casi 40 millones de beneficiarios. Por consiguiente, se calcula un total de 60 millones de personas incluidas en el sistema de previsión social. La concesión de los beneficios a los nuevos grupos se iniciará una vez terminados los trabajos de registro de las poblaciones dedicadas a actividades agropecuarias. Se están tomando medidas de urgencia para organizar y coordinar los recursos asistenciales a fin de hacer frente a la situación que se avecina.

Además de este sistema, hay otras muchas organizaciones que prestan servicios médicos y asistenciales, que integran, en campos de acción diversos, la seguridad social del país. Entre ellas figuran el Instituto de Previsión y Asistencia a los Funcionarios Públicos (IPASE), que cuenta con cerca de 500.000 beneficiarios, funcionarios públicos federales y familiares a su cargo; el Servicio de Asistencia y Seguro Social de los Oficinistas, con casi 24.000 beneficiarios; los servicios asistenciales de las fuerzas armadas y los de las organizaciones de previsión de los estados y municipios, que atienden a los funcionarios de estas divisiones políticas de la nación.

Estos seguros engloban a la mayoría de la población del país (80 millones de habitantes) y cubren una considerable extensión geográfica (8.500.000 Km²). En dos ciudades se concentran casi nueve millones de habitantes, y en extensas zonas, de poca densidad demográfica, se halla dispersa la mitad de la población. De manera análoga, los recursos médico-asistenciales se concentran o se diluyen hasta quedar inexistentes. A base de estas características se determinan en líneas generales los factores que condicionan los futuros programas asistenciales.

Las disposiciones legislativas sobre la seguridad social en el Brasil comenzaron en 1923, cuando se estableció la protección de los ferroviarios a base del seguro obligatorio, mantenido mediante contribuciones mensuales de los empleados y de las empresas. Rápidamente se constituyeron centenares de cajas de jubilación y pensiones semejantes a las de los ferroviarios para abarcar a otros muchos grupos de profesiones. Algunas de estas cajas incluían entre los beneficios concedidos la ayuda económica en efectivo para compensar la pérdida de ingresos por causa de enfermedad o de maternidad. Las cajas más prósperas ofrecían también servicios médicos. El personal médico contratado percibía honorarios por servicio prestado o bien una remuneración mensual fija.

Al crearse el Ministerio de Trabajo en 1930, las organizaciones sindicales existentes en aquella fecha, así como las cajas de jubilación y pensiones, que ascendían a varios centenares, quedaron englobadas en la jurisdicción de dicho Ministerio. A continuación, de las cajas suprimidas y asociadas se originaron poco a poco los seis institutos actuales de jubilación y pensiones. Cada uno de ellos estableció un régimen propio, y las prestaciones ofrecidas fueron distintas hasta 1960. En ese año, después de repetidas tentativas del Gobierno, iniciadas en 1945, se logró un importante objetivo en cuanto a la organización de la seguridad social. La Ley Orgánica de Previsión Social y su reglamento general (LOPS y Reg. LOPS) establecieron normas de uniformidad al sistema de previsión existente. Sin embargo, desde un principio, la ejecución de esa Ley reveló que la sujeción a las presiones políticas sacrificaría las razones técnicas y administrativas en que deben basarse los sistemas de seguro social. Como la previsión social no había sido unificada, aunque su orientación se basaba en normas uniformes, los servicios administrativos y técnicos pudieron seguir distintas trayectorias dentro de un amplio margen. Los organismos ejecutivos de previsión social, representados por los institutos, continuaron con seis direcciones independientes. De estas seis direcciones dependen otras tantas jefaturas médicas encargadas de prestar asistencia médica a 20 millones de beneficiarios.

La previsión social brasileña se basa en un sistema de contribución triple y en el sistema financiero de capitalización, participando en esa contribución los empleadores y los empleados, en plano de igualdad y de manera proporcional al sueldo del asegurado, limitado para esos efectos a varias veces el valor del mayor salario mínimo vigente en el país. La Unión Federal aporta una cantidad que puede llegar a ser equivalente al total de las aportaciones de los asegurados, destinada a costear los gastos de administración general, inclusive el personal, de las instituciones de previsión social, así como a cubrir los déficit financieros y las deficiencias técnicas observadas.

Una cuarta aportación, no necesariamente igual a la de empleados y empleadores, sino específicamente exigida por el régimen de capitalización,

completa la estructura económica y financiera del sistema de previsión del Brasil. Esta participación se efectúa indirectamente por medio del rendimiento de las inversiones de capital realizadas con el excedente de los ingresos en cada ejercicio económico.

Respecto a los cuidados de maternidad, se concede un subsidio a la asegurada embarazada o al asegurado para el parto de su esposa no asegurada -o la persona que se designe- después de haber abonado 12 cuotas mensuales, que equivalen al salario mínimo vigente en el lugar de trabajo del asegurado.

Si no hay posibilidad de prestar asistencia médica a la madre, el subsidio de maternidad tendrá doble valor.

Organización administrativa de las instituciones que prestan servicios médicos.

Cada instituto de previsión cuenta con un Departamento de Asistencia Médica (DAM), administrado por un director, del que dependen diversas secciones (personal, equipo, hospitales, finanzas, asesoría técnica, etc.) encargadas de administrar y controlar los servicios prestados en escala nacional. Los organismos periféricos, bajo la orientación de los DAMs, son las superintendencias médicas locales (una en cada Estado) con autoridad para administrar y supervisar la prestación de asistencia médica en la zona geográfica correspondiente. Los hospitales y los servicios de pacientes ambulatorios dependen de las superintendencias estatales. En realidad, este sistema se ajusta a lo dispuesto en la legislación (art. 411 del REG. Lops):

"Las instituciones de previsión social organizarán sus servicios en un régimen de descentralización, de manera que quede asegurada, en todo el territorio nacional, la pronta y eficaz concesión de las prestaciones a su cargo".

Los Institutos mantienen un servicio de asistencia médica domiciliaria y de urgencia (SAMDU) que goza de gran autonomía y de dirección propia. La organización del SAMDU es semejante a la de los DAMs y sus servicios ejecutivos se ofrecen en jefaturas estatales, las que a su vez controlan un gran número de puestos distribuidos por el interior de los estados.

No obstante, hasta la fecha este sistema descentralizado no ha sido objeto de una buena planificación y orientación. A este respecto pueden señalarse varios factores negativos:

1. Multiplicidad de organismos locales de asistencia, con las diferencias consiguientes de calidad y alcance de los servicios.

2. Las inevitables actividades duplicadas, con el encarecimiento de los servicios médicos y paramédicos y de los recursos materiales de la localidad (hospitales y equipo).

3. El aumento de material sin utilizar en algunas zonas, en contraste con la ausencia total de recursos en otras.

El Departamento Nacional de Previsión Social (DNPS), dependiente del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, tiene a su cargo la función de planificar, orientar y coordinar la administración de esos servicios. A pesar de los esfuerzos y tentativas efectuados, pocos son los resultados positivos obtenidos en relación con la coordinación de las actividades de asistencia médica.

El DNPS cuenta, para la planificación de la asistencia médica, con un Consejo de Medicina de Previsión Social (CMPS), integrado por los directores de los diversos departamentos de provisión social y del SAMDU, así como por representantes de la profesión médica. De acuerdo con las disposiciones legislativas (Art. 341, Reg. Lops), las normas del CMPS en materia de asistencia se deben orientar en dos direcciones principales, a saber:

a. Garantizar una buena asistencia médica mediante el sistema de comunidad de servicios.

b. Relacionarse con las autoridades competentes del Ministerio de Salud y con otras organizaciones asistenciales a fin de coordinar sus actividades con las de previsión social.

El sistema de comunidad de servicios consiste en prestar conjuntamente los servicios asistenciales según las necesidades locales, la conveniencia de los beneficiarios y la eficacia de ejecución. Estos factores -localidad, asegurado y eficacia- constituyen un trinomio aunque en proporciones que no son satisfactorias. De todos modos, se están elaborando estudios nacionales, por medio del Ministerio de Planificación, para encontrar las soluciones más indicadas. Así, pues, se realizó una tentativa en el Hospital de São Luiz, capital del Estado de Maranhão, donde comparten los costos los seis institutos. El sistema de comunidad asigna a uno de los Institutos de Jubilación y Pensiones (generalmente el que cuenta con el mayor número de miembros en la localidad) la plena responsabilidad de la prestación de los servicios, mientras que los demás participan en la atención de los gastos mediante una aportación proporcional a los servicios utilizados por los respectivos miembros. Otra comunidad de servicios, de conformidad con la legislación de 1960, es el SAMDU. Este servicio cuenta con su propia administración y goza de considerable autonomía. Esta característica se refleja también en la expansión de sus servicios asistenciales periféricos, lo que da lugar con cierta frecuencia a actividades paralelas. Los beneficios prestados son indudablemente de

apreciable valor. De todos modos, la prestación de estos servicios resulta antieconómica dada la desarticulación que existe en los servicios de previsión. En las grandes ciudades, coexisten los servicios médicos de varios institutos y puestos del SAMDU, sin que haya disposiciones que regulen la interdependencia necesaria de todos ellos. Aunque de aplicación muy limitada, se dictó una disposición legislativa relacionada con esas situaciones (párrafo VIII, Art. 121, Reg. LOPS):

"El beneficiario de la previsión social, que demuestre su condición, podrá ser atendido en caso de urgencia comprobada, por el servicio de un Instituto distinto del que le corresponde, si en la localidad en que se encuentra no existe ese servicio en comunidad o por sí solo".

Esta disposición resultó inaplicable ya que, ante la inexistencia de una interrelación de los servicios asistenciales periféricos, originó una serie de trámites burocráticos, lentos e incompatibles con la naturaleza y las necesidades de un servicio médico satisfactorio.

Datos generales sobre la preparación y cuantía del presupuesto destinado a la asistencia médica del seguro social

La previsión social brasileña (art. 45, LOPS) garantiza a los asegurados y a los familiares a su cargo la prestación de asistencia clínica, quirúrgica, farmacéutica y odontológica, en consultorio, hospital, sanatorio o a domicilio, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) La asistencia médica no está sujeta a limitaciones cuantitativas ni cualitativas respecto al alcance de los cuidados ofrecidos;
- b) Los recursos financieros asignados a la asistencia médica reducen la amplitud de estos servicios;
- c) La asistencia médica está limitada por las condiciones locales.

Todas esas normas merecen algunos comentarios, especialmente porque se basan en las experiencias obtenidas en el primer quinquenio posterior a la legislación de 1960.

Es evidente la discrepancia entre las dos primeras pautas. No existen límites para los gastos de asistencia médica cuando pueden utilizarse los servicios "ad libitum". Por otro lado, estos servicios quedan sujetos a una cantidad fija anual, aplicada en beneficio de millones de individuos, sin la adecuada orientación técnica y administrativa, lo que conduce a un elevado costo y a un bajo rendimiento de los servicios, y, en consecuencia, a una reducida utilidad de las inversiones.

Los gastos de asistencia médica del seguro social se cifan a la cantidad anual que se le asigna. Los cálculos presupuestarios determinan la

cantidad que se distribuirá a cada instituto. Durante el ejercicio económico subsiguiente, cada instituto gasta la cantidad que se le ha asignado. En otras palabras, ofrece los servicios de asistencia que le permiten prestar los recursos financieros recibidos, independientemente de las necesidades médicas de la población atendida. No existe una planificación basada en un orden de prioridad, y la desigualdad de la asistencia médica prestada es sumamente variable. Los gastos "per capita", que figuran en los cuadros estadísticos relativos a la Previsión, revelan esa desigualdad.

La correlación negativa entre los dos conceptos, es decir, asistencia médica amplia y gastos limitados previamente determinados, queda en cierto modo justificada por el párrafo VII, del artículo 121 del Reg. LOPS, que dice así:

"En la prestación de asistencia médica se procurará atender al mayor número posible de beneficiarios, en el mayor número de localidades, dentro de normas mínimas, en lugar de aspirar a un elevado nivel al alcance de un reducido número".

La finalidad de esta disposición podría parecer correcta en la mente del legislador, pero éste no siempre está bien asesorado. El personal médico nacional, así como los profesionales al servicio de la previsión social, se muestran refractarios a dicha disposición. La prestación de asistencia médica dentro de normas mínimas no sólo constituiría un compromiso impropio para la seguridad social, sino que también debilitaría los estímulos normales de la profesión médica. En realidad, los médicos afeerrados a las prerrogativas tradicionales, no dejan de incluir entre ellas la receptividad natural y continua a las medidas de perfeccionamiento cultural y técnico. La obtención de un elevado nivel asistencial, sin distinguir a un reducido número de favorecidos, debe considerarse como una norma aplicable a todos los beneficiados de la previsión social. En consecuencia, la planificación asistencial debería establecerse según el criterio opuesto. No cabe duda que esta cuestión encierra problemas de gastos y financiamiento de la asistencia médica. Por ese motivo, en 1962 se emprendió un estudio del costo de los cuidados médicos ofrecidos. Ese estudio, realizado por una comisión integrada por médicos y actuarios de seguros, propugnaba el establecimiento de niveles para la participación en el costo de los cuidados recibidos. La participación variaría según el sueldo percibido y los familiares a cargo del usuario de los servicios médicos. Surgió en esa ocasión el concepto de riesgo pequeño y grande, clasificados según la relación entre los gastos en que incurra el interesado y sus posibilidades económicas. En principio, esta manera de abordar el problema ofrece buenas perspectivas en cuanto al control de gastos excesivos de asistencia médica. Asimismo, cuenta con el apoyo del cuerpo médico nacional, ya que determina la aplicación más extensa del denominado régimen de "libre elección", en el que se garantiza al asegurado, puesto que participa en los gastos, la libertad de elegir al médico que le atienda.

Desgraciadamente, los representantes de los asegurados se opusieron a que prosiguieran esos estudios, por considerar que constituían una carga más para los grupos asalariados. De todos modos, los problemas vinculados a la extensión y cantidad, calidad y costo de la asistencia médica siguen en pie y, a juzgar por las experiencias obtenidas durante cinco años, deben constituir el aspecto principal de las futuras planificaciones.

Actividades de medicina preventiva

Las actividades de medicina preventiva han sido sumamente reducidas, hasta el extremo de no figurar en los presupuestos ni en los estados de cuentas de los institutos de previsión. Por tradición, esta modalidad de los cuidados médicos está unida a la esfera gubernamental (federal, estatal y municipal). La orientación moderna de los cuidados integrales y reunidos, tanto en materia de prevención de enfermedades como de recuperación de la salud, fue recomendada por la legislación (párrafo IX, Art.121, Reg. LOPS):

"La asistencia médica de la previsión social se orientará, en la medida de lo posible, hacia los aspectos preventivos, tanto por su alcance social como por lo que representa respecto a la incidencia de los riesgos que cubre el seguro social, efectuando para ese fin no sólo las campañas sistemáticas, periódicas o permanentes que fuesen indicadas, sino también colaborando con los servicios generales de salud de la administración pública federal, estatal y municipal".

Indudablemente, con los reducidos presupuestos, la influencia de la separación de medidas preventivas y curativas y, sobre todo, en ausencia total de planificaciones conjuntas con los servicios de salud pública, las actividades de previsión social no siguieron las recomendaciones legales sobre este particular. Esta es una de las deficiencias básicas cuya corrección no debe aplazarse.

Relaciones jurídicas y administrativas entre las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud, con especial referencia a la administración superior de estas instituciones y al origen de sus normas

EL DEPARTAMENTO NACIONAL DE PREVISION SOCIAL, que forma parte del Ministerio de Trabajo y de Previsión Social, administra el seguro social en el Brasil. En materia de servicios de asistencia médica, incumbe al Ministerio de Trabajo y Previsión Social prestar los que están financiados por el seguro social obligatorio, cuyo sistema de contribución ya ha sido descrito. El Gobierno federal se hace cargo de los costos de los servicios de salud del Ministerio. Los recursos para ello proceden, naturalmente, del sistema fiscal y tributario de la nación.

Como ya se indicó anteriormente, el Ministerio de Salud no tiene la función de prestar asistencia médica general, mientras que las instituciones de previsión social están autorizadas a prestar esos servicios en la medida que lo permiten sus recursos.

Jurídicamente las instituciones de previsión social no están directamente vinculadas con el Ministerio de Salud, aunque éste, indirectamente, puede intervenir porque le corresponde proponer la legislación sobre normas generales de defensa y protección de la salud, de conformidad con el Art. 5º, XV-b, de la Constitución federal. Y en esa vinculación puede también incluirse la representación que el Ministerio de Salud posee en el Consejo de Medicina de Previsión Social (Art. 341 del Decreto Nº 48 959-A, Reglamento General de Previsión Social).

Desde el punto de vista administrativo, las relaciones entre las instituciones de previsión social y el Ministerio de Salud se han establecido a través de un simple intercambio de correspondencia o por acuerdos. Uno de ellos, por ejemplo, encomienda a la Previsión Social el mantenimiento de determinado número de camas del hospital de tuberculosis perteneciente al Ministerio de Salud.

Por consiguiente, la coordinación de los recursos médicoasistenciales de la Previsión Social y del Ministerio de Salud es insuficiente por la falta de instrumentos legales e institucionales adecuados.

En estos últimos años, el Gobierno Federal ha tratado, en diversas ocasiones, de remediar la situación, por ejemplo con el anteproyecto de Ley Orgánica de Asistencia Médica y Hospitalaria, elaborado por la Comisión establecida por Decreto Nº 37 773 de 18 de agosto de 1955 y las recomendaciones de la Comisión Especial designada por el Decreto Nº 51.647 de 27 de diciembre de 1962, sobre las medidas necesarias para la coordinación de los recursos hospitalarios y médicosociales del país.

El "Programa de Acción Económica del Gobierno - 1964-1966", vigente en el país, en su Capítulo XXIII, referente a la previsión social, se expresa en los siguientes términos:

"Para remediar la situación de la Previsión Social no bastan las medidas de urgencia que sólo afectan a algún sector aislado de la organización y del funcionamiento. Es indispensable, después de 41 años de existencia de la Previsión Social Nacional, proceder a una revisión íntegra de la legislación vigente que remedie las deficiencias en materia de previsión y consolide sus bases....".

Entre los principios generales enunciados para esta nueva formulación del Programa de Acción Económica se cita "la transferencia de todos los servicios médicos de previsión, salvo los periciales, a la futura institución federal única que se encargará de la prestación de asistencia médica, en su amplio sentido, incluida en la competencia del Ministerio de Salud".

No obstante, esas tentativas no se han convertido, hasta la fecha, en medidas prácticas que permitan la deseada coordinación de los servicios de asistencia médica del país.

En el propio campo de la previsión social surgen también dificultades para la coordinación de los servicios médicos.

Los factores de carácter histórico que condujeron a la actual organización de las instituciones de previsión social no dejan de sentirse siempre que se pretende unificar servicios o coordinar actividades. Los institutos, establecidos para agrupar cajas de jubilación y pensiones por categorías profesionales, por un lado reproducen la estratificación social y por otro representan importantes fuentes de apoyo para la política electoral. En consecuencia, los dirigentes y los demás miembros defienden tenazmente la autonomía de acción.

Sin la unificación de mando difícilmente se podrá obtener la coordinación de los recursos médicos de esas instituciones.

Perspectivas de la seguridad social en el medio rural

El 10 de diciembre de 1963 se promulgó el Estatuto del Trabajador Rural, establecido en virtud de una ley de ese mismo año. Se encomendó al Instituto de Jubilación y Pensiones de los Trabajadores Industriales la recaudación y administración de fondos destinados a costear las prestaciones previstas por la legislación. La importancia que reviste esta ampliación de la seguridad social en el Brasil obliga a dar cuenta, aunque sea brevemente, de las medidas emprendidas en 1964. La información y datos citados en el presente trabajo proceden del Informe General del IAPI (1964). Desde un principio, correspondería a dicha institución organizar un sistema de previsión destinado a proteger a la mitad de la población del Brasil, establecer un método de recaudación de un impuesto totalmente nuevo, ocuparse del registro de millones de productores y fomentar la inscripción de toda la población rural.

Dificultades de la tarea

El Estatuto del Trabajador Rural incluyó en el seguro obligatorio del nuevo sistema a los trabajadores rurales, los arrendatarios o medieros, los pequeños propietarios rurales, los jornaleros, los peones y las personas que se dedican a las actividades previstas, con menos de cinco empleados a su servicio. La enumeración abarca, prácticamente, a toda la población trabajadora rural, que al final de 1964 se calculaba en 17.644.000. Sobre la base de un promedio de un beneficiario por cada asegurado, el número de personas protegidas por el nuevo sistema asciende a 35.288.000, distribuidas por el interior del país.

Sin elaborar un censo de estos trabajadores que indicara el número por municipio, la concentración por región y la localización por establecimiento agrícola o pecuario, se iniciaron las actividades de previsión

rural en un sector desconocido que sería gradualmente explotado. De esta manera se asignó al IAPI una labor vasta y difícil, ya que no le sobraban medios, ni tampoco la concentración industrial donde se instalaron sus organismos locales coincidía con las zonas de gran producción agropecuaria o de densa población rural. Al mismo tiempo, la recaudación de los impuestos para el fondo de previsión rural presentaba dificultades paralelas y de importancia no menor. La legislación adoptó el sistema de imponer tributos a la producción agropecuaria, considerando imposible la aportación individual del total de 17.000.000 de asegurados obligatorios. Asimismo, con los productores, que ascienden a unos 3.000.000 se presenta la enorme tarea de registro, evaluación, supervisión y recaudación. Para facilitar la labor, se adoptó otro sistema. Puesto que la producción agropecuaria está manejada en gran parte por cooperativas o canalizada para empresas comerciales e industriales, se trató de recaudar, mediante acuerdos con esas instituciones particulares, las cuotas para la previsión rural, así como de registrar a los productores relacionados con ella.

Acuerdos sobre recaudación

Además de los 480 acuerdos efectuados en 1964 con cooperativas y empresas relacionadas con la producción agropecuaria, el IAPI aumentó considerablemente la capacidad de su red de recaudación al encomendar esa labor a bancos y agencias de los mismos. A fines de dicho año, alrededor de 600 agencias del Banco del Brasil, S.A., y 900 de otros, representaban un total aproximado de 1.600 lugares donde podían ser recaudadas las cuotas para la previsión rural de una manera sencilla y sin obstáculos burocráticos.

Primeros resultados y perspectivas

Con el perfeccionamiento del sistema de recaudación se llegará a obtener la cantidad prevista, sobre el total de la producción agropecuaria del país. Cerca de 46.000 millones de cruzeiros, que representan el 10% sobre la producción de 1964, se agregarán a los 75.000 millones de cruzeiros calculados para la de 1965. Los acuerdos con los Gobiernos estatales (Amazonas y Espíritu Santo) permitirán evaluar la experiencia de unir las contribuciones a la previsión rural con los impuestos estatales. Es muy pronto todavía para pronosticar cualquier disposición en el sentido de una amplia coordinación de las actividades de previsión rural con las estatales, municipales y privadas. Mientras tanto, las lecciones aprendidas y puestas en práctica en el sector de la recaudación de cuotas tal vez llegarán a ser de gran utilidad para el establecimiento del sistema de distribución de prestaciones.

Plan de prestaciones

El problema relacionado con las prestaciones es el que más preocupa actualmente al SERVICIO DE PREVISION SOCIAL DEL MEDIO RURAL, establecido por el IAPI como núcleo de todo el futuro sistema de previsión rural.

Si bien no se han concedido los beneficios por la necesidad de corregir ciertas imperfecciones de las disposiciones legales, aprobadas pero no puestas en vigor, es necesario establecer categorías de prestaciones teniendo en cuenta los riesgos más apremiantes de la población rural. La legislación trató de ayudar al trabajador rural, cuyas necesidades difieren fundamentalmente de las de la población urbana, con las mismas medidas que benefician a esta última. El plan general de prestaciones concedidas resulta costoso y tendría por objeto ofrecer una protección integral en relación con todos los riesgos, cuando hasta ahora no se había proporcionado asistencia alguna a ese trabajador rural. La prestación de servicios médicos que la ley recomienda no parece factible. Así lo demuestra no sólo la inexistencia de recursos locales en extensas zonas, sino también la imposibilidad de obtenerlos por medio de soluciones socioeconómicas adecuadas en períodos razonables. La labor de coordinación de todos los recursos de asistencia médica disponibles tendrá una importante aplicación cuando se establezca la asistencia médica a la población rural.

CUADRO I

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, Brasil, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | | |
|---|--------------------|--------|-----------|---------------|------------------------------|---------------------------|-------|---------------|------------------------------|
| | | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos |
| Institutos de Jubilación y Pensiones | | | | | | | | | |
| IAPB (empleados bancarios) | 732 928 | 680 | | | | | | | |
| IAPC (comerciantes) | 3 100 000 | 690 | a) 17 800 | a) 226 000 | ... | 0.9 | 5.7 | 72.9 | ... |
| IAPTEC (empleados del transporte de carga) | 2 128 330 | 1 930 | | | | 0.2 | | | |
| IAPFESP (ferroviarios y empleados de ser. púb.) | 1 809 232 | 395 | | | | 0.9 | | | |
| IAPI (trabajadores industr.) | | | | | | 0.2 | | | |
| 4 hospitales | 7 200 000 | b) 939 | | | | 0.1 | | | |
| IAPM (marinos) | 583 558 | c) 648 | | | | 0.1 | | | |
| 3 hospitales | | | | | | | | | |
| Gobierno Federal (ESESP) | | | | | | | | | |
| 24 hospitales | 1 022 000 | 651 | 22 681 | 153 257 | ... | 0.6 | 22.2 | 150.0 | ... |

a) Se calculan 47.722 internados, 37.3% de los cuales en hospitales del Instituto y el resto en otras instituciones en las que se contratan los servicios.

b) Mantiene 12.307 camas en 235 hospitales.

c) Tiene contratos con 167 hospitales.

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, Brasil, 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|--|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| Institutos de Jubilación y Pensiones de los Comerciantes | | | |
| Hospitales de los institutos | 12.7 | 25.8 | 89.5 |
| Hospitales contratados | | | |
| Cirugía | 9.7 | | |
| Enfermedades mentales | 69.6 | | |
| Tuberculosis | 179.5 | | |
| Gobierno Federal | | | |
| 24 hospitales | 6.8 | 34.8 | 64.3 |

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario, Brasil, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|--|------------------------|-----|---------------------------|-----|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Gobierno Federal FSESP 24 hospitales | 0.5 | ... | 2.7 | ... | 4.1 | ... | 23 |

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada, Brasil, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|--|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Gobierno Federal FSESP 24 hospitales | ... | 134 | 24 |

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, Brasil, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | |
|--|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año |
| Institutos de Jubilación y Pensiones de los Comerciantes | | | | 8 983 | | |
| | | ... | | 2 819 | | |
| | | 179.5 | | 3 783 | | |
| Gobierno Federal, FSESP 24 hospitales | 153 257 | 6.8 | | 6 237 | 42 412 | 2 282 700 |

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron, Brasil, 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|--|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Gobierno Federal Centros de salud | 34 | ... | 26 | 5 |

CUADRO XPromedio del costo por consulta de pacientes externos, Brasil, 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|---|-------------|---------------|
| Institutos de Jubilación y Pensiones de los Comerciantes IAPC | 4 995 | ... |
| Servicio de Asistencia Médica Domiciliaria y de Urgencia, SAMDU | 4 000 | ... |
| Gobierno Federal, FSESP 31 centros de salud | 2 968 | ... |

CSP17/DT/1 (Esp.)
ANEXO II

C O L O M B I A

I. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

INFORMACION GENERAL

1.1 Estructura: Administrativa de la Autoridad Central.

El Ministerio de Salud Pública es un órgano de la Rama Ejecutiva del Poder Público, a cuyo cargo está la dirección del Servicio de Salud Pública en todo el territorio Nacional.

Según Decreto Nº 3224 de 1963 (diciembre 9), se reorganizó el Ministerio de Salud Pública según la siguiente estructura:

El servicio se organizó en tres niveles funcionales que cubren todo el territorio nacional: a) Nivel Nacional, b) Nivel Regional y c) Nivel Local.

El Nivel Nacional está constituido por el Ministerio y le corresponden las siguientes funciones:

- a) Hacer la planeación general del servicio de salud pública en el territorio nacional;
- b) Concretar sus actividades en programas detallados a escala nacional, de acuerdo con su orden de prioridades;
- c) Dar las normas generales para lograr sus objetivos;
- d) Supervisar, asesorar, coordinar y evaluar técnica y administrativamente, el desarrollo de sus programas;
- e) Estudiar los aspectos económicos de sus planes y programas, y coordinarlos con el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social;
- f) Programar, ejecutar y supervisar la formación y adiestramiento de personal para el Servicio de Salud Pública;
- g) Dar aprobación a los estatutos, reglamentos y demás actos de las beneficencias, así como también a los de las instituciones de utilidad común que legalmente lo requieran.

El Ministerio está constituido por Oficinas, Divisiones y Secciones. La Dirección Técnico-administrativa del Servicio de Salud Pública, está constituida por las siguientes Oficinas: Planeamiento y Economía Médica; Evaluación y Organización de Métodos; Formación y Adiestramiento de Personal; Jurídica; y Control de Drogas y Productos Biológicos. Las Divisiones son las siguientes: Atención Médica, Epidemiología, Saneamiento ambiental, Servicios Técnicos Auxiliares y Servicios Administrativos.

1.2 Estructuras de las Autoridades Medias y Locales.

El Nivel Regional está constituido por una o varias divisiones político-administrativas para zonificación y regionalización del servicio en áreas naturales socioantropológica y ecológicamente afines que permitan el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, económicos y sociales del Servicio de Salud Pública. A este nivel corresponden las siguientes funciones: a) Ejercer las funciones administrativas nacionales a nivel regional, b) adecuar los planes y programas nacionales de salud a las condiciones regionales y locales, c) supervisar, asesorar, coordinar y evaluar el desarrollo de los programas de salud dentro de su territorio. El Nivel Local está constituido por los recursos ejecutivos del Servicio de Salud Pública y le corresponde ejecutar los programas de salud pública en una área geográfica determinada de acuerdo con las disposiciones legales vigentes y con las normas generales que se establezcan en los contratos que celebre el Ministerio de Salud con los Departamentos, Intendencias y Comisarías. Las organizaciones seccionales en su gran mayoría cuentan con secciones de Atención Médica, Epidemiología, Saneamiento Ambiental, Servicios Técnicos y Auxiliares y Servicios Administrativos.

1.3 Existe en teoría un Plan Nacional Hospitalario, autorizado por la Ley 12 de 1963, que autorizó al ejecutivo para establecer el plan. Sin embargo el Plan no se ha concretado en la actualidad.

1.4 Se están tomando medidas para buscar la operabilidad legal de un plan nacional de coordinación e integración de servicios de salud, que ha encontrado amplia resistencia en el sector privado. El gobierno nacional a través del Ministerio de Salud mantiene el control del ejercicio profesional de la medicina y otras profesiones de salud. Como en todos los países Latinoamericanos, el control de profesionales no es completo y subsisten gran número de empíricos operando en el campo de la atención médica.

1.5 Plan Nacional de Salud.

Existe un Plan decenal del Ministerio de Salud Pública, 1962 a 1971 y un Plan Nacional de Saneamiento Básico y Bienestar Rural, los cuales han sido aprobados por la Oficina Nacional de Planeación.

En ninguno de los dos planes nombrados, se hace mención a los programas de seguridad social.

2. INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGURO SOCIAL (ICSS)

2.1 La Ley 90 de 1946 establece que el ICSS debe establecer cobertura a toda la población trabajadora colombiana y tomar todos los riesgos, es decir, enfermedad, accidente, muerte, jubilación, invalidez. En la actualidad, la cobertura de beneficios está muy restringida a una mínima parte de la población laboral colombiana, en razón a clasificaciones que el Código Sustantivo del Trabajo establece en relación a las obligaciones patronales en el área de salud con sus trabajadores. El ICSS cubre únicamente al afiliado y presta servicios de maternidad a las esposas o compañeras así como también al recién nacido, hasta los 6 meses. Las cotizaciones son tripartitas, Gobierno, Patrono y Trabajador, su cuantía es proporcional al monto del salario básico del trabajador.

2.2. Los servicios de atención médica están organizados mediante la contratación de determinado número de profesionales médicos, de odontólogos, de enfermería, técnicos médicos, etc. que atienden bien en dispensarios, donde solamente se hace tratamiento ambulatorio o en hospitales donde solamente se da tratamiento institucional. Existe también un servicio domiciliario de 24 horas de actividad. Todo el personal médico, técnico y auxiliar de cada organismo de salud, están bajo el control de la sección de personal, organismo centralizado para cada Caja o Sección Geográfica en la cual se halla dividido el ICSS en el país. Los hospitales que son en su mayoría propiedad del ICSS mantienen la administración clásica de Director Médico y Asesor Administrativo laico. El primero se encarga de la supervisión de los servicios científicos y el segundo de las actividades puramente administrativas del hospital.

2.3 Presupuesto. Los nombramientos son hechos por el Gerente de cada Caja o Seccional del Seguro, bajo recomendación del Médico Director de la Seccional. (Existe una gran influencia política en el nombramiento de personal). En relación con el salario, se ha establecido un promedio de el cual ha sido el resultado de acuerdos colectivos de trabajo entre las Directivas del ICSS y las de ASMEDAS, organización gremial del cuerpo médico colombiano de gran influencia en todas las esferas de la actividad nacional.

2.4 No existen programas preventivos propiamente dichos en los programas del ICSS. Solamente puede hacerse excepción a los servicios de cuidado prenatal, post-natal y niño sano y si se quiere a los exámenes de rutina: abreus y serologías.

2.5 La única relación existente es que el Ministro de Salud o su representante forma parte de la Junta Directiva Nacional del ICSS.

CUADRO I

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, Colombia

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | |
|--------------------------------|--------------------|--------|---------|---------------|------------------------------|-------|---------------------------|---------------|------------------------------|
| | | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos |
| Ministerio de Salud Pública | | 15.503 | 287.926 | 3.222.984 | 1.436.245 | | | | |
| 191 Hospitales generales | | 4.775 | 7.586 | 1.475.235 | 67.275 | | | | |
| 12 Hospitales especializados | | 181 | 3.589 | 21.491 | 48.899 | | | | |
| 19 Pequeños hospitales | | | | | | | | | |
| Antioquia | | 1.430 | 34.194 | 307.953 | 114.948 | | | | |
| 29 Hospitales generales | | | | | | | | | |
| 2 Hospitales especializados | | 1.580 | 3.071 | 422.925 | 6.238 | | | | |
| 4 Pequeños hospitales | | 37 | 507 | 5.975 | 7.644 | | | | |
| Atlántico | | | | | | | | | |
| 4 Pequeños hospitales | | 41 | 1.804 | 5.858 | 30.780 | | | | |
| Bolívar | | | | | | | | | |
| 5 Hospitales generales | | 618 | 16.700 | 155.504 | 81.335 | | | | |
| 1 Hospital especializado | | 200 | 144 | 38.654 | 260 | | | | |
| 3 Pequeños hospitales | | 29 | 228 | 750 | 4.997 | | | | |
| Boyacá | | | | | | | | | |
| 18 Hospitales generales | | 1.124 | 22.470 | 209.650 | 93.053 | | | | |
| 2 Pequeños hospitales | | 15 | 216 | 1.619 | 3.062 | | | | |
| Bogotá | | | | | | | | | |
| 3 Hospitales generales | | 1.010 | 16.943 | 228.065 | 236.930 | | | | |
| 1 Hospital especializado | | 129 | 1.386 | 37.531 | 40.920 | | | | |
| Caldas | | | | | | | | | |
| 21 Hospitales generales | | 1.974 | 35.643 | 429.263 | 131.981 | | | | |
| 2 Hospitales especializados | | 473 | 465 | 155.755 | - | | | | |
| 1 Pequeño hospital | | 13 | 104 | 620 | 1.282 | | | | |
| Cauca | | | | | | | | | |
| 1 Hospital general | | 422 | 5.858 | 93.355 | 28.290 | | | | |

CUADRO I (Cont.)

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, Colombia

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | | |
|---------------------------------------|--------------------|--------|---------|---------------|------------------------------|---------------------------|-------|---------------|------------------------------|
| | | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos |
| Valle | | 2.300 | 48.311 | 460.207 | 309.990 | | | | |
| 21 Hospitales generales | | 495 | 582 | 80.435 | 19.857 | | | | |
| 2 Hospitales especializados | | 16 | 381 | 1.065 | 276 | | | | |
| 2 Pequeños hospitales | | | | | | | | | |
| Instituto Colombiano de Seguro Social | | | | | | | | | |
| 13 Hospitales | 438.451 | 2.404 | 113.050 | 592.620 | 557.472 | 5.5 | 257,8 | 1.351,6 | 1.271,4 |

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, Colombia

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| Ministerio de Salud Pública | | | |
| Hospitales generales | 11,2 | 18,6 | 56,8 |
| Hospitales especializados | 194,5 | 1,6 | 84,4 |
| Pequeños hospitales | 6,0 | 19,8 | 32,4 |
| Instituto Colombiano de Seguro Social | | | |
| 13 Hospitales | 5,2 | 47,0 | 67,4 |

CUADRO III

Personal de hospitales y proporciones por 100 camas ocupadas, Colombia

| Hospital o grupo de hospitales | Número | | | | | | | | | | Proporción por 100 camas ocupadas | | | | | | | |
|--------------------------------|---------|------------------|---------------------|------------------------|--------|----------|------------------------|------------|---------|------------------|-----------------------------------|---------------------|-----|------------------------|-----------------|-----|-----|------|
| | Médicos | | Total excl. médicos | Personal de enfermería | | | Otro pers. asist. méd. | Otro pers. | Médicos | | Total excl. médicos | Personal enfermería | | Otros cuidados médicos | Otros servicios | | | |
| | Total | Tiem. por compl. | | Total Enferm. | Auxil. | Parteras | | | Total | Tiem. por compl. | | Total Enf. | | | | | | |
| Ministerio de Salud Pública | ... | ... | 8.264 | 3157 | 246 | 2.911 | - | - | - | 292 | 4815 | ... | ... | 86,8 | 33,2 | 2,6 | 3,1 | 50,6 |
| 118 Hospt. Grales | ... | ... | 1.374 | 553 | 37 | 516 | - | - | - | 32 | 789 | ... | ... | 49,7 | 20,0 | 1,3 | 1,2 | 28,6 |
| 11 Hospt. espclzdos | ... | ... | 96 | 41 | 1 | 40 | - | - | - | 1 | 54 | ... | ... | 121,8 | 52,0 | 1,3 | 1,3 | 68,5 |
| 17 Peqñs. hospitts. | ... | ... | 695 | 271 | 20 | 251 | - | - | - | 12 | 412 | ... | ... | | | | | |
| Antioquia | ... | ... | 511 | 286 | 13 | 273 | - | - | - | 8 | 217 | ... | ... | | | | | |
| Hospts. generales | 50 | ... | 20 | 4 | - | 4 | - | - | - | - | 16 | ... | ... | | | | | |
| Hospts. espclzdos. | ... | ... | 16 | 6 | 1 | 5 | - | - | - | 1 | 10 | ... | ... | | | | | |
| Pequeños hospitts. | 2 | ... | 8 | 4 | - | 4 | - | - | - | 1 | 3 | ... | ... | | | | | |
| Atlántico | 8 | ... | 26 | 13 | - | 13 | - | - | - | 1 | 12 | ... | ... | | | | | |
| Hospts. generales | ... | ... | 435 | 183 | 38 | 145 | - | - | - | 27 | 225 | ... | ... | | | | | |
| Hospts. espclzdos. | 113 | ... | 74 | 4 | - | 4 | - | - | - | 1 | 69 | ... | ... | | | | | |
| Pequeños hospitts. | 6 | ... | 13 | 8 | - | 8 | - | - | - | - | 5 | ... | ... | | | | | |
| Bolívar | ... | ... | 541 | 171 | 14 | 157 | - | - | - | 25 | 345 | ... | ... | | | | | |
| General | 95 | ... | 8 | 2 | - | 2 | - | - | - | - | 6 | ... | ... | | | | | |
| Hospts. espclzdos. | 1 | ... | 883 | 424 | 71 | 353 | - | - | - | 59 | 400 | ... | ... | | | | | |
| Pequeños hospitts. | 248 | ... | 223 | 83 | 12 | 71 | - | - | - | 12 | 128 | ... | ... | | | | | |
| Boyacá | ... | ... | 984 | 336 | 3 | 333 | - | - | - | 16 | 632 | ... | ... | | | | | |
| Hosptls. generales | 163 | ... | 93 | 20 | - | 20 | - | - | - | 1 | 72 | ... | ... | | | | | |
| Pequeños hospitts. | 11 | ... | 4 | 1 | - | 1 | - | - | - | - | 3 | ... | ... | | | | | |

CUADRO III (Cont.)

Personal de hospitales y proporciones por 100 camas ocupadas, Colombia

| Hospital o grupo de hospitales | Número | | | | | | | | | | Proporción por 100 camas ocupadas | | | | |
|---------------------------------------|---------|------------------|---------------------|------------------------|---------|--------|------------------------|------------|----------|-------|-----------------------------------|---------------------|-------|------------------------|-----------------|
| | Médicos | | Total excl. médicos | Personal de enfermería | | | Otro pers. asist. méd. | Otro pers. | Médicos | | Total excl. médicos | Personal enfermería | | Otros cuidados médicos | Otros servicios |
| | Total | tiem. por compl. | | Total | Enferm. | Auxil. | | | Parteras | Total | | tiem. por compl. | Total | | |
| Valle | 443 | | 1.896 | 735 | 62 | 673 | - | 65 | 1096 | | | | | | |
| Hosptls. generales | | | 292 | 119 | 12 | 107 | - | 6 | 167 | | | | | | |
| Hosptls. espec. lzdos. | 20 | | 10 | 4 | - | 4 | - | - | 6 | | | | | | |
| Pequeños hosptls. | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituto Colombiano de Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 Hospitales | 621 | 362 | 2.327 | 1365 | 128 | 1230 | 7 | 242 | 720 | 32,3 | 18,8 | 71,0 | 6,7 | 12,6 | 37,4 |

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario,

Colombia

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|---------------------------------------|------------------------|-----|---------------------------|-----|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Ministerio de Salud Pública | | | | | | | |
| Hospitales generales | ... | ... | ... | ... | 11,8 | 40 | 41 |
| Hospitales especializados | ... | ... | ... | ... | 13,9 | 20 | 43 |
| Pequeños hospitales | ... | ... | ... | ... | 40,0 | 62 | 44 |
| Instituto Colombiano de Seguro Social | 0,2 | 0,4 | 2,2 | 3,8 | 9,6 | | 76 |

* Excluidos los médicos.

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada, Colombia

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|--|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Ministerio de Salud Pública | | | |
| Hospitales generales | ... | 114 | 9 |
| Hospitales especializados | ... | 68 | 4 |
| Pequeños hospitales | ... | 177 | 4 |
| Hospitales del Instituto Colombiano de Seguro Social | 48 | 242 | 23 |

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, Colombia

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | | |
|---|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año | Por consulta de paciente externo |
| Ministerio de Salud Pública 191 Hospitales generales 12 Hospitales especializados 19 Pequeños hospitales | 3.222.984 | 11,2 | 1.436.245 | 39,33 | 440,50 | 14,395 | 7,87 |
| | 1.475.235 | 194,5 | 67.275 | 16,67 | 3.242,32 | 6.101 | 3,33 |
| | 21.491 | 6,0 | 48.899 | 22,69 | 136,14 | 8.305 | 4,54 |
| 9 Hospitales del Instituto Colombiano del Seguro Social | 403.912 | 5,2 | 416.975 | 86,21 | 448,29 | 31.553 | 17,24 |

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron,

Colombia

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|---|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ministerio de Salud Pública | | | | |
| 191 Consultorios de pacientes externos en hospitales generales | 191 | ... | 81 | 77 |
| 12 Consultorios de pacientes externos en hospitales especializados | 12 | ... | 6 | 6 |
| 19 Consultorios de pacientes externos en pequeños hospitales o centros de salud | 19 | ... | - | - |
| 509 Instituciones de consulta externa | 509 | ... | 49 | 32 |
| Instituto Colombiano de Seguro Social (11 unidades en Antioquia y Valle) | 11 | 1 | 11 | 11 |
| Total | 40 | 1 | 40 | 40 |

CUADRO VIII

Utilización de instituciones de consulta externa y servicios prestados, Colombia

| Institución | Población | | Porcentaje de solicitantes | Número | | | | Tasa por 100 habitantes | | | | Consultas por 100 solicitantes | | Proporción por 100 consultas méd. | | |
|--|-----------|-------------|----------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------|-------------------------|---------|---------|-------|--------------------------------|-------|-----------------------------------|---------|---------|
| | Abarcada | Solicitante | | Consultas Médicas | Consultas Otras | Visitas a domicilio | Inmunizaciones | Exámenes de Lab. | Rayos X | Médicas | Otras | Médicas | Otras | Exámenes de Lab. | Rayos X | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | Médicas |
| Minst. de Salud Pública | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 191 Consultorios de pacientes externos en hospitales generales | ... | ... | ... | 1436245 | 137706 | ... | 81895 | 848311 | 113177 | ... | ... | ... | ... | ... | 59,1 | 7,9 |
| 12 consultorios en hospts. especializados | ... | ... | ... | 68275 | 15453 | ... | - | 67870 | 30433 | ... | ... | ... | ... | ... | 99,4 | 44,6 |
| 19 consultorios en pequeños hospitales | ... | ... | ... | 48899 | 3407 | ... | 1315 | - | - | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 509 instituciones de consulta externa | ... | ... | ... | 2804012 | 2645113 | 290537 | 756739 | 587101 | 136319 | ... | ... | ... | ... | ... | 20,9 | 4,9 |
| Instituto Colombiano de Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antioquia y Valle | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 consultorios | a)222756 | 205792 | 92,4 | 1241128 | 593935 | 38062 | 89473 | 506333 | 59852 | 557,2 | 266,6 | 40,2 | 603,1 | 288,6 | 40,8 | 4,8 |
| Bogotá | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consultorio central | 186484 | | | 332449 | ... | ... | - | 218471 | 12157 | 178,8 | ... | - | ... | ... | 65,5 | 3,6 |
| Otros 9 consult. | ... | ... | ... | 129104 | ... | ... | - | 36281 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 28,1 | ... |
| Caldas | 43306 | ... | ... | 124498 | 366027 | 11873 | - | 68151 | 5498 | 287,5 | 845,2 | - | ... | ... | 54,7 | 4,4 |
| 5 consultorios | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Magdalena | 14218 | 7163 | 50,4 | 30260 | 28980 | 117 | - | 16259 | 1149 | 212,8 | 203,8 | - | 422,4 | 404,6 | 53,7 | 3,8 |

a) Tal vez haya una ligera duplicación de habitantes y personas que acuden a pequeños consultorios.

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, Colombia

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | Otro personal | | | | Tiempo del médico por consulta (en minutos) | Tiempo de enfermería por consulta Total Enfém. | | | |
|--|----------|-------|-----------|-------|---------------|------------|---------------|------------|---|--|----------|----|---|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | Total | Enfermería | | Otro pers. | | | | | |
| | | | | | | Total | Enfer. Auxil. | | | | Parteras | | |
| Ministerio de Salud Pública | 1.722 | ... | 561 | ... | 6.652 | 2.570 | 155 | 2.415 | - | 4.082 | ... | 23 | 2 |
| 119 consultorios de hospitales generales* | | | | | | | | | | | ... | 14 | 1 |
| 12 de hospitales especializados* | | | | | | | | | | | ... | 35 | 1 |
| 19 de Pequeños hosppt.: | | | | | | | | | | | ... | 59 | 4 |
| 509 establecimientos de consulta externa | | | | | | | | | | | ... | | |
| Instituto Colombiano de Seguro Social Bogotá | 267 | 1061 | 70 | 280 | 168 | 83 | 6 | 77 | - | 85 | 45 | 22 | 2 |
| 10 consultorios Antioquia | 254 | 889 | 109 | 350 | 458 | 254 | - | 254 | - | 204 | 24 | 39 | - |
| 1 consultorio Caldas | 60 | ... | 15 | ... | 45 | 27 | - | 27 | - | 18 | ... | 7 | - |
| 5 consultorios Magdalena | 16 | 37 | 2 | 5 | 12 | 8 | - | 8 | - | 4 | 22 | 17 | - |
| 3 consultorios Valle | 175 | 459 | 39 | 155 | 324 | 140 | 10 | 130 | - | 184 | 22 | 17 | 1 |
| 10 consultorios | | | | | | | | | | | | | |

*Para los datos sobre personal véase cuadro sobre hospitales.

CUADRO XPromedio del costo por consulta de pacientes externos,
Colombia

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|---------------------------------------|-------------|---------------|
| Ministerio de Salud Pública | | |
| 191 hospitales generales | 7,87 | |
| 12 hospitales especializados | 3,33 | |
| 19 pequeños hospitales | 4,54 | |
| Instituciones de consulta externa | ... | |
| Instituto Colombiano de Seguro Social | | |
| Bogotá | | |
| 11 consultorios | 107,00 | |
| Antioquia | | |
| 1 consultorio | 35,00 | |
| Caldas | | |
| 5 consultorios | ... | |
| Magdalena | | |
| 2 consultorios | 13,10 | |
| Valle | | |
| 10 consultorios | 18,60 | |

C O S T A R I C A

I. ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LAS RELACIONES FUNCIONALES ENTRE
LOS PROGRAMAS DEL MINISTERIO DE SALUBRIDAD Y
OTROS ORGANISMOS DE SALUD

En la actualidad el sector salud en Costa Rica es administrado principalmente por las siguientes Instituciones:

- 1º.- El Ministerio de Salubridad Pública, con su Dirección General de Salubridad, a cargo fundamentalmente de los servicios preventivos y con la Dirección General de Asistencia Médico Social, que tiene bajo su responsabilidad el Sistema Hospitalario Nacional.
- 2º.- La Caja Costarricense del Seguro Social, que atiende a la población asegurada (22% del total de la población) esencialmente en el aspecto curativo y restaurador de la salud.
- 3º.- El Instituto Nacional de Seguros, monopolio estatal que compra servicios de atención médica.
- 4º.- La Compañía Bananera, organismo privado que asiste a sus trabajadores en atención médica y en algunos aspectos del saneamiento del medio. Por otra parte, las Municipalidades destinan parte de su presupuesto a salud para saneamiento del medio.

El Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado atiende los rubros de agua y alcantarillado, y otras organizaciones de salud, de carácter privado, brindan servicios fundamentalmente de atención médica.

La autoridad máxima gubernamental en el campo de la salud es el Ministerio de Salubridad Pública el que define la política, las normas nacionales y presentación de presupuestos anuales de la Cartera.

Dependiendo del Despacho del Ministro existen las Direcciones Generales de Salubridad y Asistencia Médico Social y la Dirección Administrativa, encargada respectivamente de los aspectos de Medicina Preventiva, Medicina Curativa, y la Dirección Administrativa, cuyas funciones fundamentalmente son las inherentes al sector Administrativo.

La Dirección General de Salubridad es el nivel normativo en las áreas de prevención y promoción de la salud y dicta las medidas que serán aplicadas en los servicios locales. Algunos Departamentos Centrales tienen funciones ejecutivas al operar sus programas con criterio de Campañas Sanitarias.

La Dirección General de Asistencia es el organismo técnico directivo y administrativo del llamado Sistema Hospitalario Nacional. La política de los servicios asistenciales está determinada por el Consejo Técnico, integrado por representantes de las Instituciones que integran el Sistema.

El Sector Hospitalario existe una denominación que sugiere algún grado de regionalización en la atención médica, siendo solo una categorización geográfica y no funcional. El paciente hace uso con libertad sobre el servicio conveniente para la atención de su enfermedad.

La multiplicidad de Instituciones y la imprecisión de los campos de influencia de cada una de ellas, ha impedido que en el pasado hubiera una coordinación eficaz de sus actividades en salud.

En casi todas las áreas del sector salud el crecimiento de dichos organismos ha sido del centro hacia la periferia lo que generalmente ha dado origen a una fuerte estructura central como mando vertical en las unidades de campo, sean Hospitales, Unidades Sanitarias o Dispensarios sin existir una coordinación de servicios a nivel local, con duplicidad de los esfuerzos para igualar propósitos y con inadecuado uso de los recursos instalados.

Se ha iniciado en 1965 un Plan de Regionalización en Salud que cubre inicialmente en la Región I el área noroeste del país; por otra parte hay un extenso plan funcionando en relación a la coordinación de actividades en lo Curativo como en lo Preventivo, entre la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salubridad Pública, todo ello para ir superando la superposición de áreas de influencia de los servicios y aprovechando su mejor rendimiento.

Los servicios de salud integrados por Unidades Sanitarias y Dispensarios del Ministerio de Salubridad Pública y de la Caja Costarricense del Seguro Social se estiman que cubren el 60% de la población total.

Como planes de penetración fueron creadas las Unidades Móviles que atienden aquellas poblaciones rurales donde no hay establecimientos fijos de salud; su cobertura alcanza 280.000 habitantes con servicios básicos de promoción en salud, prevención y curativas.

Las Instituciones gubernamentales, autónomas y privadas invirtieron en 1961 en diversas normas de servicios de salud 42.194.142 colones, cifra que ascendió en 1963 a 115.096.864 colones, es decir, que en un período de trece años se ha triplicado el costo de la inversión en salud. Con relación al presupuesto general de la administración pública el monto asignado a medicina preventiva ha disminuido del 4.1% en 1951, a 2.0% en 1963.

En cuanto a las inversiones en el funcionamiento de establecimiento de atención médica dependientes del Ministerio de Salubridad Pública así, en 1951 fueron de 22.568.930 colones para llegar en 1963 a 49.782.950 colones.

Las inversiones de la Caja Costarricense del Seguro Social han aumentado de 9.365.735 colones en 1951 a 49.607.647 colones en 1963, con una población asegurada de 82.157 y 294.847 en 1951 y 1963 respectivamente.

En general, las condiciones de desarrollo muestran claramente que la economía nacional ha sostenido con dificultad su ritmo de crecimiento en los años comprendidos entre 1950 y 1962, y que más bien existe una tendencia a la disminución de aquella a partir de 1965, año en que comienza la reducción de los precios del café.

Se suma el crecimiento oscilante y dependencia del sector externo la elevada tasa de crecimiento de la población, que asciende a 3.7 por ciento anual, y que de mantenerse duplicará dicha población de 1.356.000 en el Censo de 1954, al doble en un período de 19 años. Costa Rica es un país de "población joven", que presenta una alta natalidad y un descenso de la mortalidad general e infantil.

La calificación de "Población joven", constituye un costo elevado para la nación en términos de desarrollo social.

Una característica sobresaliente en la estructura de la economía costarricense es la alta concentración de la población y de la actividad socioeconómica de la Meseta Central.

En 1958, en un Censo Industrial se obtuvo que el 83.6% de los bienes de capital industrial del país estaban instalados en la Meseta Central.

La multiplicación de problemas sociales en esta área geográfica como viviendas, escuelas, y salud motivan fuertemente un cambio de política.

Los problemas enumerados se intensificaron con la actividad volcánica en 1963-1964, que afectó la zona más poblada y más activa económicamente del país, la Meseta Central. El fenómeno adverso se manifestó en dos formas; acción de la ceniza volcánica, animales y equipos, y cambio de cauce de algunos ríos con inundaciones en una época y escases de agua en otra, así como la destrucción de importantes activos fijos.

El Censo de 1963 señaló que el 34.5% de las viviendas estaban en regular estado y que el 33.8% estaban en malas condiciones, situación que es más grave en las áreas rurales. Un 10% de ellas carecen de suministro domiciliario de agua y más del 60% reciben agua de pozos y cañerías que no reúnen requisitos de potabilidad. El 25.3% de las viviendas carecen de servicios sanitarios y el 50% no disponen de las instalaciones que ofrezcan las mínimas condiciones aceptables.

En relación a la instrucción, adaptando el indicaco de analfabetismo en mayores de 10 años o más, el censo de 1963 dio una cifra de 14.6% analfabetos sobre el total de la población.

La tasa de mortalidad general por mil habitantes fue de 12.2 para el año de 1950, reduciéndose esta tasa a 8.5 en 1962. La tasa de mortalidad infantil registrada en 1950 fue de 90.2 por mil nacidos vivos y en 1962 fue de 65.8. La tasa de mortalidad que más descendió en el período enumerado fue del grupo de 1 a 4 años anotándose 16.3 por mil en 1950 y 7.5 en 1962.

Los porcentajes de mortalidad de 0 a 4 años sobre la mortalidad general en el período enumerado se ha mantenido entre 50.6 y 52.3, aunque la población en ese grupo de edad ha aumentado de 16.5% a 20.7 en 1963, con respecto a la población total.

En los últimos diez años, las diez primeras causas de muerte se han mantenido sin variante y las cuatro primeras han sido: gastroenteritis y colitis; enfermedades del aparato circulatorio; tumores y neumonía y bronco-neumonía han conservado similar posición ordinal representando el 42.1% del total de defunciones ocurridas en 1962.

PLANES NACIONALES DE SALUD

En el año 1963-1964, se elevó el diagnóstico nacional del sector salud cuyo contenido comprende: 1.- Conocimiento básico preliminar. 2.- Información sobre el estado de salud al país. 3.- Apreciación de los problemas y finalidad del plan. 4.- Plan de acción a desarrollar. Del diagnóstico surgieron las prioridades bajo el criterio de magnitud de los daños e impacto en los grupos sociales más importantes.

Para preparar el diagnóstico se creó la unidad de Planificación la cual tuvo a su cargo la preparación de dicho diagnóstico desde el nivel central por no disponerse de datos de terreno ni de personal capacitado ni áreas de registro.

La Oficina de Planificación del Ministerio de Salubridad Pública asumió la responsabilidad sectorial y se conectó fundamentalmente con las sectoriales de Educación, Vivienda, Transportes, Agua, y Alcantarillado, todo ello con criterio de coordinación a nivel de OFIPLAN (Oficina Nacional de Planificación).

A nivel de OFIPLAN se integró al Plan de Salud en sus lineamientos generales a los planes de desarrollo social y económico. Merece especial atención la incorporación del Plan de Inversiones del Sector Salud, el Plan de Inversiones del Sector Público.

En el año 1965 se ha pasado por un período de conversión de una programación ortodoxa a una planificación metodológica la cual se está aplicando en parte.

Se han formulado programas con carácter nacional estableciéndose metas anuales y considerándose los recursos disponibles y los necesarios. Además se han establecido normas de rendimiento a fin de evaluar por el número de actividades cumplidas el progreso de los programas.

Con el propósito de coordinar las actividades de planificación entre los sub-sectores de salud se están realizando reuniones para acordar la instalación de las unidades de planificación, sus funciones, el adiestramiento de personal y las bases metodológicas para revisar el diagnóstico y formular planes de aplicación en el área de influencia de cada sub-sector.

En algunos programas de salud que se comenzaron en 1965, han participado otros sectores del desarrollo, como ser, lucha contra parasitismo intestinal, la colaboración del Sector Educación y la participación económica de las Municipalidades.

En general después de haberse preparado el diagnóstico de salud confeccionó el Plan de Inversiones del Sector Salud preparándose también planes anuales para los programas de salud considerados de prioridad. Así mismo se ha perfeccionado el Plan de Penetración con miras a llevar servicios básicos de salud a poblaciones rurales. El Plan de Adiestramiento se ha confeccionado con metas anuales.

Uno de los propósitos del Plan Nacional de Salud es dar mejores servicios de salud para una más amplia población en el país, para ello uno de los métodos es usar los servicios actuales con un mejoramiento de las técnicas de eficiencia y la adopción de nuevos métodos de trabajo para ampliar la cobertura.

El segundo método es desarrollar un plan de inversiones, ya se trata de ampliar o remodelar las construcciones existentes o construir nuevas, bien en unidades de prestación vertical o de establecimientos con camas a nivel del Ministerio de Salubridad Pública, la política del cuatrienio 65-68, es aprovechar mejor los recursos instalados por la Caja Costarricense del Seguro Social la que dada su expansión progresiva lo es imperioso la construcción de nuevos establecimientos hospitalarios y dispensarios para ampliar la disponibilidad de camas calculado para el cuatrienio citado, en 1500 camas distribuidas en cuatro establecimientos y la construcción y habilitación de 16 nuevos dispensarios.

LEY GENERAL DE ASISTENCIA MEDICO-SOCIAL

Artículo 1.- Créase la Dirección General de Asistencia Médico-Social como dependencia del Ministerio de Salubridad Pública.

Artículo 3.- La Dirección General de Asistencia Médico-Social, de acuerdo con las normas que dicte el Consejo Médico-Social, a que se refiere el Artículo 5º de la presente Ley, tendrá las siguientes atribuciones:

- a) La coordinación de los servicios de las instituciones de asistencia médica existentes o que en lo futuro se establezcan, así como la de los servicios de los organismos de protección social a su cuidado;
- b) La dirección técnica y la fiscalización económica de las instituciones a que se refiere el inciso anterior, cuando sean sostenidas o subvencionadas por el Estado o por las Municipalidades;
- c) La supervigilancia técnica de instituciones análogas que sean mantenidas con fondos particulares;
- d) La inspección de la contabilidad de las instituciones a que se refiere el inciso a) del presente artículo; verificar sus balances generales;
- e) Aprobar y proponer modificaciones a sus presupuestos;
- f) Aprobar, rechazar o modificar los contratos que por una suma mayor de dos mil colones propongan las instituciones comprendidas en la presente Ley. Ningún contrato de carácter comercial o transacción de igual naturaleza será válido cuando se celebre con los directores, miembros de las juntas y superintendentes de las Instituciones, o con sus parientes dentro del tercer grado consanguíneo y segundo político, ya sea directamente o por interpuesta persona;
- g) Proponer al Ministerio de Salubridad Pública los proyectos de ley, reglamentos y disposiciones generales, que contribuyan al mejoramiento de la asistencia médico-social; y
- h) Velar porque se cumplan, por parte de las Instituciones relacionadas con esta ley, las leyes y reglamentos que las rijan.

Artículo 5.- Para cumplir con lo dispuesto en la presente ley, la Dirección General de Asistencia tendrá bajo su jurisdicción, de conformidad con los términos de esta Ley, hospitales, maternidades, dispensarios, sanatorios, preventorios, casas-cunas, gotas de leche, Cruz Roja, al Patronato Antituberculoso y cualquier otra institución de la misma índole.

Artículo 23.- Es deber del Estado garantizar asistencia médica a todos los habitantes de la República, pero al mismo tiempo es obligación suya evitar el parasitismo y los abusos que puedan cometerse con las instituciones que define la presente ley.

Artículo 24.- Las instituciones mencionadas quedan obligadas a dar asistencia gratuita a las personas pobres que lo necesiten, así como a todas las atacadas de lepra, tuberculosis y enfermedades venéreas; en cuanto a las demás, pagarán los servicios en la medida de sus posibilidades económicas. Sin embargo, en los casos de calamidad pública, catástrofe, o epidemia oficialmente declarada, los hospitales admitirán, sin obligación de pago y sin demora, a todas las personas afectadas.

Artículo 25.- Créase en la Dirección General una Sección de Cobros, que tendrá como funciones específicas investigar los bienes, de las personas que reciban asistencia médica y hospitalaria, y cobrar en cada caso las sumas que por ese concepto deben los particulares. Estará atendida por un Director y el personal subalterno que fuere necesario.

REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES NACIONALES

Artículo 15.- Para ser atendido en cualquiera de las instituciones del Sistema Hospitalario Nacional, el paciente deberá exhibir al ingreso su propia cédula de Identidad, la cual deberá registrarse en la casilla respectiva de la Boleta de Admisión. Para los menores de edad será el padre o el acompañante quien deberá exhibir su Cédula de Identidad.

Se exceptúan de esta disposición los casos de emergencia, en los cuales tal requisito podrá llenarse en las primeras horas posteriores a la admisión.

Artículo 16.- Los enfermos atendidos en las instituciones hospitalarias nacionales serán clasificados, según su calidad, en la forma siguiente:

- a) Gratuitos (Beneficencia)
- b) Contribuyentes (Taxativos)
- c) Pensionistas
- d) Por cuenta de la Caja Costarricense de Seguro Social
- e) Por cuenta del Instituto Nacional de Seguros
- f) Por cuenta de otras entidades

Gratuitos (Beneficencia): Son aquellos enfermos cuyos bienes o rentas sean inferiores a lo establecido en el Artículo 17 del presente Reglamento.

Contribuyentes (Taxativos): Son aquellos enfermos cuyos bienes o rentas sean superiores a lo establecido en el artículo antes citado. Estos pagarán los gastos de su hospitalización de acuerdo con la tabla que se establece en el mismo artículo.

Pensionistas: Son aquellos enfermos que ocupan camas o cuartos especiales. Deberán hacer, a su ingreso, el depósito que establezca el Reglamento Interno de la Institución, y pagar, de acuerdo con la tarifa de la misma, la totalidad de sus gastos de hospitalización según la categoría del pensionado, excluyendo los servicios médicos profesionales.

Por cuenta de la Caja Costarricense de Seguro Social: Son los enfermos asegurados y serán atendidos por aquellas instituciones hospitalarias que tienen celebrados o que celebren contratos con la Caja Costarricense de Seguro Social, de acuerdo con las estipulaciones de los mismos, o en su defecto, por las respectivas tarifas de la Institución.

Por cuenta del Instituto Nacional de Seguros: Son los enfermos cuyos riesgos profesionales son cubiertos por dicha Institución y serán atendidos por aquellas instituciones hospitalarias que tienen celebrados o que celebren contratos con el Instituto Nacional de Seguros, de acuerdo con las estipulaciones de los mismos, o en su defecto, por las respectivas tarifas de la Institución.

Por cuenta de otras entidades: Son los enfermos, asociados o empleados de empresas comerciales. Asociaciones Profesionales, Cooperativas, o de cualquier otra índole, y serán atendidos por aquellas instituciones hospitalarias que tienen celebrados o que celebren contratos con tales empresas, asociaciones o cooperativas.

Artículo 17.- Para dar cumplimiento a los Artículos 23, 24 y 27 de la Ley General de Asistencia Médico-Social y de los Artículos 12 y 16 del presente Reglamento, las instituciones hospitalarias Clase "A", "B" y "C", deberán contar con una Sección de Cobros Hospitalarios, la cual determinará -previo estudio correspondiente del caso- el costo del servicio hospitalario que deberá pagar el paciente o la persona responsable, de acuerdo con la siguiente tabla:

a) Aquellos individuos que tengan bienes menores de ₡15.000.00 o una renta fija anual menor de ₡ 5.000.00 no están sujetos a pago alguno; y

b) Los que dispongan de bienes o rentas mayores pagarán sobre el saldo que quede una vez que se hayan rebajado ₡ 50.00 por cada persona a su cuidado, ya sea menor de edad, anciano o inválido.

El caso de reclamo del interesado, tales cuentas serán pasadas a conocimientos del Director General de Asistencia, quien dividirá sobre las mismas. Si éstas son ratificadas, tendrán fuerza ejecutiva para su cobro judicial, de conformidad con el Artículo 26 de la Ley General de Asistencia Médico-Social.

I. CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

1.- Propósitos y campos de acción de la Caja Costarricense de Seguro Social:

La Caja Costarricense de Seguro Social es una Institución Autónoma, es decir, un Organismo del Estado que funciona con absoluta independencia del Poder Ejecutivo, de acuerdo con lo dispuesto por la Constitución Política de Costa Rica y la Ley Constitutiva de la Caja.

Esta Institución fue creada por la Ley Nº 17 del 22 de octubre de 1943, conforme lo establece el Artículo 1º de la misma, que dice:

"La Institución creada para aplicar el Seguro Social obligatorio o incrementar el voluntario, se llamará Caja Costarricense de Seguro Social, y, para los efectos de esta ley y de sus Reglamentos, Caja".

La Caja, como Institución Autónoma tiene una misión especial que cumplir, y es la de aplicar el Seguro Social obligatorio e incrementar el voluntario. El Seguro Social obligatorio comprende la protección de los trabajadores y sus familiares, frente a los riesgos de enfermedad y maternidad, invalidez, vejez y muerte.

Para cumplir ese cometido, la Caja Costarricense de Seguro Social se ha organizado debidamente, por una parte para atender los servicios que demandan sus asegurados en el Régimen de Enfermedad y Maternidad con protección familiar; por otra parte, para administrar los fondos y conceder las prestaciones a los trabajadores asegurados en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. El trabajador asegurado dentro de sus regímenes, recibe protección desde que nace hasta que termina su vida, y para ello, la Caja se ha organizado como un centro de servicios a la orden del trabajador y sus familiares.

Dentro del Régimen de Enfermedad y Maternidad, con protección familiar, la Caja protege al trabajador y su familia, dependiente de él económicamente. La asistencia que le preste tiende a restablecer su salud en primer término, y en el lapso más corto posible, para que el trabajador pueda reincorporarse a su trabajo y a la sociedad en buenas condiciones físicas. Además, le otorga prestaciones económicas para que el trabajador y su familia tengan ingresos suficientes durante el período de enfermedad e incapacidad del asegurado.

Al reformarse la Constitución, en mayo de 1961, se estableció un artículo transitorio, conforme al cual "la Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos Seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, en un plazo no mayor de diez años", contados a partir de la promulgación de esa reforma constitucional. Tal mandato ha representado

la introducción de un dinamismo especial en la Institución, a fin de que la Caja pueda extender en el plazo indicado de 10 años, los Seguros Sociales que administra, creando a la vez las obras de asistencia necesarias para atender la demanda de servicios de sus asegurados.

Para comprender mejor los propósitos de la Caja Costarricense de Seguro Social y sus campos de acción, conviene reseñar rápidamente la Ley Nº 17 de 22 de octubre de 1943, que norma la constitución de este Instituto de Seguridad Social. Dicha ley, señala claramente el campo de aplicación de la Caja, en sus artículos 2º, 3º, 4º, y 5º que dicen así:

"Artículo 2º. El Seguro Social obligatorio comprende los riesgos de Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro, de acuerdo con la escala que fije la Caja, siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional.

Artículo 3º. Todos los trabajadores manuales e intelectuales que ganen sueldo o salario, serán asegurados obligatorios y el monto de las cuotas que por esta ley deban pagar se calculará sobre el total de las remuneraciones respectivas.

Sin embargo, tratándose de los riesgos de enfermedad y maternidad, sólo serán asegurados obligatorios los trabajadores que ganen mil colones (¢1.000.00) o menos de salario al mes.

La Caja determinará reglamentariamente los requisitos de ingreso a cada régimen de protección, así como los beneficios y condiciones en que éstos se otorgarán.

Ninguna persona mayor de sesenta y cinco (65) años podrá ingresar al Régimen de Enfermedad y Maternidad y si así lo hiciere, la Caja practicará de oficio la exclusión que corresponda.

La Junta Directiva fijará la fecha en que entrará en vigencia el Seguro Social a los trabajadores independientes y las condiciones de este Seguro.

Transitorio. Los trabajadores que al momento de promulgarse la presente ley estuvieren asegurados contra los riesgos de enfermedad y maternidad, podrán continuar protegidos aunque sus salarios fueren superiores a mil colones (¢1.000.00) por mes. (Así reformado por Ley Nº 2278 de 28 de octubre de 1958).

Artículo 4º. No se consideran asegurados obligatorios:

- a. Los miembros de la familia del patrono que vivan con él, trabajen a su servicio y no perciban salario en dinero;

- b. Los trabajadores que reciban una pensión o jubilación del Estado, sus Instituciones o Municipalidades. Sin embargo, continuarán en el Seguro obligatorio de Enfermedad y Maternidad aquéllos que llenen los requisitos que exija el Reglamento respectivo.
- c. Los trabajadores que a juicio de la Junta Directiva no deban figurar en el Seguro obligatorio. Los casos comprendidos en los anteriores incisos serán excluidos de oficio o por gestión de parte interesada en su caso. (Así reformado por Ley No 2353 de 21 de mayo de 1959).

Artículo 5º. El Seguro Social será facultativo sólo para el trabajador que por cualquier circunstancia deje de ser asegurado obligatorio y que voluntariamente desee continuar en el goce de los beneficios de la presente ley. En este caso deberá cubrir la cuota que para el Seguro facultativo establezca la Junta Directiva, la cual también determinará, con sujeción a lo dispuesto en el Artículo 3º, los beneficios a que tendrá derecho el interesado".

Para hacer frente a las obligaciones y propósitos que señala la Ley indicada, la Caja Costarricense de Seguro Social procedió a crear la organización administrativa y técnica necesaria para prestar a los asegurados las prestaciones y protecciones definidas en su Ley Constitutiva.

2.- Organización Administrativa y Técnica de la Caja Costarricense de Seguro Social:

La Caja Costarricense de Seguro Social se ha organizado debidamente, desde el punto de vista administrativo y técnico, para atender los servicios, responsabilidades, programas y metas que se han señalado a esta Institución.

En sus 21 años de funcionamiento que tiene en la actualidad, ha logrado ocupar un puesto relevante en la organización de Instituciones de Seguridad Social, al punto de que se le consulta y se solicita su asesoramiento en el ámbito de Centroamérica. Por otra parte, su organización administrativa y técnica ha dado los resultados esperados, con buenos frutos para el país y los asegurados. Se trata, pues de una organización consolidada, responsable de su misión y ejecutiva en el dominio de sus atribuciones.

La administración superior de la Caja está confiada a la Junta Directiva de la misma. Este cuerpo está integrado por siete miembros, uno de los cuales es el Ministro de Trabajo y Bienestar Social. Los otros miembros son nombrados por el Poder Ejecutivo, dando representación a los patronos, a los asegurados y a un representante del cuerpo médico.

El total de los miembros designa un Vice-Presidente cada período anual.

A la Junta Directiva le corresponde atender la orientación superior de la Caja, fijar política; aprobar programas y presupuestos; resolver las apelaciones que se presenten sobre resoluciones de la Gerencia, nombrar al Gerente, Sub-Gerente y Auditor; dictar los reglamentos; supervisar los resultados de la gestión administrativa; y ejercer todas aquellas funciones necesarias en las actividades extraordinarias de la Institución, que se salgan de la generalidad de la rutina.

Para efectos de las reuniones que celebra, de las actas en que se consignan sus deliberaciones y resoluciones, así como para la comunicación de acuerdos y demás actividades secretariales corrientes, la Junta Directiva tiene una Secretaría, que es dependencia administrativa de la Gerencia.

La Junta Directiva nombra al Auditor, quien tiene a su cargo las labores de ejercer vigilancia y fiscalización constante en todas las dependencias de la Caja. Por lo tanto, le corresponde vigilar la estricta aplicación del presupuesto; verificar la contabilidad; efectuar arquezos y auditorajes; revisar todas las operaciones económicas y financieras y los estados de cuentas y balances. Para desempeñar tales funciones, la Auditoría cuenta con el personal de inspectores y auxiliares necesarios, y tiene una Sección de Control, que específicamente atiende los casos en que se requiere hacer investigaciones y ejercer las actividades de vigilancia y fiscalización que concretamente le designe el señor Auditor.

Corresponde también a la Junta Directiva designar al Gerente y al Sub-Gerente, que integran el cuerpo de la Gerencia, la cual atiende la administración ejecutiva de la Caja y sus servicios técnicos, con el respaldo y la guía de las directrices señaladas por la Junta Directiva y las disposiciones contenidas en las leyes y reglamentos, y nombra y remueve al personal de la Institución.

La Gerencia cuenta, para el cumplimiento del contenido institucional, con las siguientes dependencias: Departamento Financiero con sus Secciones: Departamento Actuarial; Organización Médica con sus dependencias; Departamento Legal, el Departamento de Planeamiento de Extensiones y Estudios Socio-Económicos; Secretaría General con sus Secciones y Oficinas; Sección de Personal; Sección de Máquinas IBM; Sección de Planeamiento y Construcción, con la Oficina de Mantenimiento; Sección de Sucursales; Sección de Proveeduría y Administración de la Finca La Caja.

Departamento Financiero: A este Departamento le corresponde dirigir a la Sección de Ingresos, que se encarga de todos los servicios relativos a la recepción de fondos, como el pago de planillas, préstamos, multas, etc., llevando para eso los registros contables y los controles necesarios; a la Sección de Tesorería, que desempeña las funciones de custodiar los valores de la Caja y manejar los fondos que ingresan y egresan de la Institución; a la Sección de Almacenes, que

recibe, custodia y distribuye los materiales, equipos, mercancías, etc., que necesitan las diferentes dependencias de la Caja; a la Sección de Prestaciones en Dinero que tramita todos los servicios y garantías que en dinero efectivo corresponden a los asegurados, conforme las disposiciones legales y reglamentarias de la Caja; la Sección de Contabilidad que lleva los libros, registros y anotaciones contables, y, la Oficina de Préstamos que tramita las inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Además de esta labor de dirección, coordinación y supervisión que realiza el Departamento Financiero, le corresponde elaborar para la Gerencia el anteproyecto de presupuesto anual; ejecutar la administración del presupuesto, llevar la contabilidad de la Caja y efectuar los trámites relativos a los préstamos que se otorgan.

Departamento Actuarial: Realiza todas las labores que se refieren a las investigaciones técnicas necesarias para determinar la estabilidad financiera de los Regímenes de Enfermedad y Maternidad, y de Invalidez, Vejez y Muerte; esta dependencia técnica y especializada sirve de fundamento a la política institucional y a la labor de dirección de la Gerencia. Para su trabajo cuenta con la Sección de Estadística, que tiene bajo su responsabilidad la investigación y el control estadístico de todos los movimientos de la Institución, sobre todo los que se refieren a los servicios que se prestan a los asegurados, deparando sus resultados elementos de juicio valiosos a la administración.

Departamento Legal: Le corresponde asesorar a la Junta Directiva y a la Gerencia en materias legales y jurídicas. Además, se encarga de todas las acciones que se tramitan ante los Tribunales; de resolver las consultas que las demás dependencias le formulen; de formalizar los contratos necesarios en las transacciones que efectúe la Caja; de tramitar los cobros que deban hacerse por vía judicial; de fundamentar y documentar las resoluciones de la Gerencia; así como todas aquellas otras funciones en que se requieran los servicios de profesionales en Derecho.

Secretaría General: Le corresponde asistir a la Gerencia en la atención de reclamos, peticiones, resoluciones, así como en el manejo administrativo de la Caja, y dirigir y supervisar directamente a las siguientes dependencias: a la Oficina de Servicios Misceláneos, que presta servicios de encuadernación, polígrafo, reparación de máquinas y equipos de oficina, y otras labores de auxilio y asistencia al trabajo secretarial, a la Oficina de Transportes, que maneja los vehículos de la Caja, los mantiene y repara, y presta los servicios de transporte requeridos; a la Oficina de Archivo, que es depositaria de todas las planillas patronales y efectúa los estudios relativos a las mismas para efectos de diversas demandas que requieren el testimonio de los salarios que se pagan a los trabajadores asegurados, y para constatar internamente los derechos de ellos; y a la Oficina de Relaciones Públicas de la Caja, que se encarga de los programas de divulgación.

Departamento de Planeamiento de las Extensiones y Estudios Socio Económicos: Le corresponde realizar todas las investigaciones, informes y estudios propios de los fines del Seguro Social. Además, está encargado de las siguientes Secciones: la de Inspección, que desempeña las funciones fiscales necesarias para la corrección y cumplimiento de las leyes y reglamentos del Seguro Social; a la Sección de Afiliación, que aplica y supervisa el empadronamiento de los asegurados y verifica la vigencia de sus derechos; y a la Sección de Servicio Social, que otorga la prestación social complementaria a los regímenes que administra la Caja, prepara a los asegurados a comprender los fines de la Institución y ayuda a resolver los problemas que se les presentan.

Luego tenemos a seis dependencias, dirigidas directamente por la Gerencia que son las siguientes:

Sección de Proveeduría: Tiene a su cargo todos los trámites relativos a compras y ventas que promueva la Institución ya sea mediante transacción directa o los procedimientos definidos de licitación privada o pública.

Sección de Personal: A la cual corresponde lo relativo al manejo de personal, conforme los instrumentos emitidos para ello, principalmente el Estatuto de Servicio y el Reglamento Interno de Trabajo; además, se encarga de establecer cursos de entrenamiento y capacitación y efectuar labores de organización y métodos.

Administración de Finca La Caja: Que atiende todo lo relativo a esta Hacienda y sus programas de producción, cuidando especialmente los cultivos y las granjas establecidas, determinando los trabajos de mantenimiento agrícola y administrando los otros aspectos que exigen las labores y trabajos que se ejecutan en esta Finca.

Sección de Máquinas I.B.M.: Que tiene a su cargo y ejecuta todos los procedimientos mecanizados en la Caja y que presta los servicios que requieren las diferentes dependencias de la Institución en materia de las máquinas bajo su cuidado.

Sección de Planeamiento y Construcción: Esta Sección tiene bajo su cuidado el planeamiento de las obras que realiza la Caja en sus programas de extensión, así como el diseño y los presupuestos de las mismas. En algunos casos, dirige directamente los trabajos y en otros los controla, cuando se contratan a través de una firma ajena a la Caja. En cuanto al planeamiento de Dispensarios y Hospitales, existe entre esta Sección y la Sub-Gerencia, un estrecho contacto, ya que esta última aporta su criterio y dirección técnica sobre las características y condiciones requeridas para planear cada unidad asistencial. Tiene esta Sección una Oficina de Mantenimiento que se encarga directamente de la construcción de obras menores y ejecuta trabajos de mantenimiento y reparación de las diversas instalaciones de la Institución.

Sección de Sucursales: A la cual le toca dirigir, administrar, coordinar y supervisar el trabajo de las Sucursales del Seguro Social establecidas en varios lugares del país. Además, colabora con la Gerencia en los estudios relativos a la extensión de los regímenes que administra la Caja a nuevas zonas.

3.- Organización Médica

De último hemos dejado la descripción de la Organización Médica de la Caja, ya que para efectos del presente informe representa uno de los aspectos de mayor importancia. Esta Organización se refiere únicamente a los servicios directos, ya que para efectos de control, organización financiera, facilidades administrativas, estudios actuariales y estadísticos, contabilidad general y de costos, los servicios en la Caja están centralizados y se prestan a todos los departamentos de la Institución.

La Organización Médica de la Caja está asumida directamente por la Sub-Gerencia, quien tiene un Asistente directo que supervisa la labor de los Dispensarios y Hospitales Regionales. En esta forma se ejecuta la política que acuerde la Junta Directiva y la Gerencia en materia de servicios médico-asistenciales, y se dirige y supervisa la labor del Hospital Central, del Hospital de Turrialba, de los dispensarios establecidos en diferentes lugares del país, del Laboratorio de Productos Farmacéuticos y de otras dependencias técnicas especializadas.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Artículo 15.- El Seguro de enfermedad comprende las siguientes prestaciones:

- a) Asistencia médica general, especial y quirúrgica;
- b) Asistencia hospitalaria;
- c) Servicios de Farmacia;
- d) Servicio de odontología con las restricciones que adelante se indiquen;
- e) Asistencia médica y farmacéutica con derecho a hospitalización, para los hijos de las aseguradas durante los dos primeros años de su vida, siempre y cuando la madre en el momento del parto tenga derecho a los beneficios de maternidad y conserve su calidad de asegurada activa al demandar la asistencia a que se refiere este inciso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 32 y 34.
- f) Subsidio en dinero;
- g) Cuota de sepelio; y
- h) Prestaciones Sociales.

Artículo 16.- La asistencia médica general, especial y quirúrgica, según los casos, la recibirán los asegurados en los consultorios, dispensarios, clínicas y hospitales de la Caja, a domicilio, o en los que, por circunstancias especiales, ella designe.

La forma y condiciones del otorgamiento de dichas prestaciones se determinará en reglamentos especiales.

La Caja no se responsabilizará por los servicios médicos que no hayan sido otorgados por sus funcionarios médicos, bajo su control directo y de acuerdo con las prescripciones del presente Reglamento. Ni tampoco cubrirá el valor de los mismos.

No obstante, y cuando por circunstancias muy especiales, dada la gravedad de la enfermedad y cuando se demuestre la imposibilidad material en que estuvo el asegurado de solicitar los servicios médicos de la Caja sin grave perjuicio para su salud por la demora se podrá, a juicio de la Gerencia, reconocer, de acuerdo con las tarifas de la Caja, el monto de los honorarios médicos por la primera visita y el pago de los medicamentos recetados por el médico tratante no funcionario de la Caja, de conformidad con lo que dispone el último párrafo del artículo 18 de este Reglamento. (Así reformado en Sesión Nº 3037, artículo 9º, de fecha 3 de septiembre de 1963).

Artículo 17.- La libre elección médica se otorgará únicamente para los casos de intervenciones quirúrgicas y partos.

El monto a pagar, de acuerdo con las tarifas de la Caja, cubre tanto el valor de los honorarios médicos como el de las medicinas y accesorios.

La autorización de la libre elección corresponde al Departamento de Prestaciones Médicas, el cual debe sujetarse a las prescripciones del reglamento respectivo.

Artículo 18.- El servicio de farmacia comprende el suministro de las medicinas incluidas en el cuadro básico de medicamentos prescritos por los médicos de la Caja.

No se reconocerá el valor de las medicinas que el asegurado adquiera fuera de los servicios médicos de la Institución.

Artículo 19.- El servicio de odontología, comprende los siguientes beneficios:

- a) Higiene bucal;
- b) Exodoncia;
- c) Obturaciones;
- d) Prótesis a placa; y
- e) Cirugía oral.

Artículo 45.- Las aseguradas con derecho a maternidad, a quienes se les compruebe con ocasión o como consecuencia del parto que padecen alguna

enfermedad, relacionada o no con el parto mismo, tendrán derecho a recibir atención médica por esa enfermedad en la forma establecida por el presente Reglamento, aun cuando al momento del parto hubieren dejado de ser aseguradas activas con derecho a atención por enfermedad.

Artículo 46.- Las aseguradas quedan obligadas, en provecho del buen éxito del parto y de la salud de los recién nacidos, a someterse a las prescripciones que les impartan los médicos de la Caja.

Artículo 48.- Las prestaciones del seguro de maternidad se otorgarán a la asegurada cualquiera que sea su estado civil.

Artículo 53.- El aborto y sus consecuencias estarán también a cargo del seguro de enfermedad. El aborto intencional no dará derecho, en ningún caso, a los subsidios en dinero.

Artículo 55.- El beneficio familiar comprende, para los familiares del asegurado enumerados en los artículos 57 y 58, las siguientes prestaciones:

- a) Asistencia médica general, especial y quirúrgica.
- b) Asistencia hospitalaria.
- c) Servicio de farmacia.
- d) Asistencia obstétrica para la esposa o compañera del asegurado.
- e) Traslados y hospedajes en casos de emergencia, previo el visto bueno del Jefe Médico del Dispensario respectivo.

Artículo 56.- Los beneficios del artículo anterior sólo se otorgarán a los familiares del asegurado que no ejecuten trabajos asalariados y que dependan económicamente de él.

Artículo 57.- Como familiares del asegurado para el otorgamiento de las prestaciones mencionadas se consideran:

- a) Su esposa;
- b) Los hijos menores de ambos cónyuges hasta que cumplan dieciocho años, aunque no sean comunes;
- c) La madre del asegurado;
- d) El padre de más de sesenta y cinco años o menor de esa edad, pero incapacitado para trabajar, siempre que en uno u otro caso dependa económicamente del asegurado. La determinación de la incapacidad para trabajar se hará por medio de los servicios médicos de la Caja. En el caso de los mayores de sesenta y cinco años no se requerirá examen médico.

e) Los menores cuya custodia ha sido confiada al asegurado en depósito judicial definitivo o por depósito realizado a través del Patronato Nacional de la Infancia, hasta que cumplan los 18 años. En este último caso la concesión del beneficio queda sujeta al resultado del estudio

que deberá ordenar la Gerencia, a fin de determinar si las condiciones económico-sociales de la familia y la naturaleza de la relación menor-asegurado, ameritan el otorgamiento del beneficio.

f) Los hijos comunes de padres no casados, hasta que cumplan los 18 años, siempre que convivan con aquéllos en posesión notoria de estado, sujeta a comprobación por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (Acordado en Sesión N^o 3130, artículo 6^o, el 11 de marzo de 1964).

Artículo 58.- La compañera del asegurado sólo tendrá derecho a las prestaciones del beneficio familiar, cuando coexistan las siguientes condiciones:

1) A falta de esposa legítima o cuando ésta no tenga derecho a esas prestaciones de acuerdo con los artículos anteriores;

2) Cuando se den a su favor todos y cada uno de los requisitos indicados en el párrafo primero del artículo 56; y

3) Cuando tenga un año o más de convivir maritalmente con el asegurado.

Artículo 62.- La protección familiar no da derecho a las siguientes prestaciones:

- a) Libre elección médica;
- b) Odontología, excepción hecha de las extracciones que sí se les otorgarán;
- c) Cuota de sepelio; y
- d) A las prestaciones en dinero señaladas en los artículos 21, 22, 35 y 38 de este Reglamento.

CUADRO I

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, Costa Rica, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | | |
|--|-------------------------|--------------|-------------------|--------------------|------------------------------|---------------------------|---------------|------------------|------------------------------|
| | | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos |
| Ministerio de Salubridad Pública San Juan de Dios Seguro Social Hospital Central | 481.956 128.343 | 1.170 428 | 34.600 13.265 | 409.869 136.470 | 195.453 440.796 | 2,4 3,3 | 71,8 103,4 | 850,4 1.063,3 | 405,5 3.434,5 |
| Ministerio de Salubridad Pública 16 hospitales grales. Seguro Social 3 hospitales generales | a) 1.267.158 331.363 | 3.360 544 | 110.818 19.143 | 870.578 166.144 | 447.953 499.439 | 2,7 1,6 | 87,5 57,8 | 687,0 501,4 | 353,5 1.507,2 |
| Ministerio de Salubridad Pública 16 centros rurales 4 hospitales especializados | a) 236.307 1.387.000 | 202 1.793 | 4.666 2.299 | 14.331 401.851 | 9.628 13.442 | 0,9 1,3 | 19,7 1,7 | 60,6 289,7 | 40,7 9,7 |
| Total Ministerio | 1.387.000 | 5.355 | 117.783 | 1.287.760 | 471.023 | 3,9 | 84,9 | 927,7 | 339,6 |

a) La población abarcada puede ser atendida por otros hospitales.

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, Costa Rica, 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|---|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| Ministerio de Salubridad Pública San Juan de Dios | 11,8 | 29,6 | 96,7 |
| Seguro Social Hospital Central | 10,3 | 31,0 | 87,1 |
| Ministerio de Salubridad Pública 16 hospitales generales | 7,9 | 33,0 | 72,5 |
| Seguro Social 3 hospitales generales | 8,7 | 35,2 | 83,4 |
| Ministerio de Salubridad Pública 16 centros rurales | 3,1 | 23,1 | 21,2 |
| 4 hospitales especializados | 174,8 | 1,3 | 91,9 |

CUADRO III

Personal de hospitales y proporciones por 100 camas ocupadas, Costa Rica, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Número | | | | | | Proporción por 100 camas ocupadas | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------|--------------|---------------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------------------|---------|--------------|---------------------|---------------------|------------------------|------|-----|-----|
| | Médicos | | Total excl. médicos | Personal de enfermería | | Otro pers. asist. méd. | Otro pers. | Médicos | | Total excl. médicos | Personal enfermería | Otros cuidados médicos | | | |
| | Total | Tiempo compl | Total | Enferm | Auxil. Parteras | Total | Total | Total | Tiempo compl | Total | Total | Total | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 185 | 142 | 475 |
| Ministerio de Salubridad Pública | 185 | a) 142 | 475 | 60 | 415 | - | 31 | 545 | 14.9 | 11.5 | 84.9 | 38.4 | 4.8 | 2.5 | 44 |
| San Juan de Dios | 66 | ... | 254 | 90 | 164 | - | 12 | 234 | 17.7 | ... | 134.0 | 68.1 | 24.1 | 2.1 | 61 |
| Seguro Social | 393 | 302 | 1185 | b)186 | 999 | - | 122 | 1642 | 14.7 | 11.3 | 110.0 | 44.2 | 6.5 | 4.6 | 61 |
| Hospital Central | 75 | ... | 296 | 97 | 199 | - | 20 | 321 | 16.3 | ... | 131.1 | 60.9 | 20.0 | 4.1 | 66 |
| Ministerio de Salubridad Pública | 17 | 11 | 44 | b) 16 | 28 | - | 3 | 61 | 35.4 | 22.9 | 225.0 | 91.7 | 33.3 | 6.2 | 127 |
| 16 centros rurales | 55 | ... | 146 | 31 | 115 | - | 33 | 567 | 3.3 | ... | 45.1 | 8.8 | 1.9 | 2.0 | 34 |
| 4 hospitales especializados | | | | | | | | | | | | | | | |

a) Sobre la base de un promedio de 4.6 horas por médico, según datos de los hospitales restantes del Ministerio.
 b) Partiendo de la base que en Costa Rica las parteras sean enfermeras-parteras.

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario,

Costa Rica, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|----------------------------------|------------------------|-----|---------------------------|-----|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Ministerio de Salubridad Pública | | | | | | | |
| San Juan de Dios | 0,3 | 0,4 | 2,6 | 3,3 | 6,9 | 56 | 56 |
| Seguro Social | | | | | | | |
| Hospital Central | 1,4 | ... | 3,8 | ... | 1,8 | ... | 59 |
| Ministerio de Salubridad Pública | | | | | | | |
| 16 hospitales generales | 0,5 | 0,6 | 3,0 | 3,9 | 5,4 | 52 | 51 |
| Seguro Social | | | | | | | |
| 3 hospitales generales | 1,2 | ... | 3,7 | ... | 2,1 | ... | 55 |
| Ministerio de Salubridad Pública | | | | | | | |
| 16 centros rurales | 0,9 | 1,5 | 2,6 | 4,0 | 1,8 | 14 | 51 |
| 4 hospitales especializados | 0,6 | ... | 2,7 | ... | 3,7 | 62 | 29 |

(1) Número total de médicos. (2) Número de médicos a tiempo completo, a base del total de horas contratadas y una jornada de seis horas.

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada, Costa Rica, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|-------------------------------------|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Ministerio de Salubridad Pública | | | |
| San Juan de Dios | 29 | 131 | 16 |
| Seguro Social | | | |
| Hospital Central | ... | 141 | 50 |
| Ministerio de Salubridad Pública | | | |
| 16 hospitales generales | 29 | 151 | 23 |
| Seguro Social | | | |
| 3 hospitales generales | ... | 207 | 68 |
| Ministerio de Salubridad Pública | | | |
| 16 centros rurales | 58 | 312 | 114 |
| 4 hospitales especializados | ... | 30 | 6 |

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, Costa Rica, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | | |
|--|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año | Por consulta de paciente externo |
| Ministerio de Salubridad Pública San Juan de Dios Seguro Social Hospital Central | *414,055 | 11,8 | 195.453 | a) 33,27 | 392,59 | 12.177 | a) 6,65 |
| | 136.470 | 10,3 | 440.796 | b) 75,72 | 779,92 | 27.714 | b) 22,73 |
| Ministerio de Salubridad Pública 16 hospitales generales Seguro Social 3 hospitales generales | *891.818 | 7,9 | 447.953 | a) 39,20 | 309,68 | 14.347 | a) 7,84 |
| | 166.144 | 8,7 | 499.439 | b) 72,12 | 627,44 | 26.395 | b) 21,55 |
| Ministerio de Salubridad Pública 16 centros rurales 4 hospitales especializados | *15.703 | 3,1 | 9.628 | a) 55,85 | 173,14 | 20.441 | a) 11,17 |
| | *603.098 | 174,8 | 13.442 | b) 16,97 | 2.966,36 | 6.211 | b) 3,39 |

(a) Excluidos los costos de amortización y reformas locales, y sobre la base del supuesto de que el costo de cinco consultas externas equivalen a un día de hospitalización. (b) Incluidos los gastos de capital, que ascienden aproximadamente al 5% de los egresos correspondientes a 1964. *Días del censo.

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron,

Costa Rica, 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|--------------------------|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ministerio de Salubridad | | | | |
| Pública | 37 | 3 | 22 | 16 |
| Hospitales | 16 | 3 | 15 | 16 |
| Centros de Salud | 21 | 2 | 7 | - |
| Seguro Social | 3 | 23 | 3 | 3 |

CUADRO VIII

Utilización de instituciones de consulta externa y servicios prestados, Costa Rica, 1964

| Institución | Población | | Porcentaje de solicitantes | Número | | | | Tasa por 100 habitantes | | | Exámenes de laboratorio por 100 consultas médicas | Radiografías por 100 consultas médicas | Consultas por 100 solicitantes | | | |
|------------------------|-----------|-------------|----------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------|-------------------------|---------|-----------|---|--|--------------------------------|-------|-------|-------|
| | Abarcada | Solicitante | | Consultas Médicas | Otras Consultas | Visitas a domicilio | Inmunizaciones | Exámenes de lab. | Rayos X | Consultas | | | Médicas | Otras | | |
| | | | | | | | | | | Médicas | | | | | Otras | |
| Ministerio | 1.267.158 | ... | ... | 447.953 | 147.718 | - | - | 155.678 | 56.362 | 35,4 | 11,7 | - | 34,8 | 12,6 | ... | ... |
| Total hospitales | 209.230 | 93.041 | 44,5 | 69.495 | 148.548 | 9.004 | 23.166 | 55.556 | - | 33,2 | 71,0 | 4,3 | 79,9 | - | 74,7 | 159,7 |
| 13 centros de salud | ... | 44.156 | ... | 35.716 | 56.233 | 5.313 | 15.565 | 14.332 | - | ... | ... | ... | 40,1 | - | 80,9 | 127,4 |
| 8 centros de salud | ... | 137.197 | ... | 105.211 | 204.781 | 14.317 | 38.731 | 69.888 | - | ... | ... | ... | 66,4 | - | 76,7 | 149,5 |
| Total centros de salud | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Seguro Social | 331.363 | 72.596 | 21,9 | 522.918 | 14.884 | 9.281 | ... | 456.900 | 91.298 | 157,8 | 4,5 | 2,8 | 87,4 | 17,5 | 720,3 | 20,5 |

CUADRO X

Promedio del costo por consulta de pacientes externos, Costa Rica, 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|--|-------------|---------------|
| Ministerio | | |
| Departamentos hospitalarios de pacientes externos | a) 7,84 | ... |
| Centros de salud | 29,30 | ... |
| Seguro Social | 21,70 | 20,63 |

(a) A base del supuesto de que el costo de 5 consultas de pacientes externos equivalen a un día-paciente de hospitalización.

C H I L E

I. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

A) SERVICIO NACIONAL DE SALUD

La Ley 10.383 (8-VIII-52), creó el Servicio Nacional de Salud, confiriéndole a éste las funciones, atribuciones y obligaciones que tenían los siguientes organismos: Servicio Nacional de Salubridad; Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social; Dirección de Protección a la Infancia y Adolescencia; Dirección General del Trabajo; Instituto Bacteriológico, y Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades.

Desde entonces, por mandato legal, el Servicio Nacional de Salud es el organismo UNICO "encargado de proteger la salud por medio de acciones sanitarias y de asistencia social y atenciones médicas preventivas y curativas" ().

1.- FUNCIONES Y OBLIGACIONES

Son funciones y obligaciones del Servicio Nacional de Salud, las siguientes:

- 1.- Proteger y fomentar la salud de la población total del país;
- 2.- Dar atención médica:

a) completa y gratuita: al conjunto de trabajadores manuales y su familia, a su propio personal, cónyuges e hijos; a los grupos de bajo nivel económico y a los indigentes;

b) a toda la población del país no protegida por las disposiciones legales, que concurran a un establecimiento, en demanda de atención médica pagada; con la sola disposición interna del Servicio, que indica preferencia para los beneficiarios;

c) a los accidentados del trabajo, sin perjuicio del cobro posterior al asegurador o empleador, según los aranceles vigentes;

3.- Compensar económicamente a sus imponentes -por la invalidez transitoria a causa de enfermedad-, mediante el pago del subsidio correspondiente;

4.- Compensar económicamente a las aseguradas, durante los períodos de reposo pre-natal y puerperal, con el pago de un subsidio de maternidad; y dar auxilio de lactancia a las que amamanten a sus hijos, siempre que éstos no reciban alimentos suplementarios; y

5.- Otorgar subsidios de reposo preventivo a sus imponentes.

2.- DOCTRINA Y POLITICA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

El contexto doctrinario que informa las acciones del Servicio Nacional de Salud, es la respuesta a los problemas de salud del país y está en consonancia con el proceso evolutivo y con las transformaciones que ha experimentado su medio socio-económico y cultural. Es un nuevo enfoque que en un ámbito más amplio pretende absorber las nuevas y crecientes necesidades de salud de su comunidad. Es el propósito decidido de procurar soluciones más racionales a su propia realidad médico-social. En consecuencia, su doctrina tiene fundamentos sociológicos, económicos, médicos, administrativos y legales, y en virtud de éstos, sostiene que:

1.- La Salud no es un atributo del hombre aislado. La comunidad es influenciada, total o parcialmente, por el estado de salud de sus componentes. Los individuos que la integran aportan al bienestar común su energía física e intelectual. La disminución o aumento de esta energía, está en relación directa con la dinámica social y económica.

2.- El medio ambiente -físico, cultural y económico- en que vive gran parte de nuestra comunidad, presenta condiciones adversas para su eficiente desarrollo. Los factores derivados de éste, gravitan notoriamente sobre el proceso de salud y enfermedad. La participación y responsabilidad que le incumbe al Servicio Nacional de Salud es sólo parcial, en orden a ayudar a la comunidad organizada, en la solución de sus problemas de salud; pero es obligación del Estado y de aquélla, realizar los esfuerzos necesarios, tendientes a modificar los demás elementos del medio que quedan fuera del radio específico de acción del Servicio, como son: salario, alimentación, vivienda, educación, recreación, vías de comunicación, etc.

3.- Siendo su obligación contribuir al bienestar del grupo familiar y de la comunidad, reafirmar que su propósito es reducir el riesgo de enfermar y sus consecuencias inmediatas o alejadas; disminuir las tasas de mortalidad general y específicas, y aumentar las expectativas de vida, mediante la promoción de la salud física, mental y social; y considera que este propósito debe cumplirse a través de la integración de las acciones de fomento, protección, recuperación y educación para la salud.

4.- Con el fin de realizar la integración de las acciones que se propone, el Servicio Nacional de Salud ha definido conceptualmente la asistencia médica, como el conjunto de medidas tendientes a poner a disposición del individuo, de la familia y la colectividad, todos los medios con que cuenta la medicina y sus ciencias conexas, no sólo con el objeto de restablecer la salud del enfermo, por medios terapéuticos o de rehabilitación, sino también fomentarla y protegerla en el individuo sano.

5.- La continuidad de la asistencia médica, en el tiempo y en el espacio, es otra de sus postulaciones doctrinarias. La primera, es el

reconocimiento explícito del derecho natural a la salud que tiene todo individuo, durante el transcurso de su evolución biológica, incluyendo las alternativas de enfermedad, accidentes, invalidez y otras. La segunda, es la disponibilidad de una fácil transición entre el tratamiento ambulatorio, domiciliario y la hospitalización, y para esto promueve la regionalización de la asistencia médica.

En concordancia con los conceptos enunciados, la política de acción del Servicio Nacional de Salud sostiene que:

1.- La asistencia médica debe ser racional, económica y humanizada, lo que implica orientación científica y planificación de sus acciones: máxima eficiencia o productividad de los recursos combinados que se emplean y respeto a la dignidad humana:

2.- La confección de los planes programas y proyectos, debidamente valorados en su contenido científico, técnico y económico, son las herramientas fundamentales de su política de acción, en tal forma que, desde hace años, se ha conseguido instaurar un sistema de control económico y presupuestario a través de los presupuestos funcionales, capaz de determinar el costo unitario de cada actividad;

3.- En atención a la falta de homogeneidad en los aspectos geográficos, climáticos, económicos, culturales, etc., y la manifiesta heterogeneidad de los problemas de salud que presentan nuestras comunidades, éstos deben abordarse a través de una planificación local por "áreas programáticas". En esta virtud, ha creado el concepto de "Área Hospitalaria", contemplando en su delimitación, además de los factores anteriores, la disponibilidad eficiente de información, la valoración de los recursos, la cuantía y composición de la población, la accesibilidad y otros, que connoten su autosuficiencia;

4.- Reconociendo que la salud es un proceso local, acuerda concederle la máxima importancia a la descentralización ejecutiva y a la concentración normativa;

5.- La magnitud de nuestra morbilidad, el tipo de enfermedades y la cuantía de las inversiones, hacen necesario, que, en el momento actual, se le asigne la primera prioridad a la recuperación de la salud, sin que ello signifique subvalorar los otros rubros o menoscabar su armónica interrelación;

6.- Por razones similares, se le asigna a los Consultorios una atención preferente, por considerar a estas unidades elementos fundamentales en la asistencia médica;

7.- Es indispensable la preparación, adiestramiento y distribución de su personal, de acuerdo a las necesidades de salud de las comunidades; y

8.- El perfeccionamiento constante de su sistema de Asistencia Médica, son partes integrantes de esta política.

3.- ORGANIZACION Y ESTRUCTURA

La actual organización del Servicio Nacional de Salud está constituida por:

- SUS ORGANOS DIRECTIVOS: el Director y el Consejo Nacional.
- DOS DEPARTAMENTOS: Técnico y Administrativo.
- UNA SECRETARIA GENERAL y las DIRECCIONES ZONALES.

La Dirección superior del Servicio está a cargo del Director General, sin perjuicio de las facultades que la Ley otorga al Consejo. Ambos son coejecutores en el uso de sus atribuciones.

1º) La Dirección General ejercita su autoridad a través de sus dos Departamentos, los cuales tiene competencia nacional y de ellos dependen las reparticiones que integran el Servicio.

El Departamento Técnico tiene funciones normativas, de asesoría, inspección técnica y de control, planificación y evaluación. Cuenta con los Sub-Departamentos de: Protección, Fomento y Recuperación de la Salud; Arquitectura, Unidad de Planeamiento e Instituto Bacteriológico; y con las Secciones de: Inspectoría Médica; Bioestadística; Control Médico Económico y Evaluación para la Salud; Perfeccionamiento y Becas; Control Biológico y Profesiones Médicas.

La composición de los Sub-Departamentos y Secciones puede verse en organograma adjunto.

El Departamento Administrativo está compuesto por los Sub-Departamentos: Jurídico; Control y Presupuestos; Bienes, y Central de Abastecimientos; y las Secciones: Gerencia Agrícola y Central de Talleres.

La Secretaría General es el organismo coordinador de los servicios internos de la Dirección, sin acción directiva ni ejecutiva.

2º) Las Direcciones Zonales representan el segundo escalón administrativo. Sus funciones principales son: de coordinación, asesoría, inspección y control de todos los servicios de su jurisdicción. Ellas son la expresión geográfica de la descentralización del trabajo de la Dirección General, y llevan a cabo sus acciones por medio de los hospitales.

3º) Los Hospitales son las unidades ejecutivas y funcionales del Servicio, que se encargan de realizar, en forma integrada, las acciones de protección, fomento y reparación de la salud, bajo la dirección de una autoridad única, ajustando la política general del Servicio a las condiciones locales.

4.- EL SISTEMA DE ASISTENCIA MEDICA

La asistencia médica se verifica mediante un sistema funcional, al cual concurren diversos organismos.

Para los efectos de la organización administrativa y técnica el país está dividido en Zonas de Salud y éstas en Areas Hospitalarias.

ZONAS DE SALUD

En la actualidad existen 13 Zonas de Salud.

Para efectuar la división zonal, se consideraron las características geofísicas, económicas, culturales, demográficas, los problemas prevalentes de salud y las vías de comunicación y acceso de cada región.

Esta división no concuerda con la división política del país, sin embargo, se la considera como la más lógica y racional para abordar los múltiples aspectos que presenta el cuidado de la salud, de las poblaciones distribuidas a lo largo del territorio nacional. Es una división transitoria y está sujeta a las variaciones del desarrollo.

Las Zonas son las dependencias regionales descentralizadas del Servicio, cuyas Direcciones tienen a su cargo la coordinación y la responsabilidad del cumplimiento de los programas, en su territorio jurisdiccional.

AREAS HOSPITALARIAS

Las Zonas de Salud están divididas en Areas Hospitalarias, entendiéndose por tales las unidades geográficas comprendidas en las Zonas, dentro de las cuales los establecimientos, en forma coordinada -o el establecimiento único- ejecuta las acciones sobre los habitantes y el ambiente. El concepto de Areas Hospitalarias significa procurar asistencia médica completa, contribuir a la asistencia social y promover y fiscalizar la higiene del ambiente, en beneficio de la comunidad que vive en ellas. La coordinación funcional de sus establecimientos facilita el mejor aprovechamiento de los recursos de personal, equipo y arsenal médico de este territorio.

El número de Areas Hospitalarias en la actualidad es igual a 53.

El hospital más completo dentro del área es el Hospital Base, que se define como el organismo del sistema de asistencia médica, que cuenta con todos los medios necesarios -personal suficiente, laboratorios, equipos, elementos, condiciones estructurales, recursos económicos, etc.-, para suministrar sus acciones de fomento, protección y educación hacia el exterior, y disponer de camas para enfermos, con el objeto de perfeccionar un diagnóstico o efectuar un tratamiento que obligue a internarse.

En consecuencia, este hospital es la base fundamental en la cual descansó todo el sistema de asistencia médica en nuestro país y es él, la unidad ejecutiva y funcional más completa del Servicio, la que para desarrollar sus actividades y llenar su cometido, debe proyectarse hacia toda la población urbana, sub-urbana y rural del área geográfica, que le ha sido asignada.

En la práctica, la asistencia médica integral dentro de un área está condicionada por la densidad, ubicación y fisonomía socio-económica de su población y limitada por la capacidad actual de sus establecimientos. De lo cual se desprende que, a medida que los grupos de población se alejan de los centros hospitalarios, éstos no son capaces, por sí mismos, de dar todas las prestaciones requeridas y deben prolongar sus acciones por medio de los consultorios.

Las prestaciones que se dan en cada una de estas unidades, deben responder a la satisfacción de necesidades locales, de tal manera que exista una verdadera gradación que va desde las más completas y especializadas, proporcionadas por el hospital, hasta el tipo más elemental suministrado por las postas y estaciones médicos rurales; pero la suma de todas las acciones verificadas dentro de un área, en todo caso, habrá de cumplir con las exigencias programáticas, formuladas en la política general del Servicio.

El Servicio Nacional de Salud, aprovechando los establecimientos de que disponían los ex-Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, Caja de Seguro Obligatorio, Protección a la Infancia y Adolescencia y Nacional de Salubridad, y creando otros procedió a prolongar las acciones encargadas a los hospitales por medio de los denominados Consultorios Externos, Consultorios Especializados, Consultorios Generales, Consultorios Materno-Infantiles o Periféricos, Servicios de Urgencia, Hospitales Tipo "D", Postas y Estaciones Médicos Rurales, y Rondas médicas.

Para implantar este sistema, ha sido menester adaptar los hospitales, consultorios y demás establecimientos, a la nueva modalidad de trabajo, y construir y habilitar otros, lo que ha significado una considerable inversión en el trienio de 1959-1961.

5.- IMPORTANCIA DE LOS CONSULTORIOS EN LA ASISTENCIA

MÉDICA

El Servicio Nacional de Salud considera los Consultorios como la principal herramienta del sistema de Asistencia Médica, porque es en ellos donde mejor se puede cumplir con las prestaciones, en atención a las características de nuestra morbilidad, cantidad y calidad de los recursos, y el marcado predominio de la patología de menor gravedad.

Los Consultorios ocupan, además, un importante papel en los programas de recuperación de la salud. En ellos, el Servicio toma el primer

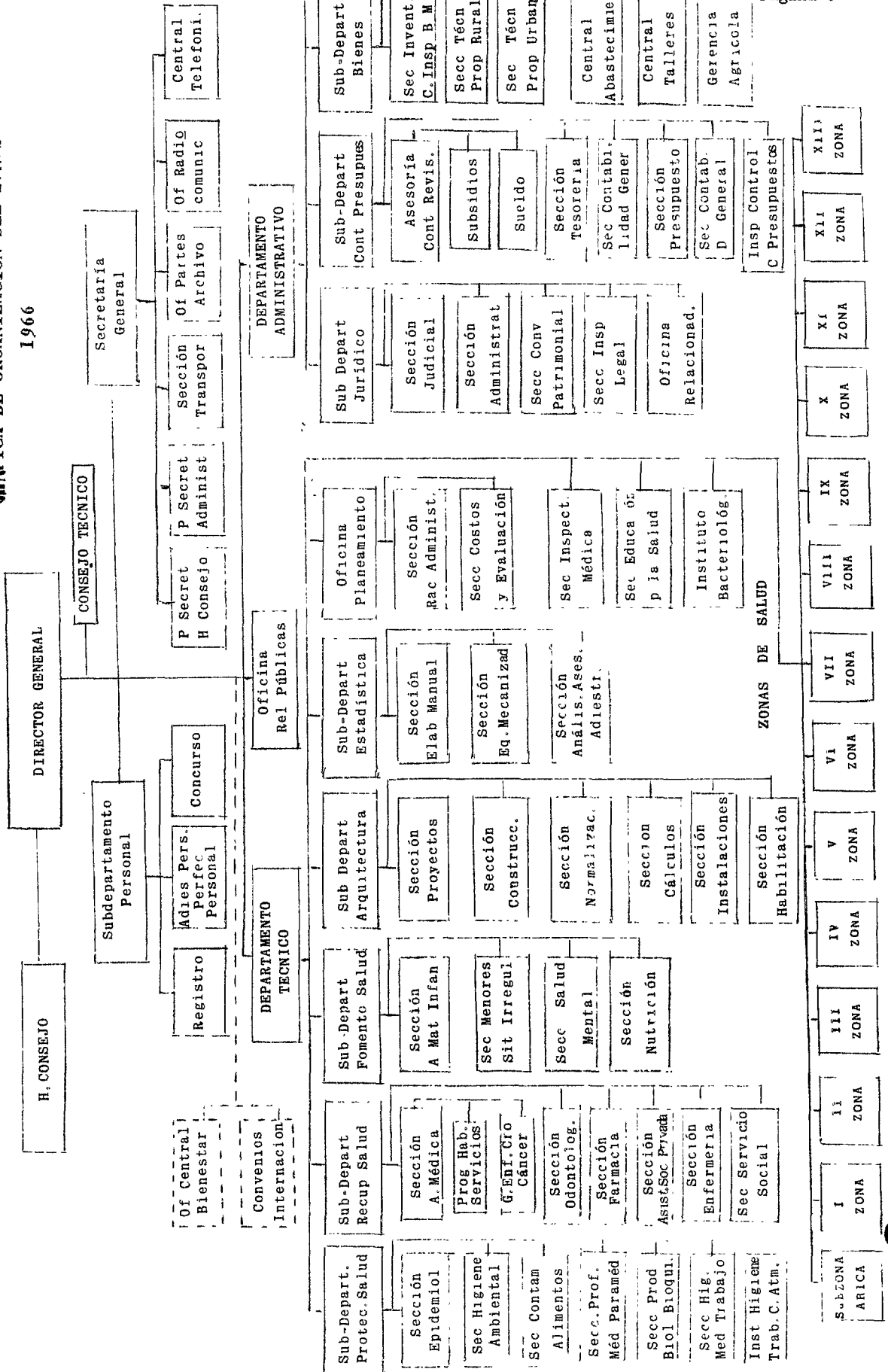
contacto con el enfermo para formular una hipótesis diagnóstica, hacer un diagnóstico, dar un tratamiento o indicar la hospitalización necesaria. Son utilizados para controlar los enfermos dados de alta que le son referidos del hospital, o para continuar su tratamiento y rehabilitación ambulatoria, hasta decidir el alta.

El perfeccionamiento del trabajo de los Consultorios y su buena coordinación con los Servicios de Hospitalización, economiza hospitalizaciones y amplía el número de las prestaciones.

El Consultorio es la unidad que mejor muestra la inter-relación entre las acciones de recuperación, protección, fomento y educación para la Salud, pues en él se efectúan las inmunizaciones, la dación de leche, el control materno infantil, las acciones educativas generales, etc., dando real expresión a la medicina integrada, es decir, a la asistencia médica preventiva y curativa.

Finalmente, el Consultorio es el Servicio que, por estar más ampliamente vinculado a la población, indica con mayor evidencia las virtudes o deficiencia de nuestra organización.

1966



B) SERVICIO MEDICO NACIONAL DE EMPLEADOS

El Servicio Médico Nacional de Empleados nace en 1943, como consecuencia de la fusión de los Servicios Médicos y Odontológicos, principalmente, de las Cajas de Previsión de Empleados Particulares, Nacional de Empleados Públicos y Periodistas y de la Marina Mercante Nacional.

Actualmente se rige por el D.F.L. 286 de 6 de abril de 1960 que fijó su Estatuto Orgánico y su Reglamento está contenido en el Decreto 1.155 de 17 de noviembre de 1954.

Se trata de una Institución semi-fiscal de Previsión, con personalidad jurídica y cuyas relaciones con el Gobierno se mantienen a través del Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Seguridad Social y Contraloría General de la República.

Esta Institución está dirigida y administrada por un Vicepresidente Ejecutivo, que debe ser médico Chileno y nombrado por el Presidente de la República.

El Vicepresidente Ejecutivo es asesorado en su labor por un Consejo compuesto por:

- a) El Ministro de Salud Pública que lo presidirá;
- b) El Vicepresidente Ejecutivo que lo presidirá en ausencia del Ministro;
- c) Dos representantes nombrados por el Consejo de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas;
- d) Tres representantes nombrados por el Consejo de la Caja de Previsión de Empleados Particulares;
- e) Un representante nombrado por el Consejo de la Caja de Previsión de la Marina Mercante;
- f) Tres representantes de los empleados afiliados nombrados por el Presidente de la República;
- g) Un representante del Colegio Médico designado por el Presidente de la República; y
- h) El Superintendente de Seguridad Social, en los términos de la ley Nº 13.211.

La disposición del inciso anterior es sin perjuicio de la ley Nº 8.707.

FUNCIONES QUE DESARROLLA ESTA INSTITUCION

El artículo 4o. de su Estatuto Orgánico señala que, "corresponderá al Servicio Médico Nacional de Empleados el desempeño de las funciones que le encomienden las leyes", y especialmente:

- 1) Otorgar las prestaciones médicas preventivas en conformidad a la ley 6.174 y demás que la complementan;

2) Pagar los subsidios de reposo y demás prestaciones económicas que la ley número 6.174 impone a las Cajas y Organismos de Previsión que se mencionan en el presente decreto con fuerza de ley;

3) Conceder los beneficios complementarios, derivados de la aplicación de la ley 6.174, que determine el Servicio de acuerdo a los reglamentos;

4) Otorgar a los imponentes de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas las prestaciones médicas curativas tarifadas derivadas del decreto con fuerza de ley número 1.340 bis, de 6 de agosto de 1930, y las demás establecidas en leyes complementarias, o que se establezcan en el reglamento;

5) Proporcionar atención médica curativa a los imponentes de la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional con cargo al aporte del dos por ciento de dicha Caja, de acuerdo con las leyes;

6) Conceder atención médica curativa tarifada a los familiares de los imponentes activos y pasivos de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, que constituyen cargas familiares;

7) Conceder atención médica curativa conforme a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, a los familiares de los imponentes activos y pasivos, de la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional y de la Sub-Sección Imprentas Particulares de Obras del Departamento de Periodistas de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas;

8) Otorgar atención médica curativa tarifada a los imponentes y sus familiares que constituyan carga de familia reconocidas, de aquellas Cajas u Organismos de Previsión que no la tengan establecida, cuando se pongan a disposición del Servicio los fondos necesarios, sea mediante convenios o leyes especiales;

9) Dar atención dental tarifada a los imponentes y familiares afiliados al Servicio, en las condiciones que determine el reglamento;

10) Cumplir las disposiciones de la ley Nº 6.935;

11) Otorgar préstamos médicos y dentales a los imponentes activos y pasivos, de acuerdo con el reglamento;

12) Otorgar a los empleados particulares, imponentes activos de la Caja de Previsión de Empleados Particulares, las ayudas económicas establecidas en el Art. 4o. del decreto con fuerza de ley Nº 2.096, de 31 de diciembre de 1927, en los casos de urgencia calificados por el Vicepresidente Ejecutivo o el Consejo Asesor, de acuerdo con el reglamento;

13) Otorgar a los imponentes activos de la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional y de la Sub-Sección Imprentas y Obras del

Departamento de Periodistas de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, los subsidios de enfermedad, de acuerdo a las leyes y reglamentos;

14) Conceder las prestaciones médicas y económicas que señala la ley Nº 11.462, de 29 de diciembre de 1953, y su reglamento, en lo que afecta al Servicio;

15) Otorgar las prestaciones médicas a que se refiere el Estatuto para los Empleados de la Administración Civil del Estado, en lo que concierne al Servicio Médico Nacional;

16) Acreditar la invalidez de los Empleados Particulares, afiliados al Servicio Médico Nacional, conforme a la ley Nº 10.475;

17) Construir, adquirir o arrendar establecimientos adecuados para la atención clínica u hospitalaria de los beneficiarios del Servicio, en el aspecto preventivo o curativo, de acuerdo con el Reglamento; y

18) Realizar las demás funciones que le encomiendan las leyes.

PRESTACIONES QUE OTORGA EL SERVICIO.

En primer lugar es necesario destacar que el Servicio Médico Nacional de Empleados tiene 437.000 afiliados, de los cuales 180 mil son imponentes públicos, 220.000 empleados particulares, 25 mil pertenecen a Organismos Auxiliares de Previsión y 12 mil a la Caja de la Marina Mercante Nacional.

Los Empleados Particulares tienen sólo atención preventiva y dental, en tanto que los empleados públicos, de la Marina Mercante y Organismos Auxiliares tienen derecho a atención preventiva y curativa, beneficio que se hace extensivo a sus cargas familiares -que suman 434 mil- en lo relativo a la medicina curativa.

1. Atenciones que presta la Institución.

El Servicio Médico Nacional de Empleados a través de sus diferentes Servicios Regionales, Equipos y Delegaciones Médicas, presta la siguiente atención:

- a) Atención de Medicina Preventiva;
- b) Atención de Medicina Curativa;
- c) Atenciones de Laboratorios y Rayos X;
- d) Hospitalizaciones en Sanatorios;
- e) Atenciones de Control de embarazo y de las guaguas;
- f) Atenciones Dentales;
- g) Exámenes de Jubilación; y
- h) Exámenes de Admisión.

2. Beneficios en dinero

- a. Subsidios maternales;
- b. Lentes y aparatos ortopédicos;
- c. Subsidios Reposo Leyes 6174 y 11.462;
- d. Auxilios traslados enfermos;
- e. Auxilios EE. Particulares Decreto Nº 2.096;
- f. Auxilios a imponentes por Cáncer;
- g. Pensiones Invalidez y Jubilación; y
- h. Préstamos Médicos.

FINANCIAMIENTO DEL SERVICIO

El Servicio Médico Nacional de Empleados se financia con los siguientes recursos:

a) Con la cotización patronal del uno por ciento sobre los sueldos, comisiones y jornales que establece el artículo 8o. de la ley 6.174;

b) Con el aporte del 2,5 por ciento de las entradas brutas de las Instituciones de Previsión que se indican en el decreto con fuerza de ley 286, de 1960, establecido en el artículo 8o. de la misma ley;

c) Con los aumentos del cincuenta por ciento de los aportes establecidos en las letras anteriores, que haya decretado o decrete el Presidente de la República en virtud de la autorización que le confiere el artículo 9o. de la ley 6.174;

d) Con el dos por ciento de las entradas brutas de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, en conformidad con lo dispuesto en el artículo 45o. del decreto con fuerza de ley 1.340 bis;

e) Con el cuatro por ciento de las entradas de la Sub-sección Imprentas de Obras del Departamento de Periodistas de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, conforme a lo establecido en el artículo 68o. de la ley 10.621;

f) Con el aporte del cinco por ciento de las entradas a que se refiere el artículo 67o. de la ley 10.621, para atención especial de medicina curativa a los imponentes periodistas de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, en las condiciones que determine el Presidente de la República;

g) Con el dos por ciento de los sueldos, sobresueldos y demás emolumentos sobre los cuales se hagan imposiciones en la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional, de acuerdo con lo dispuesto en las leyes 6.037 y 7.759;

h) Con el uno por ciento del interés que producen los capitales acumulados, a que se refiere el artículo 4o. del decreto con fuerza de ley 2.096, de 31 de diciembre de 1927;

i) Con las cantidades, porcentajes o aportes que, para la atención médica, dental o social de sus imponentes, determinen las Instituciones de Previsión afiliadas al Servicio, en sus respectivos Presupuestos;

j) Con las entradas propias derivadas de las prestaciones tarifadas que otorga el Servicio;

k) Con las donaciones, herencias, legados, aportes extraordinarios y cuotas voluntarias que le otorguen;

l) Con los intereses, precios, rentas, dividendos, cánones o créditos que se devenguen o que produzcan los fondos de inversiones del Servicio;

m) Con los fondos acumulados en las Cajas de Previsión indicadas en el decreto 286, de 1960, como consecuencia de la aplicación de la ley 6.174, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16o;

n) Con el aporte señalado en el artículo 45o. de la ley 10.223, para cuyo efecto deben consultarse los fondos necesarios en la Ley de Presupuestos de la Nación;

ñ) Con las multas que se apliquen en conformidad con lo establecido en el artículo 13o. de la ley 6.174, debiendo entenderse que la referencia del artículo lo. letra c) de la ley 11.855, es el Servicio Médico Nacional de Empleados, respecto de las entidades de previsión afiliadas al mismo, conforme al presente decreto con fuerza de ley, y

o) Con los demás ingresos que le acuerden las leyes.

El Presupuesto para el ejercicio de 1965 alcanzó la suma de
E° 38.805.000.-

C) CAJA DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

La organización de la CAJA DE ACCIDENTES DEL TRABAJO emana del D.F.L. 309, de 1960 y 150 del mismo año.

Es una Institución semi-fiscal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyas relaciones con el Supremo Gobierno se mantienen a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Está sometida a la fiscalización y supervigilancia de la Superintendencia de Seguridad Social.

Dé acuerdo con el D.F.L. 278 de 1960, la Administración Superior de la Caja está a cargo del H. Consejo y del Vicepresidente Ejecutivo.

La composición del Consejo Directivo es la siguiente:

- a) El Ministro del Trabajo y Previsión Social, que lo preside;
- b) El Vicepresidente Ejecutivo, que lo preside en ausencia del Ministro;
- c) Tres Consejeros de libre elección del Presidente de la República, uno de los cuales debe ser médico;
- d) Un representante de la Sociedad de Fomento Fabril;
- e) Un representante de la Sociedad Nacional de Minería;
- f) Un representante de la Sociedad Nacional de Agricultura;
- g) Dos representantes obreros, y
- h) El Superintendente de Seguridad Social, en los términos que señala la ley 13.211.

FUNCIONES DE LA CAJA:

- a) Contratar el seguro de accidentes del trabajo y otorgar las prestaciones médico-asistenciales y pecuniarias que procedan, respecto de los trabajadores accidentados cuyos patrones o empleadores se encuentren cubiertos por pólizas tomadas en la Caja;
- b) Calificar y aceptar la garantía que deben constituir los patrones no agrupados, en conformidad al inciso 3o. del artículo 261o. del Código del Trabajo;
- c) Calificar y aceptar la garantía que deben constituir los patrones no asegurados en casos de accidentes del trabajo que ocurran a sus dependientes y que ocasionen la muerte o incapacidad permanente a la víctima, de acuerdo con el Nº 1 del artículo 22o. de la ley 4.055, de accidentes del trabajo; (hoy 10.383);
- d) Efectuar el servicio de pensiones en conformidad con el Nº2 del Artículo 22 de la ley 4.055; (hoy 10.383);

e) Administrar el Fondo de Garantía establecido por la ley 4.055, en conformidad a las normas de dicha ley y de los reglamentos correspondientes;

f) Proponer al Ministro del Trabajo y Previsión Social, a lo menos cada dos años, las tarifas de primas para la contratación del seguro de accidentes del trabajo;

g) Organizar y mantener al día un fichero central de inválidos y beneficiarios de accidentes del trabajo, en el que deben figurar todos los accidentados que sufran incapacidades para el trabajo y las personas que tienen derecho a pensión por muerte del accidentado.

h) Crear, a medida que sus recursos lo permitan, un servicio de readaptación de inválidos para el trabajo, en el cual debe atenderse a los accidentados que recurran a la Caja con motivo del seguro directamente contratado con ella.

La Caja puede ofrecer estos servicios a los particulares, en las condiciones que ella misma establezca;

i) Suscribir convenios con instituciones fiscales, semifiscales, de administración autónoma, Caja de Previsión y particulares que necesiten de la atención médica especializada en traumatología;

j) Efectuar el reaseguro de accidentes de trabajo.

PRESTACIONES QUE OTORGA LA CAJA

Es importante hacer notar que la Caja de Accidentes del Trabajo cubre a una población aproximada de 350.000 empleados y obreros.

En cuanto a los beneficios que recibe este conglomerado de trabajadores podemos señalar:

1) Beneficios en dinero:

- a) Subsidios;
- b) Indemnizaciones por incapacidades permanentes parciales;
- c) Indemnizaciones por incapacidades permanentes totales;
- d) Indemnizaciones por muerte del accidentado;
- e) Asignaciones familiares;
- f) Reajuste de pensiones; y
- g) Quotas mortuorias

2) Beneficios en Servicios:

- a) Atención médica;
- b) Atención Hospitalaria;
- c) Atención de Farmacia; y
- d) Asesoría técnica a los patrones en materia de Prevención de Accidentes.

3) Beneficios en Especies:

- a) medicamentos
- b) aparatos ortopédicos y prótesis.

PATRIMONIO DE LA CAJA

El patrimonio de la Caja se integra con los siguientes recursos:

- 1.- Con las primas que se le paguen por concepto de seguros contratados por la Caja;
- 2.- Con las sumas que perciba con motivo de la contratación de servicio de pensiones;
- 3.- Con los aportes contemplados en los artículos 28o. de la ley 9.689, de 20 de septiembre de 1950, y 45o. de la ley 10.223, de 6 de diciembre de 1951;
- 4.- Con las rentas, intereses y frutos que produzcan sus bienes;
- 5.- Con las herencias, legados y donaciones que se le hagan;
- 6.- Con los dineros que ingresen a la cuenta Fondo de Garantía, sin perjuicio de las limitaciones que establecen las leyes, y
- 7.- Con los demás ingresos que le acuerden las leyes.

CUADRO I

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, Chile, 1964 ó 1965

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | | |
|---|--------------------|--------|---------|---------------|------------------------------|---------------------------|-------|---------------|------------------------------|
| | | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos |
| Servicio Nacional de Salud | 8.391.000 | 21.233 | 633.193 | 6.173.658 | 5.534.857 | 2,5 | 75,5 | 735,7 | 659,6 |
| 164 hospitales generales | 8.391.000 | 8.386 | 27.779 | 2.339.144 | 160.480 | 1,0 | 3,3 | 278,8 | 19,1 |
| 16 hospitales especializados | ... | 918 | 24.874 | 214.147 | 333.722 | ... | ... | ... | ... |
| 12 "delegados" | ... | | | | | | | | |
| Caja de Accidentes de Trabajo | ... | 817 | 3.879 | 165.987 | 31.307 | ... | ... | ... | ... |
| 12 hospitales (b) | | | | | | | | | |
| Servicio Médico Nacional de Empleados (b) | 651.000 | 72 | 2.818 | 21.370 | 59.992 | 0,1 | 4,3 | 32,8 | 92,2 |
| 1 hospital general | 651.000 | 323 | 530 | 117.237 | - | 0,5 | 0,8 | 180,1 | - |
| 3 hospitales especializados | | | | | | | | | |

(a) Consulta médica, incluidos los casos de urgencia. (b) Año 1965.

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, Chile 1964 ó 1965

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| Servicio Nacional de Salud | | | |
| 164 hospitales generales | 9,8 | 29,8 | 80,1 |
| 16 hospitales especializados | 84,2 | 3,3 | 92,1 |
| 12 "Delegados" | 8,6 | 27,1 | 62,2 |
| Caja de Accidentes de Trabajo | | | |
| 12 hospitales | 42,8 | 4,7 | 52,8 |
| Servicio Médico Nacional de Empleados | | | |
| 1 hospital general | 7,6 | 39,1 | 81,5 |
| 3 hospitales especializados | 221,2 | 1,6 | 92,5 |

CUADRO III

Personal de hospitales y proporciones por 100 camas ocupadas, Chile, 1964 ó 1965

| Hospital o grupo de hospitales | Número | | | | | | | | | | Proporción por 100 camas ocupadas | | | | | |
|---------------------------------------|---------|---------------|---------------------|------------------------|---------|--------|------------------------|------------|----------|-------|-----------------------------------|---------------------|------------|------------------------|-----------------|-------|
| | Médicos | | Total excl. médicos | Personal de enfermería | | | Otro pers. asist. méd. | Otro pers. | Médicos | | Total excl. médicos | Personal enfermería | | Otros cuidados médicos | Otros servicios | |
| | Total | Tiempo compl. | | Total | Enferm. | Auxil. | | | Parteras | Total | | Tiempo compl. | Total Enf. | | | |
| | | | 43 | | | | 237 | 23 | | | 8,5 | | | 9,5 | | |
| Servicio Nacional de Salud | 3156 | 2312 | 30206 | 17527 | 810 | 16088 | 629 | 1332 | 11347 | 16,6 | 12,1 | 158,4 | 91,9 | 4,2 | 7,0 | 59,5 |
| 147 hospitales generales | 257 | 43 | 3123 | 992 | 88 | 880 | 24 | 176 | 1955 | 4,2 | 3,6 | 50,6 | 16,1 | 1,4 | 2,9 | 31,7 |
| 10 hospitales especializados | 43 | 43 | 532 | 308 | 48 | 237 | 23 | 18 | 206 | 8,5 | 8,5 | 105,3 | 61,0 | 9,5 | 3,6 | 40,8 |
| 5 "Delegados" | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caja de Accidentes de Trabajo | a) 33 | 23 | 407 | 104 | 5 | 99 | - | 18 | 285 | 7,4 | 5,1 | 90,8 | 23,2 | 1,1 | 4,0 | 63,6 |
| 12 hospitales | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Servicio Médico Nacional de Empleados | 9 | 5 | 151 | 63 | 7 | 47 | 9 | 1 | 87 | 15,3 | 8,5 | 257,2 | 107,3 | 11,9 | 1,7 | 148,2 |
| 1 Hosp. gral. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 hospitales especializados | 4 | 4 | 265 | 24 | 5 | 19 | - | 3 | 238 | 1,3 | 1,3 | 88,6 | 8,0 | 1,7 | 1,0 | 79,6 |

(a) Excluidos los honorarios.

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario,

Chile, 1964 ó 1965

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|---------------------------------------|------------------------|-----|---------------------------|------|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Servicio Nacional de Salud | | | | | | | |
| 147 hospitales generales | 0,3 | 0,4 | 5,6 | 7,6 | 19,9 | ... | 66 |
| 10 hospitales especializados | 0,3 | 0,4 | 3,9 | 4,5 | 10,0 | ... | 42 |
| 5 "Delegados" | 1,1 | 1,1 | 7,2 | 7,2 | 4,9 | ... | 64 |
| Caja de Accidentes de Trabajo | | | | | | | |
| 12 hospitales | 0,2 | 0,2 | 3,2 | 4,5 | 19,8 | 59 | 35 |
| Servicio Médico Nacional de Empleados | | | | | | | |
| 1 hospital general | 0,8 | 1,4 | 7,0 | 12,6 | 6,7 | 96 | 46 |
| 3 hospitales especializados | 1,2 | 1,2 | 6,0 | 6,0 | 3,8 | 74 | 12 |

(1) Basado en el total de médicos. (2) Basado en el total de horas de servicio de médicos dividido por seis.

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada, Chile, 1964 ó 1965

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|--|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Servicio Nacional de Salud | | | |
| 147 hospitales generales | 31 | 313 | 14 |
| 10 hospitales especializados | 9 | 55 | 5 |
| 5 "Delegados" | 28 | 208 | 32 |
| Caja de Accidentes de Trabajo | | | |
| 12 hospitales | 13 | 79 | 4 |
| Servicio Médico Nacional de Empleados | | | |
| 1 hospital general | 22 | 366 | 41 |
| 3 hospitales especializados | 3 | 27 | 6 |

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, Chile, 1964 ó 1965

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año | Por consul de pacient externo |
| Servicio Nacional de Salud 147 hospitales generales 10 hospitales especializados 12 "Delegados" | 5.922.467 2.236.486 208.957 | 9,8 84,2 8,6 | 5.274.334 105.875 333.772 | 19,13 7,39 ... | 187,47 622,24 ... | 7.002 2.705 ... | 3,83 1,48 ... |
| Caja de Accidentes de Trabajo 12 hospitales | 157.865 | 42,8 | 31.307 | 26,88 | 1.150,46 | 9.838 | 5,38 |
| Servicio Médico Nacional de Empleados 1 hospital general 3 hospitales especializados | 21.478 109.337 | 7,6 221,2 | 59.992 - | 107,36 23,01 | 815,94 5.089,81 | 39.294 8.422 | 21,47 - |

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron,

Chile, 1964 ó 1965

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|---|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ministerio de Salud Pública | | | | |
| Departamentos hospitalarios de consulta externa | 168 | ... | 94 | 98 |
| Otros departamentos de consulta externa | 23 | ... | 4 | 4 |
| Delegados | | | | |
| Departamento hospitalario de consulta externa | 1 | ... | 1 | 1 |
| Otro departamento de consulta externa | 1 | ... | - | - |
| Caja de Accidentes de Trabajo | | | | |
| Departamentos hospitalarios de consulta externa | 12 | ... | 1 | 12 |
| Servicio Médico Nacional de Empleados | | | | |
| Consultorios | 28 | ... | 25 | 28 |

CUADRO VIII

Utilización de instituciones de consulta externa y servicios prestados, Chile, 1964 ó 1965

| Institución | Población | | Porcentaje de solicitantes | Número | | | | Tasa por 100 habitantes | | | | Consultas por 100 solicitantes | | Proporción por 100 consultas méd. | | |
|---|-----------|-------------|----------------------------|-----------|---------|---------------------|------------------|-------------------------|-----------|-------|---------------------|--------------------------------|---------|-----------------------------------|------------------|---------|
| | Abarcada | Solicitante | | Consultas | | Visitas a domicilio | Exámenes de lab. | Rayos X | Consultas | | Visitas a domicilio | Inmunizaciones | Médicas | Otras | Exámenes de lab. | Rayos X |
| | | | | Médicas | Otras | | | | Médicas | Otras | | | | | | |
| Ministerio de Salud Pública 168 dptos. hospitales de consl. externa 23 consultorios | 8.391.000 | ... | ... | 5698149 | 2379933 | 599276 | 4631405 | 478571 | 67,9 | 28,3 | 6,7 | 55,2 | ... | ... | 57,2 | 8,4 |
| | 8.391.000 | ... | ... | 1907177 | 90489 | 21581 | - | 209819 | 22,7 | 1,1 | 0,3 | - | ... | ... | 11,0 | 6,8 |
| Delegados 1 dpto. hospitalario de consulta externa Otro consultorio de pacientes externos | ... | ... | ... | 14485 | 2134 | - | - | 13948 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 96,3 | 24,5 |
| | ... | ... | ... | 9247 | - | 1514 | - | - | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Caja de Accidentes de Trabajo Dpto. hospitalario de consulta externa | ... | ... | ... | 31307 | ... | ... | - | 28776 | ... | ... | ... | - | ... | ... | - | 91,9 |
| | 651.000 | ... | ... | 387958 | 125198 | 177364 | 60794 | 229771 | 59,6 | 19,2 | 27,2 | 9,3 | ... | ... | 59,2 | 56,7 |

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, Chile, 1964 ó 1965

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | O t r e p e r s o n a l | | | | Tiempo del médico por consulta (en minutos) | Tiempo de enfermería por consulta Total Enf.érm. |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------------------------|------------------------|------------|----|---|--|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | Enfermería | | Otro pers. | | | |
| | | | | | Total | Enfer. Auxil. Parteras | | | | |
| Servicio Nacional de Salud | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 6 | 63 | 3 |
| Consulta externa 19 consultorios de pacientes externos | 265 | 899 | 79 | 273 | 507 | 46 | 433 | 28 | 463 | 3 |
| Delegados | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 4 | 42 | 6 |
| 1 consulta externa hospitalaria (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 10 | 54 | - |
| 1 consultorio de pacientes externos | 1 | 6 | - | - | 4 | - | 4 | - | 1 | - |
| Caja de Accidentes de Trabajo (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 3 | 16 | 1 |
| 12 consultorios hospitalarios de pacientes externos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 61 | 120 | 30 |
| Servicio Médico Nacional de Empleados | 218 | 731 | 169 | 553 | 1476 | 107 | 290 | 25 | 1 054 | |
| 27 consultorios | | | | | 422 | | | | | |

a) El mismo personal que para hospitales, considerándose que 5 consultas equivalen a un día-paciente.
b) Promedio correspondiente a todos los hospitales del grupo.

CUADRO X

Promedio del costo por consulta de pacientes externos,
Chile, 1964 ó 1965

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|---|---------------|---------------|
| Servicio Nacional de Salud 147 departamentos hospitalarios de consulta externa 11 consultorios | 3,83 12,67 | ... 10,96 |
| "Delegados" Departamentos hospitalarios de consultas externas Otros consultorios | | |
| Caja de Accidentes de Trabajo 12 consultorios hospitalarios | 5,38 | ... |
| Servicio Médico Nacional de Empleados 13 consultorios | 40,77 | 26,22 |

E L S A L V A D O R

I. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS.

1.- Ministerios o Secretarías de Salud Pública

1. De acuerdo con los Artículos 205 y 206 de la Constitución, la salud es un bien público y corresponde al estado y a los individuos velar por su conservación y restablecimiento, el Estado es responsable de conservar y reparar la salud de los indigentes. En El Salvador, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es el organismo gubernamental encargado primordialmente de prestar servicios de medicina preventiva y atención médica a la comunidad, pero existe otro organismo que presta atención médica a un sector importante de la población y es el Instituto Salvadoreño de Seguro Social.
2. En el organograma del Ministerio que se adjunta, aparece tanto la Secretaría de Estado, como sus dependencias intermedias y locales. La Dirección General de Salud, ejerce sus funciones a través de un organismo normativo de nivel central formado por los Directores de División (Epidemiología, Nutrición, Materno Infantil, Tuberculosis, Odontología, Saneamiento Ambiental, etc.) y una parte ejecutiva a nivel regional. Sus relaciones con los grandes hospitales son de asesoría, dirección técnica y coordinación, ya que éstos gozan de cierta autonomía en lo que a presupuestos y equipo se refiere.
3. Desde 1954 existe un sistema regional de salud y el país está dividido en cuatro regiones de salud conocidas con los números I, II, III y IV o regiones occidental, central, para-central y oriental, últimamente por su importancia y sus múltiples problemas se está individualizando dentro de la región central, el área metropolitana (que comprende la ciudad capital y los alrededores).

Cada una de estas regiones está a cargo de un Director Regional bajo cuya dependencia quedan los servicios de medicina preventiva con consulta externa ambulatoria de Unidades de Salud, puestos de salud y unidades móviles rurales; los hospitales locales y la coordinación con los hospitales regionales.

La hospitalización de enfermos se hace por referencia de pacientes de las unidades de salud a los hospitales locales, cuando estos no pueden resolver los problemas, pasan al hospital regional y por último si es necesario a los hospitales centrales, situados en la capital de la república, que actúan al mismo tiempo como hospitales regionales de la región central (II).

4. La Dirección General de Salud, por intermedio de sus organismos normativos, es la entidad encargada de elaborar las normas de trabajo, establecer pautas, coordinar actividades, supervisar al personal técnico a distintos niveles, sin embargo el Ministerio tiene una "Unidad de Planificación y Evaluación" que asesora a las autoridades del ramo, este organismo fue creado por Acuerdo Ejecutivo, Número 997.

5. Existe un plan nacional de salud conocido como "Primer Plan Decenal de Salud 1964, 1973", en su formulación se han considerado programas y actividades de medicina preventiva, atención médica, ambulatoria y hospitalaria. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social que es un organismo autónomo de otro ramo del Gobierno no se ha considerado en la planificación.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no está representado en el Consejo Nacional de Planificación Económica, pero éste, si está representado en el Consejo de Planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y existen relaciones de coordinación y trabajo entre ambos organismos a través de las respectivas secretarías.

6. Los presupuestos de salud se formulan en las distintas dependencias del Ministerio, en base a los programas teniendo como característica "agrupar las distintas acciones que cumplen los organismos en categorías de unidades programáticas - programas, subprogramas, actividades, etc. y proceder a presupuestar cada una de ellas de tal manera que el volumen de requerimientos financieros, de materiales y de personal quede claramente vinculado a las metas de realizaciones físicas y de volúmenes de trabajo de cada programa y actividad en su caso; quedando asimismo individualizada la unidad administrativa responsable de su ejecución".

La Dirección General de Salud recoge los presupuestos de las distintas dependencias vinculadas a salud, analiza los programas por actividades, por regiones y los de los hospitales, a su vez formula los programas de comando central: adiestramiento, investigación, lucha antipalúdica, programas de penetración, etc. y los envía al Ministerio para discutirlos; este a su vez los discute con el Jefe del Poder Ejecutivo de la República, una vez aceptados son enviados a la Asamblea Nacional Legislativa para su conocimiento, discusión y aprobación.

El monto del presupuesto de salud pública y Asistencia Social es de un 10% del presupuesto nacional.

Las propuestas de nombramiento del personal de salud se hacen a través de la Dirección General de Salud al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que extienden el Acuerdo de nombramiento.

Hay una Ley de Servicio Civil promulgada por Decreto Legislativo No. 507, la cual tiene normas sobre nombramientos, selección de personal, derechos y deberes de funcionarios y empleados, sanciones, etc. y existe un tribunal de servicio civil para apelaciones.

No están cubiertos por la Ley de Servicio Civil los Ministros y Subsecretarios de Estado, Corte Suprema de Justicia, Representantes de la Asamblea Nacional Legislativa, Procurador General de la República, Directores Generales, Directores, Médicos, Enfermeras y personal técnico.

Hay una ley de asuetos, vacaciones y licencias de empleados públicos. La Oficina de Personal de la Dirección General de Salud es la encargada del control del personal, en lo que se refiere a registros, nombramientos, licencias y archivos.

2. Instituto Salvadoreño del Seguro Social*

Organización Administrativa

El planeamiento, la dirección, y la administración del régimen del Seguro Social están a cargo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, organismo autónomo de Derecho Público, relacionado con el Gobierno a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, con personalidad jurídica y patrimonio propio que tiene su domicilio principal en la ciudad de San Salvador.

Los órganos superiores del Instituto son: el Consejo Directivo y la Dirección General, (ver organograma adjunto). El primero constituye la autoridad superior en el orden administrativo, financiero y técnico, y está integrado por 12 miembros, en la forma siguiente:

- a) El Ministro de Trabajo y Previsión Social, y en su defecto el Subsecretario del Ramo;
- b) Cuatro miembros gubernamentales, uno por cada uno de los siguientes Ministerios: de Hacienda, de Trabajo Y Previsión Social, de Economía, Salud Pública y Asistencia Social.
- c) Dos miembros representantes de los trabajadores, elegidos por los Sindicatos de Trabajadores;
- ch) Dos miembros representantes patronales, elegidos por las organizaciones patronales más caracterizadas;
- d) Un miembro representante del Colegio Médico de El Salvador;
- e) Un miembro representante de la Sociedad de Odontología de El Salvador; y
- f) El Director General del Instituto, y en su defecto el Sub-Director General.

El Ministro de Trabajo y Previsión Social, o el Subsecretario, en su caso, es el Presidente nato del Consejo. El Secretario de dicho Consejo es el Director General del Instituto, y en su defecto el Subdirector General.

La Auditoría Contable depende directamente del Consejo Directivo (ver organograma adjunto).

El Director General y el Sub-Director General del Instituto son nombrados por el Presidente de la República.

La Dirección General está asistida por las oficinas de Asesoría Jurídica, Auditoría Médica y Organización y Métodos. De la Dirección General dependen directamente cinco Departamentos con funciones administrativas, y la Dirección de Servicios Médico-Hospitalarios.

De la Dirección de Servicios Médicos, a su vez, dependen directamente los Directores de las Unidades Médicas (Hospitales y Consultorios Externos), de la Zona metropolitana, y de la Sucursal de Sonsonate; pero el personal administrativo de esta última tiene relación directa con la Dirección General, sin mediación del Director de Servicios Médicos.

II. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

El Instituto financia sus programas de seguridad social con el producto de las cotizaciones obligatorias de los patronos, de los trabajadores y del Estado.

La tasa de estas cotizaciones es el 10% de la remuneración afecta al Seguro, y se distribuye en las siguientes proporciones: Trabajadores asegurados, 25%; Patronos, 50%; Estado, 25 por ciento.

También se consideran recursos del Instituto los bienes que adquiera a título de donación, herencia o legado, así como las rentas que provengan de tales bienes, y las multas que percibe de conformidad a su ley y Reglamento.

El Instituto proyecta y ejecuta sus programas, con base en presupuestos en que están equilibrados los ingresos con los egresos ordinarios (método de reparto simple).

Conforme a su Reglamento, destina una cantidad para formar reservas a fin de hacer frente a las emergencias que el mismo Reglamento determina.

Estas reservas se mantienen depositadas en Cuentas Corrientes a la vista en el Banco Central de Reserva o en el Banco Hipotecario de El Salvador.

Las reservas que exceden la cuantía que, conforme el Reglamento, deben mantenerse depositadas en Cuentas Corrientes a la Vista, se invierten en bienes mobiliarios que cuentan con el respaldo del Estado, y las rentas provenientes de tales inversiones se tienen como ingresos ordinarios del Instituto.

Al Instituto le está prohibido desarrollar actividades de lucro. Conforme a la Ley, en caso de Superávit real al final de un ejercicio presupuestario, éste se podrá utilizar únicamente para ampliar y mejorar los servicios permanentes o para el establecimiento de nuevos servicios permanentes. En períodos no mayores de cinco años, y en el momento en que el Consejo Directivo lo juzgue conveniente, se hacen estudios actuariales para las previsiones financieras del Instituto.

Finalmente, las cuotas que corresponden al Estado como tal, son financiadas con los ingresos generales de la Nación, y aparecen en la Ley de Presupuesto General, haciéndose efectivos a través del Ministerio de Hacienda, por trimestres anticipados.

III. DATOS GENERALES SOBRE LA PREPARACION DEL PRESUPUESTO DEL INSTITUTO

Según lo estipula la Ley, se aplican las reglas siguientes:

1. La parte Ingresos, contendrá la estimación de los recursos que se espera obtener en el correspondiente ejercicio, estableciendo la debida separación entre las partidas que se refieren a los ingresos que, según la Ley del ISSS, deben conceptuarse como ordinarios o extraordinarios;
2. Todas las estimaciones de ingresos y egresos, que por su naturaleza lo exijan, se considerarán en partidas de ampliación automática;
3. En la parte relativa a egresos, el presupuesto establecerá las partidas de gastos ordinarios, en cuantía que no exceda a la de las partidas de ingreso de la misma índole;
4. En la parte correspondiente a Egresos, el presupuesto establecerá la debida separación entre las partidas que autoricen los gastos destinados a:
 - 1) Administración;
 - 2) Operación y mantenimiento de los diferentes servicios establecidos para beneficio de los asegurados;
 - 3) Pago de beneficios en dinero a los asegurados o beneficiarios;
 - 4) Estudios y planificación;
 - 5) Adquisición de bienes de capital;
 - 6) Formación de reservas reglamentarias; y
 - 7) Actividades diversas.

En cuanto al sistema de nombramiento y remuneración del personal, cuando se trata de servicios de carácter permanente, se hace de acuerdo con las disposiciones de una ley especial de salarios, cuyo proyecto elabora el Instituto y es sometido a consideración de la Asamblea Nacional Legislativa a través del Ministerio de Hacienda, como anexo del Presupuesto General de la Nación.

IV. CAMPO DE APLICACION

a) Area Geográfica

Están sujetos al régimen del Seguro los trabajadores que prestan servicios remunerados en los lugares de trabajo situados en los municipios de San Salvador, Soyapango, Cuscatancingo, Mejicanos, Villa Delgado, Ayutuxtepeque, San Marcos, Nueva San Salvador (Santa Tecla), Antiguo Cuscatlán, Ilopango y

Apopa, (áreas geográficas designadas en conjunto como Zona Metropolitana); y en los municipios de Sonsonate y Puerto de Acajutla (Zona designada en conjunto como Sucursal de Sonsonate). En consejo de Ministros que tuvo lugar el 5 de mayo del corriente año se decretó la extensión del Seguro a los siguientes municipios pertenecientes al Departamento de San Salvador: Aguilares, El Paisnal, Guazapa, Nejapa, Panchimalco, Rosario de Mora, San Martín, Santiago Texacuangos, Santo Tomás y Tonacatepeque; y al municipio de Quezaltepeque, que pertenece al Departamento de La Libertad.

En el caso del Puerto de Acajutla, el Régimen no se aplica a los trabajadores de caleta y estiba, los de carga y descarga y los demás trabajadores del muelle que la Dirección califique de eventuales.

Según el Reglamento de la Aplicación del Régimen, este no es aplicable aún:

- a) a los trabajadores al servicio del Estado, de los Municipios y de las Entidades Oficiales Autónomas. Se exceptúan los trabajadores al servicio del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, de la Comisión Ejecutiva del Puerto de Acajutla y del Banco Central de Reserva de El Salvador;
- b) a los trabajadores domésticos;
- c) a los trabajadores que solo eventualmente trabajan para un patrono;
- d) a los trabajadores que ganan más de $\text{C}^{\text{t}}/500.00$ mensuales de salario ordinario, al servicio de un solo patrono; y
- e) a los trabajadores agrícolas.

En enero de 1965 quedaron incorporados al Régimen los trabajadores que laboran en empresas que tienen menos de 5 trabajadores, en la zona geográfica cubierta en ese año.

El siguiente cuadro, tomado de la "Memoria Anual de la Dirección General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social", correspondiente al año de 1965, demuestra la evolución del campo de aplicación del Seguro Social desde 1955, primer año completo de labores:

TRABAJADORES COTIZANTES, PATRONOS ACTIVOS Y BENEFICIARIAS -
AÑOS 1955 - 1965

| AÑO | Trabajadores Cotizantes | Patronos Cotizantes | Beneficiarias |
|------|-------------------------|---------------------|---------------|
| 1955 | 24.443 | 965 | 9.084 |
| 1956 | 27.474 | 976 | 10.926 |
| 1957 | 31.161 | 1.025 | 12.228 |
| 1958 | 32.069 | 1.048 | 12.327 |
| 1959 | 32.053 | 1.082 | 12.097 |
| 1960 | 35.644 | 1.155 | 13.162 |
| 1961 | 38.638 | 1.193 | 14.331 |
| 1962 | 40.528 | 1.256 | 14.801 |
| 1963 | 44.361 | 1.466 | 15.977 |
| 1964 | 50.409 | 1.564 | 17.738 |
| 1965 | 62.097 | 3.233 | 21.115 |

En los primeros cuatro meses de 1966, el promedio mensual de trabajadores cotizantes fue de 65.200, estimándose que con el crecimiento vegetativo y la inclusión del nuevo grupo de asegurados de los municipios que se mencionaron, el promedio mensual de este año puede llegar a 70.000 asegurados cotizantes.

b) Cobertura

El Seguro Social en su actual etapa de desarrollo, cubre los siguientes riesgos:

- a) Enfermedad y accidente común;
- b) Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional;
- c) Maternidad.

En los casos de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales, se otorgan al asegurado servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios y de laboratorio. Si fuere necesario, en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional, se conceden también los aparatos de prótesis y ortopedia que los médicos y odontólogos aconsejen para la rehabilitación del paciente.

El Instituto concede también pensiones vitalicias por incapacidad permanente, total o parcial, cuando se debe a enfermedad profesional o accidente de trabajo. En caso de muerte por riesgos profesionales, se conceden pensiones de sobrevivientes a favor del cónyuge, o la compañera de vida, e hijos menores del asegurado.

Los beneficios por maternidad se hacen extensivos a la esposa o compañera de vida del asegurado.

Además de las prestaciones médicas, el Instituto concede subsidios en dinero por incapacidad temporal, en los casos de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales.

Existe un "Auxilio de Sepelio", la llamada "Canastilla Maternal" y una "Ayuda de Lactancia" para los recién nacidos que, a juicio del médico, no puedan ser lactados por la madre.

Hay que añadir que ya están terminados los estudios actuariales para cubrir los riesgos de invalidez, vejez y muerte; y que la Ley del Seguro contempla también la cobertura del riesgo de "Cesantía Involuntaria".

La medicina preventiva, en la actualidad, sólo se hace por medio de la atención prenatal a que tienen derecho tanto las aseguradas como las beneficiarias.

V. COORDINACION DE SERVICIOS A NIVEL LOCAL ENTRE SEGURO SOCIAL Y MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Cuando se dio inicio a la prestación de Servicios Médico-Hospitalarios, el Instituto celebró contratos con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a fin de disponer de camas de hospital, mientras construía sus propios establecimientos. Es así como ocupa locales para sus pacientes asegurados en el "Hospital Rosales" de San Salvador (Centro Médico Nacional), en el "Hospital de Maternidad" de San Salvador, en el Hospital "San Rafael" de Nueva San Salvador, en el Hospital "San Juan de Dios" de Sonsonate y en el "Sanatorio Nacional" de los planes de Renderos. En estos hospitales el Seguro Social paga a Salud Pública una cantidad estipulada por cama disponible, y que comprende: arrendamiento de local, alimentación y gastos administrativos. Pero es el Seguro Social quien financia los gastos del personal médico, para-médico, administrativo y de servicio. En el Hospital Psiquiátrico el pago se hace por paciente atendido, conforme a la Ley de Salarios del Instituto.

En el Consultorio No. 6 de Apopa, el Seguro ocupa el local y el personal administrativo y de enfermería de Salud Pública y Asistencia Social, pagándoles un sobre-sueldo. El personal médico y odontológico pertenece al Instituto. Esta misma modalidad se empleará al extenderse el Régimen a los municipios restantes de San Salvador y Quezaltepeque (Depto. de La Libertad), para lo cual se ha llegado a un acuerdo entre ambas instituciones.

VI. ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS

Todos los asegurados y beneficiarios del Régimen, tienen fácil acceso a los servicios médicos existentes.

VII. CONSTRUCCION DEL HOSPITAL DEL I. S. S. S.

Actualmente se llevan a cabo los trabajos de construcción de los edificios de hospitalización y consultorios del Instituto, que vendrá a resolver uno de los más urgentes problemas que confronta la Institución, como es la de satisfacer las necesidades asistenciales que tienen algunas dependencias debido a la limitada capacidad de los locales con que ahora se cuenta.

Las características principales de esta obra son las siguientes:

| | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <u>Superficie construída</u> | | 19.560.00 m ² |
| Consulta Externa | 5.665.00 m ² | |
| Hospital | 12.770.00 m ² | |
| Casa de máquinas | 1.225.00 m ² | |
| <u>Obras Exteriores</u> | | 7.640.00 m ² |
| Plaza | 2.100.00 m ² | |
| Accesos y Estacionamiento | 3.470.00 m ² | |
| Jardines | 2.070.00 m ² | |
| AREA TOTAL | | 27.200.00 m ² |

Servicio de Hospitalización

| | |
|--------------------------------|-----|
| Número de camas | 400 |
| Maternidad y Ginecología | 135 |
| Pediatría | 45 |
| Medicina General | 110 |
| Cirugía | 110 |
| Salas de Partos..... | 4 |
| Salas de RX | 5 |
| Quirófanos | 8 |

Servicio de Consulta Externa

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Número de consultorios | 43 |
| Costo total (Estimación) | ¢ 8.000.000.00 |

(Tomado de la "Memoria Anual de la Dirección General" año 1965).

En la hoja de resumen del formulario 1-b la cantidad que aparece invertida en construcciones y remodelaciones en el quinquenio 1960-1964 es bastante exigua, pues la mayoría de estas inversiones fueron hechas en los años anteriores, antes de poner en servicio cada nuevo consultorio u hospital, tal como se puede comprobar con las fechas de inauguración que van en los formularios correspondientes a cada establecimiento de salud.

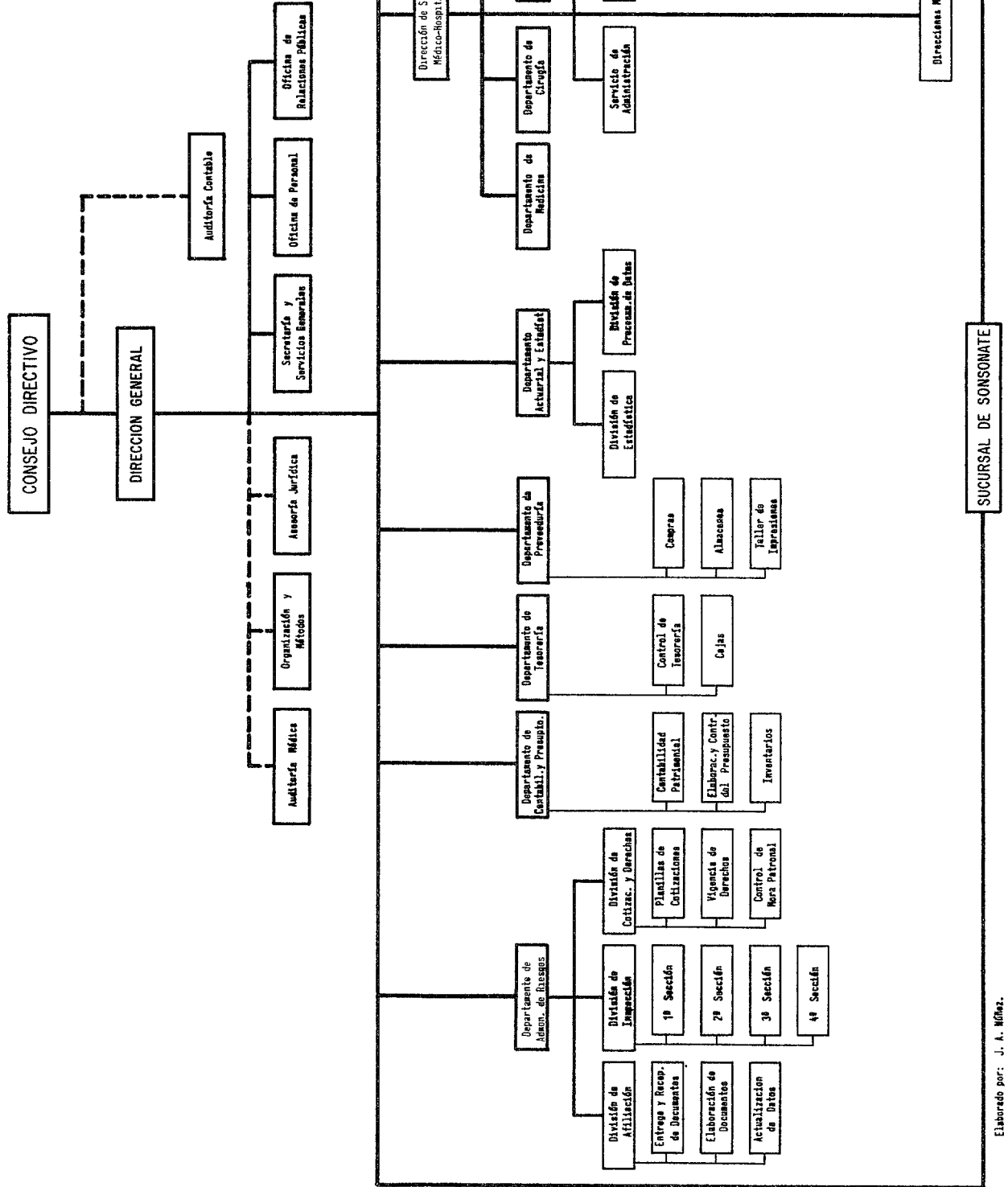
VIII. EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL

En 1965 el régimen del Seguro Social, limitado a los riesgos de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales, amparó a 62.097 trabajadores, o sea el 7% de la población activa del país; pero concientes de la necesidad de extenderse, tanto geográficamente como en la cobertura de riesgos, de acuerdo con la doctrina de la Seguridad Social, las autoridades superiores del Instituto tienen ya preparados los proyectos de extensión del Régimen a las ciudades de Santa Ana (la segunda en importancia después de San Salvador), Chalchuapa, Ahuachapán y Metapán, con lo cual quedará cubierta toda la Zona Occidental; y se han hecho ya las encuestas previas a la extensión a la ciudad de San Miguel (situada en el oriente del país, y tercera ciudad en importancia nacional).

Los estudios para cubrir los riesgos de invalidez, vejez y muerte, ya han sido terminados, como se dijo anteriormente, y se proyecta incluir en las prestaciones médicas a los hijos menores de 2 años, para empezar la cobertura del núcleo familiar.

Resumiendo: modernas construcciones hospitalarias, adopción de nuevas técnicas para mejorar los servicios actuales, extensión geográfica del régimen cubriendo las tres zonas más importantes del país (la Occidental, la Central y la Oriental), cobertura de los riesgos diferidos, inclusión de los hijos de los asegurados y de las esposas o compañeras de vida en los riesgos de enfermedad común, son realizaciones que veremos a corto plazo y que revelan las preocupaciones de las actuales autoridades superiores, por impulsar el desarrollo de la Seguridad Social en el País.

ORGANOGRAMA DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL



CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, El Salvador, 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|--|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Hospital Rosales | 25.1 | 15.5 | 106.8 |
| Seguro Social Hospital Rosales | 11.2 | 29.4 | 90.5 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 10 hospitales que informaron | 10.3 | 29.1 | 82.3 |
| Seguro Social 6 hospitales que informaron | 6.3 | 50.4 | 86.8 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2 centros de salud que informaron | 4.2 | 43.0 | 49.6 |

CUADRO III

Personal de hospitales y proporciones por 100 camas ocupadas, El Salvador, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Número | | | | | | | | | | Proporción por 100 camas ocupadas | | | | | |
|---|---------|--------------|---------------------|------------------------|--------|----------|------------------------|------------|---------|--------------|-----------------------------------|---------------------|------|------------------------|-----------------|-------|
| | Médicos | | Total excl. médicos | Personal de enfermería | | | Otro pers. asist. méd. | Otro pers. | Médicos | | Total excl. médicos | Personal enfermería | | Otros cuidados médicos | Otros servicios | |
| | Total | Tiempo compl | | Total Enferm | Auxil. | Parteras | | | Total | Tiempo compl | | Total Enf. | | | | |
| | | | Otros | | | | Total | | | | | | | | | |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | 133 | 85 | 990 | 409 | 89 | 320 | - | 12 | 569 | 15.3 | 9.8 | 114.2 | 47.2 | 10.3 | 1.4 | 65.6 |
| Hospital Rosales Seguro Social | 41 | 41 | 265 | 94 | 23 | 71 | - | 10 | 161 | 30.8 | 30.8 | 199.2 | 70.7 | 17.3 | 7.5 | 121.1 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | 289 | 214 | 2 790 | 1 164 | 282 | 882 | - | 86 | 1 540 | 10.0 | 7.4 | 96.9 | 40.4 | 9.8 | 3.0 | 53.5 |
| 10 hospitales que informaron Seguro Social | 48 | 48 | 364 | 147 | 30 | 117 | - | 11 | 206 | 25.3 | 25.3 | 191.6 | 77.4 | 15.8 | 5.8 | 108.4 |
| 2 centros de salud que informaron | 6 | 6 | 57 | 26 | 9 | 17 | - | 2 | 29 | 12.2 | 12.2 | 116.3 | 53.1 | 18.4 | 4.1 | 59.2 |

a) Total horas de servicio médico contratadas por día dividido por seis horas, sobre la base de que el médico a tiempo completo trabaja 6 horas.

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario,
El Salvador, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|---|------------------------|-----|---------------------------|-----|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Hospital Rosales Seguro Social Hospital Rosales | 0.7 | 1.0 | 3.1 | 4.8 | 3.6 | ... | 49.3 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Hospital Rosales | 0.6 | 0.6 | 2.3 | 2.3 | 3.1 | ... | 47.4 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 10 hospitales que informaron | 1.0 | 1.3 | 4.0 | 5.4 | 3.1 | ... | 50.0 |
| Seguro Social 6 hospitales que informaron | 0.6 | 0.6 | 3.1 | 3.1 | 3.9 | ... | 50.0 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2 centros de salud que informaron | 1.5 | 1.5 | 4.3 | 4.3 | 1.9 | ... | 54.0 |

(1) Número total de médicos. (2) Número de médicos a tiempo completo a base del total de horas contratadas y una jornada de seis horas. (a) Incluido el número total de médicos.

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada, El Salvador, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|---|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Hospital Rosales | 25 | 161 | 35 |
| Seguro Social Hospital Rosales | 79 | 241 | 59 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 10 hospitales que informaron | 19 | 138 | 33 |
| Seguro Social 6 hospitales que informaron | 65 | 264 | 54 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2 centros de salud que notificaron | 31 | 181 | 62 |

* A base del supuesto de que los médicos trabajan 6 horas al día y las enfermeras 8 horas.

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, El Salvador, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | |
|---|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | | | | |
| Hospital Rosales | 284 073 | 25.1 | 166 247 | 7.67 | 192.52 | 2 807 |
| Seguro Social | | | | | | |
| Hospital Rosales | *45 069 | 11.2 | 17 164 | b)36.36 | 407.23 | 13 308 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | | | | |
| 10 hospitales que informaron | 572 361 | 10.3 | 408 795 | 5.90 | 60.77 | 2 155 |
| Seguro Social | | | | | | |
| 6 hospitales que informaron | *65 465 | 6.3 | 21 238 | b)33.96 | 213.95 | 12 429 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | | | | |
| 2 centros de salud que informaron | 15 058 | 4.2 | 13 925 | 3.40 | 14.28 | 1 244 |

a) Los costos de servicios de pacientes externos se calcularon restando los gastos de días-pacientes del total de gastos corrientes de hospital. b) El costo total indicado por día-paciente, incluidos los gastos de servicios de consulta externa, fue de 39.42. Sobre la base de que 5 consultas de pacientes externos equivalen a un día-paciente, se eliminan los costos de dichos pacientes.

* Censo.

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron,
El Salvador, 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|---------------|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ministerio | 11 | 1 | 11 | 2 |
| Seguro Social | 6 | 3 | 6 | 6 |

CUADRO VIII

Utilización de instituciones de consulta externa y servicios prestados, El Salvador, 1964

| Institución | Población | | Porcentaje de solicitantes | Número | | | | Tasa por 100 habitantes | | | | Consultas por 100 solicitantes | | Proporción por 100 consultas méd. |
|---------------|-----------|-------------|----------------------------|---------------------|------------------|---------|-------------------|-------------------------|---------------------|------------------|---------|--------------------------------|-------|-----------------------------------|
| | Abarcada | Solicitante | | Visitas a domicilio | Exámenes de lab. | Rayos X | Consultas Médicas | Consultas Otras | Visitas a domicilio | Exámenes de lab. | Rayos X | Médicas | Otras | |
| Ministerio | 252 300 | | | 16 301 | 114 552 | 15 553 | 29.8 | 15.3 | 6.5 | 45.4 | | | ... | 20.7 |
| Seguro Social | 68 147 | | | - | - | 98 924 | 514.7 | 379.2 | - | - | | | 28.2 | 6.7 |

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, El Salvador, 1964

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | Total | O t r o p e r s o n a l | | | | Tiempo del médico por consulta (a) (en minutos) | Tiempo de enfermería (b) por consulta Total Enferm. | | |
|---------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------------------------|--------|------------|-------|---|---|----------|----|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | | Enfermería | | Otro pers. | Total | | | | |
| | | | | | | Enfer. | Auxil. | | | | | Parteras | |
| Ministerio | 24 | 75 | 5 | 10 | 111 | 58 | 29 | 29 | - | 53 | 18 | 35 | 18 |
| Seguro Social | 107 | 219 | 27 | 55 | 203 | 70 | 12 | 58 | - | 133 | 12 | 14 | 2 |

a) A base de horas de servicio de médicos y odontólogos (b) Basado en el total de consultas.

CUADRO X

Promedio del costo por consulta de pacientes externos,
El Salvador, 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|---------------|-------------|---------------|
| Ministerio | 4.88 | 3.69 |
| Seguro Social | 5.54 | 5.86 |

HONDURAS

ENCUESTA SOBRE COORDINACION DE LA ATENCION MEDICA

I. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

1.) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

INFORMACION GENERAL

La Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras es parte del Poder Ejecutivo, depende directamente de la Presidencia de la República, de acuerdo con las disposiciones de la Constitución, tanto la que estaba en vigencia en el año de 1964, como en la presente del año de 1966.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social actúa en el fomento, protección y reparación de la Salud con cobertura universal en el país.

Estas acciones las ejecuta a través de tres Direcciones Generales, la Dirección General de Asistencia Médico-Social y la Dirección General de Salud Pública, la Dirección General del SNEM.

También se conoce a la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, con el nombre de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social recibe Asesoría Técnica de OPS/OMS, FAO, INCAP, CLACE, UNICEF, AID y CARE, organismos internacionales todos, algunos de los cuales dan también asistencia en equipo, materiales, etc. El PANI también tiene una acción de cooperación con la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, ya que constituye un organismo descentralizado de la propia Secretaría.

La Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, está gobernada por el Secretario o Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, el cual ejerce la función rectora principal y actúa por intermedio de las Direcciones Generales que dependen directamente de este organismo superior.

El Secretario de Salud Pública y Asistencia Social es asistido en sus funciones rectoras por el Sub-Secretario de Salud Pública y Asistencia Social, quien en ausencia del titular asume toda la responsabilidad de la Secretaría.

Como Oficial de enlace entre la Secretaría y las Direcciones Generales, se tiene al Oficial Mayor de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social. Este funcionario, da curso a todas las disposiciones

de la Secretaría y Sub-Secretaría y las comunica a las distintas dependencias subordinadas. También actúa expeditando la correspondencia internacional de la Secretaría.

Dependen directamente de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, las siguientes:

Dirección General del SNEM, organismo descentralizado, que hace el control de la Malaria en todo el país. Este organismo cuenta con independencia de acción y actúa a través de sus departamentos de Educación Sanitaria, Evaluación Rociado y el Departamento Administrativo.

El Departamento de Servicios Administrativos, que depende directamente de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, siendo el controlador de los ingresos y egresos de la Secretaría y sus Dependencias, contando con las secciones de contabilidad, compras, de personal y transporte. Ejerce vigilancia administrativa sobre el Departamento administrativo de la Dirección General de Salud Pública.

Auditoría es otra dependencia de la Secretaría que como su nombre lo indica tiene esas funciones específicas.

La Secretaría cuenta además con un Departamento de Asesoría Jurídica, de la misma manera que el PANI.

Por disposiciones especiales la División de Bioestadística es una dependencia (1964) directa de la Secretaría, pero sirviendo a todas las dependencias.

La Dirección General de Salud Pública, estaba asesorada por un Consejo Técnico, para el manejo administrativo cuenta con un Departamento Administrativo que se encarga de este aspecto en relación a todas las dependencias de la Dirección General de Salud Pública. Entre sus funciones están: elaboración de planillas de pagos, compras de equipo y materiales a nivel local, distribución de estos en las distintas dependencias, administración de viáticos, control transportes, mantenimiento de las plantas físicas.

En 1964 la Dirección General de Salud Pública contaba con dos sub-Direcciones: La Sub-Dirección de Servicios Locales de Salud Pública, con siete Distritos Sanitarios, cada uno de los cuales gobernando técnica y administrativamente las Unidades locales de Salud Pública, es decir, Centros de Salud Distritales, Centros de Salud, Sub-Centros de Salud, Clínicas Materno Infantiles y Puestos de Salud.

La Dirección General de Salud Pública está dirigida por el Director General de Salud Pública. Ejerciendo su función rectora a través de Sub-Dirección de Servicios Locales y la Sub-Dirección Normativa. La

primera tiene funciones ejecutivas y aplicativas de las normas y técnicas que elabora la Sub-Dirección Normativa por medio de sus propias dependencias.

Dependiendo directamente de la Sub-Dirección de Servicios Locales de Salud Pública están los Jefes Distritales que en lo posible se desempeñan por Médicos Sanitaristas. El Jefe Distrital tiene funciones ejecutivas y técnicas en el área jurisdiccional que le corresponde, ejerce la administración de todas sus dependencias, aplica las normas y las adapta a las condiciones locales, recibe informes estadísticos, prepara informes generales para la Sub-Dirección de Servicios Locales, supervisa y evalúa las unidades de su jurisdicción.

Todas las Unidades de los Distritos tienen funciones de medicina preventiva y de reparación ambulatoria de la salud.

La Sub-Dirección Normativa está dirigida también, como la Sub-Dirección de Servicios locales, por un médico sanitarista, este ejerce además las funciones de Director General de Salud Pública por la Ley, en ausencia del titular.

La Sub-Dirección Normativa está constituida por las Divisiones siguientes: División Normativa y Ejecutiva de Sanamiento Ambiental, actuando por medio de los Departamentos de Agua Potable y Alcantarillados, Sección de Perforación de Pozos, Sección de aguas para el medio rural, saneamiento general y la sección de construcción de letrinas. Sus funciones son claramente señaladas.

La División de Epidemiología, con sus Departamentos de Cáncer, Lepra y Salud Pública Veterinaria, ejerce funciones específicas en epidemias, enfermedades infecto-contagiosas, establece normas, dirige las campañas de inmunizaciones, ejerce funciones de supervisión y evaluación en su ramo.

La División de Tuberculosis actúa en la prevención y tratamiento ambulatorio de la tuberculosis. Actúa en las regiones rurales por medio de Unidades Móviles. Dicta normas y procedimientos de trabajo y ejerce funciones de supervisión y evaluación.

La División de Fomento de la Salud, asistida por cuatro departamentos, el de Higiene Materno Infantil, el Departamento de Nutrición, y el Departamento de Odontología Sanitaria. Su acción es normativa, de supervisión y evaluación. El Departamento de Odontología Sanitaria tiene además funciones ejecutivas y administrativas de los servicios dentales de los Centros de Salud.

La División de Laboratorio con sus distintas secciones, ejerce funciones normativas, administrativas y aplicativas.

La División de Servicios Generales consta de dos Departamentos el de Educación Sanitaria y el de Enfermería Sanitaria. Tiene funciones normativas y de Supervisión. El Departamento de Enfermería tiene además funciones ejecutivas.

Como organismos dependiente de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, funciona la Dirección General de Asistencia Médico Social, que actúa estableciendo normas de trabajo, administrando, supervisando y evaluando los distintos Hospitales del Estado, así la unidad Hospitalaria de Instituto Hondureño de Seguridad Social. Ejerce funciones de vigilancia sobre los hospitales privados del país.

Existe Plan Nacional de Salud Pública, pero en el mismo solo se consideran las Instituciones dependientes de la Dirección General de Salud Pública, formando parte de un Plan General de Desarrollo Económico y Social.

Los programas de trabajo son elaborados por cada una de las Divisiones en atención a los recursos locales y con metas específicas.

El Presupuesto General de Gastos de la Secretaría es formulado por las Direcciones Generales a través de sus Departamentos administrativos, atendiendo al desarrollo de los programas y sus metas.

El monto del presupuesto de Gastos de la Secretaría fue de L. 7.544.427,00 Lempiras y cero centavos. Existen otras aportaciones que provienen del PANI, las municipalidades, Gobernaciones políticas y varios. El Estado paga cuotas a distintos organismos internacionales. No han existido normas específicas para el nombramiento y manejo del personal.

2) Instituto Hondureño de Seguridad Social

GENERALIDADES

El régimen del Seguro Social en Honduras fue establecido mediante la Ley del Seguro Social el 19 de mayo de 1959, emitida por Decreto No. 140 del Congreso Nacional y por Acuerdo No. 51 del Poder Ejecutivo de 23 de febrero de 1962 fue aprobado el Reglamento de Aplicación del Seguro Social Obligatorio, adoptado por la Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social, de conformidad con lo previsto en el Art. 182 de la ley citada.

El Seguro Social de Honduras es el más joven de América Latina, ya que a pesar de que en 1959 se decretó la ley, no fue sino hasta el 10. de marzo de 1962 que se inauguraron los servicios médicos, exactamente cuatro años después.

El IHSS es un organismo autónomo que goza de personalidad jurídica y de patrimonio propio. Tiene a su cargo la orientación, dirección y administración del Seguro Social.

El régimen se implantará en forma gradual y progresiva tanto en lo relativo a riesgos cubiertos, como a las zonas geográficas y a la categoría de trabajadores protegidos.

El Seguro Social está limitado actualmente a las ciudades de Tegucigalpa y Comayagua, cubriendo a los trabajadores del área del Distrito Central.

El órgano de comunicación entre los poderes públicos y el Instituto es el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

El Instituto puede celebrar contratos con los organismos, empresas o entidades que tengan establecidos servicios médicos u hospitalarios propios y permanentes para sus trabajadores asalariados, para que dichos organismos tomen a su cargo todas o parte de las prestaciones del seguro de enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo. A cambio de ello el Instituto les concederá una rebaja en la cuota patronal proporcional a la naturaleza y cuantía de los servicios a cargo de dichos organismos, empresas o entidades.

Organos directivos:

La autoridad máxima del Instituto es la Junta Directiva, órgano de deliberación y decisión, y el Director General, órgano ejecutivo.

La Junta Directiva está integrada de la manera siguiente:

- a) El Director General que es miembro titular y presidente de la misma.
- b) El Ministro de Trabajo y Previsión Social.
- c) Un representante titular de los trabajadores asegurados.
- d) Un representante titular de los patronos.
- e) Un representante titular de las agrupaciones médicas reconocidas.

Organos de control:

Las funciones de inspección y fiscalización de las cuentas y operaciones financieras del Instituto están a cargo de un Auditor Interno nombrado por la Junta Directiva, a propuesta, en terna, de la Contraloría General de la República.

Las funciones de inspección y vigilancia externas están a cargo de la Contraloría General de la República, a quien corresponde cerciorarse de que las operaciones del Instituto se han realizado legalmente, debiendo informar a la Junta Directiva de cualquier irregularidad o infracción que notare.

FINANCIAMIENTOFondos de Reserva:

El Instituto debe constituir un fondo para hacer frente a posibles emergencias, cuya cuantía será fijada por los reglamentos. Las sumas que excedieren de esta cuantía se invertirán en títulos de crédito emitidos y garantizados por el Estado.

Operaciones financieras:

El Instituto puede solicitar préstamos a largo plazo para su inversión exclusiva en obras de carácter permanente que no puedan ser financiadas con los presupuestos ordinarios.

Recursos:

Los recursos del Instituto están constituidos por:

- a) Las cotizaciones de patronos y trabajadores; y las cotizaciones y contribuciones del Estado;
- b) Las utilidades de las inversiones;
- c) El producto de las multas y recargos;
- d) Las donaciones, herencias y legados a favor del Instituto, y
- e) Cualesquiera otros valores, bienes o recursos que por otras leyes se asignen al Instituto.

Las cotizaciones y contribuciones de trabajadores y patronos deben ser fijadas en los reglamentos, en las siguientes proporciones: trabajadores asegurados 25%; patronos 50%; y el Estado 25%. Las entidades autónomas, semi-autónomas y descentralizadas del Estado, deben contribuir con el 75%, con excepción de los Municipios que sólo contribuyen como patronos.

CAMPO DE APLICACION

Están sujetos al Seguro Social Obligatorio:

- a) Los trabajadores particulares que prestan sus servicios a una persona natural o jurídica, sea cual fuere el tipo de relación laboral que los vincule y la forma de remuneración y que trabajen en la jurisdicción del Distrito Central;
- b) Los trabajadores públicos, los de las entidades autónomas y semi-autónomas y los de las entidades descentralizadas del Estado.

Exclusión:

Están provisionalmente exentos de la afiliación al Seguro:

- a) Los trabajadores a domicilio;
- b) Los trabajadores domésticos;
- c) Los trabajadores de temporadas;
- d) Los trabajadores ocasionales ocupados en trabajos extraños a la naturaleza de la empresa;
- e) Los trabajadores agropecuarios, salvo aquellos que trabajen en empresas agrícolas propiamente dichas, o en empresas industriales o comerciales derivadas de la agricultura, que empleen un número mínimo de trabajadores a fijarse en los reglamentos.

No están sujetos al Seguro Social Obligatorio el cónyuge, los padres y los hijos menores de 16 años del patrono, que trabajen por cuenta de éste; y los miembros de las fuerzas armadas.

PRESTACIONES

El Seguro Social cubrirá en su primera etapa de funcionamiento los riesgos de enfermedad y accidente común, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Enfermedad común:

En caso de enfermedad no profesional, el asegurado tiene derecho, dentro de las limitaciones y condiciones que fijen los reglamentos respectivos, a las prestaciones siguientes:

- a) Asistencia médico-quirúrgica, general y especializada, asistencia hospitalaria y farmacéutica que fuere necesaria y asistencia dental, excepto trabajos de prótesis.
- b) En caso de incapacidad laboral reconocida, un subsidio en dinero equivalente al 66% del salario base diario, a partir del cuarto día de la incapacidad y siempre que el asegurado haya cotizado un mínimo de 75 días en el semestre anterior.

El fallecimiento del asegurado da derecho a una ayuda para gastos funerarios. El accidente común se equipará a los casos de enfermedad no profesional.

El Instituto proporcionará en principio, en establecimientos y con personal médico y auxiliar propios, las prestaciones en especie a que tienen derecho los asegurados. En casos especiales el Instituto puede suscribir contratos y acuerdos con centros sanitarios públicos o privados, y también con médicos particulares para prestar todas o algunas de estas prestaciones dentro de las limitaciones que fijen los reglamentos.

También tienen derecho a las prestaciones en especie fijadas en la ley los hijos de los asegurados menores de dos años.

Maternidad:

En caso de maternidad, las aseguradas tienen derecho, dentro de las limitaciones y condiciones que fijen los reglamentos, a las prestaciones siguientes:

- a) Atención médica prenatal, natal y postnatal, que sea necesaria;
- b) Un subsidio en dinero, siempre que la asegurada no efectúe trabajo alguno remunerado durante el tiempo que reciba dicho subsidio y será equivalente al 66% del salario base diario;
- c) El Instituto podrá asimismo otorgar una ayuda de lactancia, en especie o en dinero, y una canastilla infantil.

Tienen derecho a las prestaciones en especie la esposa o compañera de vida del trabajador asegurado en las condiciones que fija el Reglamento respectivo; la trabajadora cesante y la esposa o compañera del trabajador

cesante, siempre que la cesantía se produzca estando la interesada en estado de gravidez, lo mismo que en caso de muerte del asegurado.

Accidentes de trabajo o de enfermedad profesional:

Se conceden las prestaciones siguientes:

- a) Asistencia médico-quirúrgica, hospitalaria o dental necesaria, así como los medicamentos, aparatos de prótesis y demás auxilios terapéuticos que requiera el estado del asegurado;
- b) Un subsidio diario, cuando el accidente o enfermedad profesional produzca incapacidad temporal para el trabajo;
- c) Una renta por incapacidad permanente, total o parcial o una suma global en su caso;
- d) Pensión y una ayuda para gastos funerales en caso de muerte del asegurado, que se pagará a sus deudas de conformidad con lo que establecen los Reglamentos.

El asegurado incapacitado está obligado a someterse a exámenes médicos, así como a los tratamientos que le fueren prescritos por los médicos del Seguro. El Instituto puede suspender el pago del subsidio en caso de incumplimiento de esta disposición y también el pago de la renta por incapacidad permanente si el interesado rehusa someterse a los exámenes que le sean ordenados.

A las prestaciones en especie tienen derecho el asegurado sin necesidad de tiempo mínimo de cotización, y el subsidio se concede a partir del cuarto día inclusive de la incapacidad para el trabajo, por el tiempo que ésta dure o hasta la consolidación de la lesión, pero sin exceder en ningún caso de 52 semanas. Pasado ese tiempo se determina si existe incapacidad para el trabajo, estableciendo el grado de la misma por los médicos al servicio de la Institución, mediante dictamen basado en la naturaleza de la lesión, trastorno funcional, estado general, edad, ocupación, capacidad física y mental, calificación profesional antes y después del accidente, concluyendo si se trata de incapacidad total o parcial permanente para los efectos del pago de la renta.

El Instituto realiza propaganda sistemática sobre prevención de accidentes, tanto por el Departamento de Relaciones Públicas como por el cuerpo de Inspectores de Higiene y Seguridad. El Instituto puede conceder premios a las empresas que con la adopción de las medidas de prevención hubieren contribuido a la reducción de los riesgos profesionales.

INFORME GENERAL SOBRE EL PRESUPUESTO

El Presupuesto de Ingresos y Egresos del IHSS se elabora tomando en cuenta los realizados a una fecha determinada para precisar las estimaciones del año que se presupuesta, así como las disposiciones establecidas en el Reglamento Financiero y preceptos legales que sirven de base para los cálculos actuariales.

Las contribuciones para cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedad profesional, se computan sobre los salarios asegurables en la proporción siguiente:

Trabajadores 2-1/2%, Patronos 5%, Estado 2-1/2%. El Estado cuando concurre como tal y como patrono contribuye con el 7-1/2% en tales condiciones lo hacen las instituciones autónomas y semi-autónomas, excepto los municipios que contribuyen con el 5%. Una vez obtenido el monto de ingresos probables, se procede a distribuirlo de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 2 del Reglamento Financiero, así:

| <u>PORCENTAJE</u> | <u>PARA CUBRIR LAS NECESIDADES SIGUIENTES:</u> |
|-------------------|--|
| 4.17 (1) | Prestaciones en Servicio y en Especie |
| 1.67 (1) | Subsidios por incapacidades temporales |
| 0.87 | Pensiones, rentas y sepelio |
| 1.50 | Gastos administrativos |
| 1.79 | Patrimonio básico |
| <hr/> | |
| 10.00 | Total de los salarios cotizados |

Intereses, multas y otros incrementan el patrimonio básico.
El Presupuesto para 1966 ha sido elaborado por Programas así:

| | |
|---|----------------|
| Programa de Dirección y Administración Superior | L 603.900,00 |
| Programa de Fiscalización | " 44.075,00 |
| Programa de Consulta Externa | " 718.780,80 |
| Programa de Servicios Hospitalarios | "1.334.250,32 |
| Programa de Inversiones | " 990.500,00 |
| Programa de Transferencias | "1.254.293,88 |
| | <hr/> |
| TOTAL | L 4.945.800,00 |
| | <hr/> |

(1) En estos porcentajes se incluye el gasto correspondiente a los riesgos de Enfermedad y Maternidad.

Los ingresos probables se calcularon en los siguientes montos:

| | |
|----------------------|-----------------------|
| Cotizaciones | L 4.820.800,00 |
| Multas y recargos | " 15.000,00 |
| Varios e imprevistos | " 110.000,00 |
| TOTAL | L 4.945.800,00 |

SERVICIOS MEDICOS

Las prestaciones médicas son otorgadas actualmente en dos Unidades: Consultorio Externo y Hospital, los que dirigen un Director para cada una, dependiendo del Departamento de Servicios Médicos y éste de la Dirección General, órgano ejecutivo responsable de la marcha de la Institución. Tanto el Consultorio Externo como el Hospital forman un solo bloque y son propiedad del Instituto.

El Consultorio físicamente cuenta con 22 cubículos para medicina general y especializada, odontología, servicio a domicilio y oficinas administrativas, admisión, enfermería, etc.

La distribución actual es la siguiente:

| | | |
|-----------------------|-------------------|--------------------------|
| Medicina General | 9 médicos | 30 horas diarias |
| Pediatría | 9 " | 22 " " |
| Clínica del Niño Sano | 1 médico | 3 " " |
| Prenatal | 4 médicos | 9 " " |
| Consulta Extemporánea | 1 médico | 6 " " |
| Odontología | 5 médicos | 15 " " |
| Especialidades | 12 " | 20 " " |
| Servicio a Domicilio | 1 médico | 6 " " |
| TOTAL | 42 médicos | 111 horas diarias |

Turnos: 8 am. a 12 m. y 2 a 6 pm.

Los médicos trabajan con el sistema de horarios, de preferencia que puedan dar de 2 a 4 horas, algunos tienen seis, repartido este tiempo en dos jornadas, de 8 am. a 12 m. y de 2 a 6 pm. No tenemos médicos a tiempo completo, únicamente los Jefes de Unidad con ocho horas. Hay escasez de personal, sobre todo en medicina especializada.

Se cuenta con servicio a domicilio para aquellos casos en que el derecho-habiente está imposibilitado para presentarse al Hospital, Consultorio o para los pacientes recientemente egresados del Hospital que necesitan algún control.

Hospital:

Funciona actualmente en un edificio acondicionado para tal fin. Cuenta con 130 camas y 47 cunas para recién nacidos. Se divide en secciones de: Medicina de Hombres y Mujeres, Cirugía de Hombres y Mujeres, Pediatría, Maternidad y Sala Cuna, Servicio de Rehabilitación y Medicina Física, Servicio permanente de Emergencia con sector de Observación para adultos y niños. Además se atienden otras especialidades como: Cirugía del Torax, Urología, Neurocirugía, Traumatología y Ortopedia, Cardiología, Gastroenterología, Neurología, Psiquiatría, Dermatología, Cirugía Plástica, etc.

Cuenta con su propio Laboratorio y Banco de Sangre, Departamento de Rayos X, Encefalografía, etc. Los médicos generalmente trabajan por la mañana, quedando el Hospital en manos de los Médicos Internos y aquellos en llamada para casos de urgencia. Tenemos escasez de Enfermeras Profesionales en el país. El Instituto cuenta con un Centro de Capacitación para Auxiliares de Enfermería.

Próximamente se construirá un tercer piso que mejorará las instalaciones y hará más funcional y eficaz el servicio.

Las actividades preventivas han estado reducidas a la labor personal de los médicos, a conferencias de Enfermeras especializadas y de algunos médicos en servicio. La vacunación D.P.T. obligatoria, B.C.G. en recién nacidos, Viruela y Tifoidea. Estas últimas se exige lo hagan en dependencias de Salud Pública.

En el presente mes se establecerá el Servicio de Medicina Preventiva, a cargo de un médico especializado, que será encargado de dirigir, coordinar, y controlar las acciones de Fomento y Protección de la Salud en los establecimientos del IHSS, teniendo bajo su dependencia Epidemiología y Educación Sanitaria, estando sus funciones dirigidas principalmente a:

- 1) Prevención de enfermedades infecto-contagiosas;
- 2) Lucha contra la Tuberculosis;
- 3) Lucha contra la Sífilis y demás enfermedades venéreas;
- 4) Educación sanitaria;
- 5) Docencia;
- 6) Investigación

El Instituto Hondureño de Seguridad Social no tiene ninguna relación jurídica con el Ministerio de Salud Pública. Las relaciones hasta hoy se limitan a la contratación de servicios para tratamiento de encamados en el

Sanatorio Nacional para Tuberculosos y con el Hospital General para tratamiento de Radioterapia, Radium y Cobaltoterapia, lo mismo que para niños atacados de Poliomiélitis.

No ha sido posible establecer coordinación con los servicios de Salud Pública sobre todo en lo que se refiere a Medicina Preventiva. Algunas veces lo que hemos logrado es el suministro de dosis de vacuna para los afiliados, por ejemplo durante una reciente epidemia de Polio.

La Dirección General del IHSS y los Servicios Médicos están conscientes de que toda labor de Medicina Preventiva debe realizarse con la coordinación y cooperación del Ministerio de Salud Pública, para evitar duplicidad de servicios, mayor costo y menor beneficio para la comunidad.

Los beneficiarios en lo que a su derecho a prestaciones les conceden los reglamentos, son atendidos por los Servicios Médicos en su totalidad.

Tegucigalpa, D.C., marzo de 1966.

CUADRO I

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, Honduras, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | | |
|---|--------------------|--------|--------|---------------|------------------------------|---------------------------|-------|---------------|------------------------------|
| | | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | ... | 1 396 | 14 189 | 372 474 | 221 806 | ... | ... | ... | ... |
| San Felipe | | | | | | | | | |
| Seguro Social | | | | | | | | | |
| Hospital | 41 649 | 120 | 4 366 | 25 567 | 17 983 | 2.5 | 104.8 | 613.9 | 431.8 |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | | | | | | | |
| 8 hospitales generales | 2 092 000 | 2 281 | 40 217 | 619 379 | 317 764 | 1.1 | 19.2 | 296.1 | 151.9 |
| 3 hospitales especializados | 1 245 931 | 830 | 1 780 | 362 052 | 5 431 | 0.7 | 1.4 | 290.6 | 4.4 |

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, Honduras, 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|----------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| Ministerio | | | |
| San Felipe | 26.3 | 10.2 | 72.9 |
| Seguro Social | | | |
| Hospital | 5.9 | 36.4 | 58.3 |
| Ministerio | | | |
| 8 hospitales generales | 15.4 | 17.6 | 74.2 |
| 3 hospitales especializados | 203.4 | 2.1 | ... |

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario, Honduras, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|-----------------------------------|------------------------|-----|---------------------------|-----|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Ministerio San Felipe | 0.5 | ... | 4.2 | ... | 6.9 | ... | 62 |
| Seguro Social Hospital | 0.5 | 1.0 | 2.6 | 5.5 | 4.5 | ... | 62 |
| Ministerio 8 hospitales generales | 0.4 | ... | 3.8 | ... | 9.7 | ... | 54 |
| 3 hospitales especializados | 0.8 | ... | 4.3 | ... | 4.7 | ... | 49 |

(1) Proporción con respecto al total de médicos

(2) Proporción con respecto a los médicos a tiempo completo (horas de servicios de médicos divididas por seis).

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada, Honduras, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|--------------------------------------|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Ministerio San Felipe | ... | 102 | 13 |
| Seguro Social Hospital | 54 | 564 | 72 |
| Ministerio 8 hospitales generales | ... | 107 | 10 |
| 3 hospitales especiali- zados | ... | ... | .. |

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, Honduras, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | |
|--|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año |
| Ministerio San Felipe | 372 474 | 26.3 | 221 806 | 6.22 | 163.59 | 2 277 |
| | 25 567 | 5.9 | 17 983 | a) 36.74 | 216.77 | 13 447 |
| Ministerio 8 hospitales generales 1 hospital psiquiátrico 2 hospitales antituberculosos | 619 379 | 15.4 | 317 764 | 5.45 | 83.93 | 1 995 |
| | ... | 253.6 | 4 563 | 3.25 | 824.20 | 1 190 |
| | ... | 174.2 | 868 | 6.06 | 1 055.65 | 2 218 |

(a) Difiere de los datos del formulario sobre gastos.

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron, Honduras, 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|---|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | | |
| Hospitales generales | 8 | ... | 8 | 8 |
| Hospitales especializados | 2 | ... | 2 | 2 |
| Centros de salud | 10 | 3 | 9 | 5 |
| Subcentros de salud | 20 | 1 | 12 | 1 |
| Puestos de salud | 14 | 1 | - | - |
| Unidades móviles | 8 | ... | - | - |
| Consultorios de higiene maternoinfantil | 23 | 1 | 6 | - |
| Seguro Social | 1 | 21 | 1 | 1 |

CUADRO VIII

Utilización de instituciones de consulta externa y servicios prestados, Honduras, 1964

| Institución | Población | | Porcentaje de solicitantes | Número | | | | Tasa por 100 habitantes | | | | Consultas por 100 solicitantes | | Proporción por 100 consultas méd. | |
|---|-----------|-------------|----------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------------|-----------|-------|---------------------|--------------------------------|---------|-----------------------------------|-------|
| | Abarcada | Solicitante | | Consultas Médicas | Consultas Otras | Visitas a domicilio | Exámenes de Lab. | Rayos X | Consultas | | Visitas a domicilio | Inmunizaciones | Médicas | | Otras |
| | | | | | | | | | Médicas | Otras | | | | | |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | 2 092 000 | ... | ... | 317 764 | ... | - | 325 672 | 43 367 | 15.2 | ... | - | 102.5 | 13.6 | - | |
| Hospitales generales | 513 564 | 152 282 | 29.7 | 214 225 | - | 20 680 | 159 183 | 56 865 | 41.7 | - | 4.0 | 74.3 | 26.5 | 140.7 | |
| Centros de salud | 330 084 | 72 879 | 22.1 | 126 688 | - | 6 130 | 45 613 | - | 38.4 | - | 1.9 | 36.0 | - | 173.8 | |
| Subcentros de salud | 112 620 | 18 680 | 16.6 | 37 393 | - | 2 014 | - | - | 33.2 | - | 1.8 | - | - | 200.2 | |
| Unidades móviles (a) | 124 286 | ... | ... | 79 775 | 67 376 | 12 092 | - | - | 64.2 | 54.2 | 9.7 | - | - | ... | |
| Consultorios de higiene materno-infantil | 342 816 | 42 379 | 12.4 | 94 994 | - | 8 700 | 24 484 | - | 27.7 | - | 2.5 | 25.8 | - | 224.2 | |
| Seguro Social | 41 649 | 27 479 | 66.0 | 122 780 | - | 3 621 | ... | 5 254 | 294.8 | ... | 8.7 | ... | 4.3 | 446.8 | |

(a) Datos sobre 6 unidades exclusivamente.

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, Honduras, 1964

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | Otro personal | | | | Tiempo de enfermería por consulta Total Enferm. | Tiempo del médico por consulta (en minutos) | Tiempo de enfermería por consulta Total Enferm. |
|---|----------|-------|-----------|-------|---------------|------------|---------------|------------|---|---|---|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | Total | Enfermería | | Otro pers. | | | |
| | | | | | | Total | Enfer. Auxil. | | | | |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 21 | 2 |
| Hospitales generales (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 38 | 9 |
| Centros de salud | 33 | 164 | 8 | 18 | 243 | 15 | 51 | 177 | 12 | 40 | 6 |
| Subcentros de salud | 25 | 102 | 8 | 23 | 135 | 6 | 35 | 94 | 13 | 37 | - |
| Puestos de salud | 5 | 20 | - | - | 16 | - | 11 | 5 | 8 | 42 | - |
| Unidades móviles | 8 | 64 | - | - | 27 | - | 27 | - | 13 | | - |
| Consultorios de higiene materno-infantil | 29 | 104 | 4 | 11 | 74 | 3 | 28 | 43 | 17 | 41 | 4 |
| Seguro Social | 35 | 88 | 5 | 13 | 55 | 2 | 23 | 30 | 11 | 25 | 2 |

a) En los formularios no fue posible distinguir qué personal atendía a pacientes internos y cuál a externos.

CUADRO X

Promedio del costo por consulta de pacientes externos, Honduras, 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|---|-------------|---------------|
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | |
| Hospital general | ... | ... |
| Centros de salud | ... | ... |
| Subcentros de salud | ... | ... |
| Puestos de salud | ... | ... |
| Unidades móviles | 15.00 | 15.00 |
| Consultorios de higiene materno-infantil | ... | ... |
| Seguro Social | 5.30 | 5.30 |

M E X I C O

I - ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

1. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA*

La atención médica en México ha sufrido cambios importantes en su filosofía, sus procedimientos y sus volúmenes durante las últimas décadas; en efecto, hasta hace relativamente poco tiempo, los servicios médicos se caracterizaban por ser ofrecidos, casi exclusivamente, a grupos de población con capacidad económica para pagar por ellos y conformación cultural adecuada para utilizarlos. Estos servicios eran proporcionados por médicos preparados para realizar una medicina de tipo individual, que trabajaban aisladamente unos de otros o que tenían contactos profesionales muy limitados, sobre la base de referir pacientes a los practicantes de ciertas especialidades, pero manteniendo siempre el desarrollo general del cuidado médico en un ámbito de aislamiento intelectual y técnico.

El cuerpo médico constituía una élite de alta capacidad que generalmente recibía adiestramiento postprofesional en países extranjeros, sobre todo de Europa.

Este cuerpo médico practicaba la medicina hospitalaria en instituciones de propiedad privada, con fines lucrativos, muchas de las cuales se encontraban pobremente equipadas y, a veces, totalmente ajenas al progreso tecnológico y científico.

Otras instituciones médicas que hace mucho tiempo pertenecían a organizaciones benéficas privadas, fueron posteriormente pasando a manos de los gobiernos, los que las mantenían para servicio de los sectores económicamente más débiles.

Sin embargo, la población rural y los grupos populares de las ciudades sólo recibían atención médica en forma excepcional, ocurriendo, por lo general, a los servicios prestados por los practicantes de la medicina tradicional autóctona.

En la actualidad, México es un país con una población de 42.000.000 de habitantes repartidos en una extensión territorial aproximada de dos millones de Kms², lo que da una densidad de población de 21.5 habitantes por Km². La tasa de incremento anual, para el último decenio, ha sido

* XXIV REUNION DE LA ASOCIACION FRONTERIZA MEXICANA ESTADOUNIDENSE DE SALUBRIDAD -6 a 10 DE JUNIO DE 1966- SALTILLO, COAH.

LA ATENCION MEDICA EN MEXICO

DR. FRANCISCO FONSECA, Subdirector Médico del ISSSTE.- DR. LUIS MENDEZ, Subdirector Médico del IMSS.- DR. PEDRO DANIEL MARTINEZ, Subsecretario de Salubridad.

La medicina tradicional favorecía el ejercicio del médico aislado. La seguridad social debe evitar la atención aislada del paciente.

de 3,2%, lo que implica un aumento bruto aproximado de 1.200.000 habitantes por año, con tendencia manifiesta a un ascenso rápido, por lo que se calcula que en 1969 se anotará un aumento de 1,5 millón de seres humanos.

La población nacional es, como todas las de América Latina, una población joven, ya que el 44,21% está formado por menores de 14 años; igualmente constituye todavía una alta proporción (49%) la población rural, aún cuando disminuye con relativa rapidez en beneficio de la población urbana.

La mortalidad general ha disminuido en forma importante ya que era de 23,8 por 1.000 en 1934 y descendió a 10,3 por 1.000 en 1964. La mortalidad infantil también ha sufrido un importante decremento ya que se redujo de 146,8 por 1.000 nacidos vivos en 1931 a 64,5 por 1.000 nacidos vivos en 1964.

La esperanza de vida al nacer estimada en 38,7 años en 1934, se elevó a 64,6 en 1964.

A pesar del progreso que en el estado de la salud pública traducen estas cifras, las principales causas de muerte en el país siguen siendo las enfermedades infecciosas y los accidentes, aún cuando progresivamente han ido elevando su importancia algunos padecimientos de tipo degenerativo.

Existen en la actualidad en la República Mexicana 24.174 médicos en ejercicio; de ellos, 11.419 (47,2%) radican en el Distrito Federal, el cual concentra 6.468.137 habitantes que representan el 13,9% de la población nacional.

Esta marcada concentración en la capital de la República se repite, aunque en menor proporción, cuando comparamos la distribución de los médicos en las capitales de los Estados y en las zonas rurales.

Por otra parte, el aumento en el número de médicos va a la zaga del incremento de la población, de tal manera que la proporción médico-habitantes, se va haciendo cada vez más desfavorable.

El origen de los médicos en el México actual, es predominantemente la clase media popular, con un porcentaje significativo de elementos que proceden de las capas obreras y campesinas; existe una tendencia creciente a la disminución de los médicos provenientes de familias acaudaladas, tal vez debido a que, aunque el ingreso médico promedio es aún comparable, en términos generales, al ingreso de comerciantes e industriales de mediana capacidad, ha sido reducido progresivamente. Es posible que influya también en el limitado crecimiento del cuerpo médico mexicano y en la modificación de las capas sociales de las que proceden sus integrantes, el hecho de que el desarrollo industrial creciente del país ofrezca cada vez en mayor número oportunidades de más alto atractivo económico y, tal vez, aún social, en otras actividades profesionales.

La proporción de médicos que se benefician con cursos formales de adiestramiento para post-graduados es muy limitada y existe aún un alto número de médicos que trabajaban solos en pequeñas comunidades.

El número de hospitales existentes en el país, así como el número de camas y su relación con la población, es de las más bajas de América, lo que significa que el médico mexicano tiene muy limitadas posibilidades para prepararse en los hospitales y para ejercer en ellos. Por otra parte, la mayoría de los hospitales atiende preferentemente emergencias quirúrgicas y eventualmente médicas; esto es debido, por una parte, a la escasez de recursos hospitalarios y, por otra, al tipo de demanda ejercida por la población, la que está determinada a su vez por la estructura cultural del pueblo mexicano.

La atención obstétrica, hasta hace pocos años, se efectuaba casi universalmente a domicilio; sin embargo, en las últimas dos décadas, se ha elevado muy considerablemente la proporción de atención institucional de los partos, aún cuando en un alto número de ellos esa atención es de baja calidad técnica.

En 1934 la capital de la República no tenía ningún hospital infantil y sólo existía una sala con 40 camas para atención pediátrica en el Hospital General. En la actualidad existen en la ciudad, varios hospitales infantiles con un total aproximado de 2.000 camas.

Muchos de los hospitales de provincia cuentan con limitados recursos técnicos y un buen número carece de los indispensables elementos auxiliares de diagnóstico. Sus presupuestos son, con frecuencia, excesivamente limitados y muy pocos de ellos ofrecen facilidades para adiestramiento de médicos internos.

En 1936, a partir de la experiencia adquirida en los dos años anteriores en la operación de dos servicios de atención médica cooperativa en el medio rural, el Gobierno Federal fundó los servicios médicos ejidales en la comarca lagunera e inició así el establecimiento de la seguridad social en México.

Estos servicios ejidales, posteriormente denominados Servicios Médicos Rurales Cooperativos, se extendieron más tarde a numerosas regiones del país, en las que se proporcionan servicios de atención médica, de medicina preventiva y de salud pública a trabajadores del campo que aportan cuotas variables mediante sistemas también diversos (por individuo, por sociedades, por porcentajes de producción, por áreas cultivadas, etc.). Esta aportación de los campesinos se complementa con subsidios gubernamentales que elevan el presupuesto actual de estos servicios a la cantidad de 38 millones de pesos. Los servicios cuentan con 237 unidades aplicativas de las cuales 56 son hospitales, 180 centros de salud rural y un albergue pre-natal; se dispone de 1.380 camas hospitalarias. Los derecho-habientes de estos servicios suman 569.261 y se tienen bajo control sanitario una población de 1.356.608.

En 1943 se emite la Ley que crea el Instituto Mexicano del Seguro Social. Al proyectarse este sistema se advirtió la conveniencia actuarial de retardar durante varios años la aplicación de las prestaciones de enfermedades no profesionales y maternidad a familiares de los asegurados, a fin de aprovechar la creación y acumulación de reservas para impartirlas más tarde; sin embargo, consideraciones de orden social y de salud pública, así como las demandas colectivas, decidieron la extensión inmediata del seguro a las personas dependientes de los trabajadores, protegiéndose así al núcleo básico familiar cuyas condiciones de salud y bienestar se reflejan directamente en el nivel de vida promedio y en la productividad de este sector de población.

El IMSS incorporó en su esfera de protección a los siguientes grupos de trabajadores:

Personas vinculadas a otras por un contrato de trabajo.

Los que prestan sus servicios en virtud de un contrato de aprendizaje.

Los miembros de sociedades cooperativas de producción.

Los miembros de sociedades ejidales.

Trabajadores asalariados del campo.

Trabajadores estacionales del campo.

Los productores de caña de azúcar.

Los trabajadores asalariados permanentes de los productores de caña de azúcar.

Ejidatarios y pequeños propietarios no pertenecientes a Sociedades Locales de Crédito Ejidal o Agrícola, en los municipios de Mexicali, Tecate, Tijuana y Ensenada del Estado de Baja California y en San Luis Río Colorado del Estado de Sonora.

Trabajadores eventuales y temporales urbanos.

Ejidatarios y pequeños propietarios agrícolas de no más de diez hectáreas de riego o su equivalencia en otra clase de tierras.

Trabajadores agrícolas migratorios.

En continuación voluntaria.

También protege a los familiares de los asegurados y a los pensionados.

Ofrece protección en los siguientes riesgos:

Enfermedades generales.

Maternidad.

Enfermedades y accidentes profesionales.
Invalidez.
Vejez
Cesantía.

En 1966 la población derecho-habiente ascendió a 6.746.123 personas.

El sistema proporciona servicios de atención médica en consulta externa, consulta domiciliaria y hospitalización a través de las siguientes unidades médicas.

UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO
al 31 de diciembre de 1965

Servicio directo

| | |
|------------------------------|------------|
| Hospitales generales | 16 |
| Hospitales de especialidad | 10 |
| Clínicas hospitales T-1 | 43 |
| Clínicas hospitales T-2 | 36 |
| Clínicas hospital auxiliares | 205 |
| Clínicas generales | 45 |
| Clínicas auxiliares | 168 |
| Puestos de enfermería | 75 |
| Puestos de fábrica | <u>243</u> |
| SUMA | 841 |

Servicio contratado

| | |
|----------------------------|-----------|
| Hospitales generales | 31 |
| Hospitales de especialidad | <u>43</u> |
| SUMA | 74 |

GRAN TOTAL 915

El número total de camas hospitalarias en servicio ascendió a 13.878 y trabajan dentro del Instituto 7.885 médicos.

Durante 1965 se proporcionaron en números redondos 27 millones de consultas y medio millón de hospitalizaciones.

Por diversas razones político-sociales fue necesario extender la seguridad social a otros grupos de trabajadores, creando para ello organismos propios, independientes del IMSS. Así en 1959 se estableció el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y en 1962 se expidió la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas.

Ambos Institutos, así como otros organismos descentralizados como Petróleos Mexicanos y Ferrocarriles Nacionales, cuentan con servicios médicos que funcionan dentro de los lineamientos generales de la seguridad social.

El ISSSTE ofrece protección a 1.217.599 derecho-habientes, de los cuales 271.022 son trabajadores asegurados al servicio del Estado y el resto sus beneficiarios.

De ese total derecho-habientes al Distrito Federal corresponden 665.788 y a los Servicios Médicos Foráneos 551.811.

Para la prestación médica de sus Servicios, el ISSSTE cuenta con las siguientes unidades:

1. De Hospitalización:

En el Distrito Federal.

| | |
|---------------------------|-------------|
| Hospital General | 1 |
| Hospitales Especializados | 3 |
| con | 1.162 camas |
| Se subrogan: | 360 camas |
| Total de camas: | 1.522 camas |

Foráneos:

| | |
|---------------------------------|-------------|
| Hospitales regionales | 8 |
| Hospitales locales | 16 |
| con | 694 camas |
| Se subrogan: | 551 camas |
| Total de camas | 1.245 camas |
| Total de camas en la República: | 2.767 |

2. De consulta:

38 Clínicas en el Distrito Federal
 95 Clínicas Foráneas.
 28 Jefaturas Estatales.
 285 Puestos Periféricos.

Se impartieron 7.549.113 consultas en el año siendo 2.340.178 de los Servicios Médicos Foráneos y 5.208.935 del Distrito Federal.

La atención médica privada se realiza todavía siguiendo las formas tradicionales que se describieron antes, en aquéllas comunidades pequeñas a las que no llega la seguridad social o, en las grandes ciudades, para aquéllos grupos de fuerte economía que prefieren recurrir al médico privado y no utilizar los servicios organizados por el Estado.

La atención médica proporcionada por los distintos sistemas de seguridad social no abarca todavía el 100% de quienes tienen derecho a ella; sin embargo, la proporción de población cubierta ha ido aumentando progresivamente acercándose cada vez más al ideal de la cobertura total.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, dependencia directa del Poder Ejecutivo Federal, tiene la responsabilidad de proporcionar la atención médica requerida por la población no asegurada a través de 1.764 Centros de Salud de diferentes tipos, presta servicios aproximadamente a 22 millones de personas, de las cuales 10 millones viven en el medio rural; la atención médica proporcionada por la Secretaría se dirige principalmente a las mujeres embarazadas, a los niños preescolares y a las personas con padecimientos transmisibles. Sin embargo, la demanda de servicios exige que los Centros de Salud dediquen una buena proporción de su trabajo a dar consulta médica de todo tipo, en detrimento de las actividades de carácter preventivo.

Una proporción considerable de la atención médica que recibe esta población no incluida dentro de los servicios de seguridad social, es cubierta por hospitales locales de muy variado tamaño y calidad tecnológica que son sostenidos por los Gobiernos de los Estados. Estos hospitales ofrecen atención, sobre todo, a la población carente de recursos que la solicita espontáneamente y, en general, dedican sus recursos de preferencia a servicios de emergencia.

Los gobiernos estatales mantienen también algunos otros tipos de establecimientos dedicados a diferentes fases de la atención médica, tales como consultorios externos, dispensarios especializados en la atención de enfermedades específicas, servicios de asistencia médica para ciertos grupos de personal, servicios médico-legales, etc.

Por lo general, la Secretaría de Salubridad auxilia a los Gobiernos Estatales en una forma u otra y en proporciones variables para sostener estos servicios.

Como se ve, la atención médica en México está cubierta por diferentes entidades con sistemas administrativos independientes, lo que hace posible la duplicación de servicios con el consiguiente desperdicio de recursos. Para evitar ésto se ha establecido, por disposición presidencial, una Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, a nivel ministerial. Esta Comisión está formada por representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado y efectúa reuniones periódicas, en las que se examinan los programas y se establecen las medidas pertinentes para evitar la interferencia o la duplicidad en las acciones de las tres diferentes agencias.

Hemos señalado ya que el crecimiento del cuerpo médico, factor de primer importancia en la evolución de la atención médica en el país, se realiza en México con un ritmo mucho más lento que el crecimiento de la población; hemos mencionado también que el déficit relativo en la formación de médicos está determinado en parte por el mayor atractivo de otras actividades profesionales, por la limitación del ingreso económico de la clase médica y por la incapacidad económica de la mayoría del alumnado de las escuelas de medicina para pagar, aún en proporción mínima, el alto costo de una enseñanza aceptable. Por ello las Universidades en México están financiadas casi exclusivamente por subsidios otorgados por el Gobierno Federal y no tienen, por consiguiente, la independencia económica suficiente para organizarse en forma adecuada.

Los nuevos profesionales de la medicina son atraídos cada vez más por las ventajas que ofrece la seguridad social, entre ellas el salario satisfactorio y seguro y la posibilidad de obtener la superación profesional a través del trabajo médico en equipo, practicado en instituciones hospitalarias adecuadamente equipadas.

El desarrollo de la seguridad social ha originado un rápido y definitivo mejoramiento técnico de la atención médica. Todas las especialidades de alta tecnificación se practican con mucha más eficiencia dentro de los grupos pertenecientes a la seguridad social. En cambio no se ha mejorado, o tal vez aún se ha deteriorado, aquél tipo de atención médica que requiere un trato integral de la personalidad individual y un manejo adecuado de las inter-relaciones del grupo social.

La seguridad social requiere, por lo tanto, una reestructuración cultural del médico de manera que su personalidad básica, y no sólo su técnica, se adapte a las exigencias y posibilidades de la medicina organizada. El espíritu mercantil y la medición del éxito social por el enriquecimiento personal desaparece o tiende a desaparecer; en cambio, el ejercicio de la medicina dentro de los sistemas organizados de seguridad social, favorece el prestigio de la eficiencia personal y de la capacidad científica.

El sistema permite la elevación de esta eficiencia a través de la posibilidad de planear programas de adiestramiento permanente para el grupo médico que labora dentro de él. Simultáneamente esta educación constante puede ser apoyada en la práctica por medio de los sistemas de auditoría médica.

La seguridad social favorece la superación del médico por otros caminos: la convivencia intelectual, el intercambio de experiencias, el registro adecuado de éstas y el establecimiento de normas convencionales con base científica, para la mejor utilización de los recursos médicos.

Permite también la organización de programas de educación médica e higiénica para los derecho-habientes y, mediante ellos, propicia el cambio cultural progresivo que determinará la aceptación y la utilización máxima de servicios médicos de tipo occidental con preferencia a las medidas tradicionales de carácter empírico o mágico.

En las últimas décadas México ha visto cómo la atención médica ha ido penetrando con relativa rapidez en áreas que anteriormente carecían totalmente de ella; esta penetración ha sido favorecida por la multiplicación de los centros de salud, especialmente los rurales, cuya finalidad original era algo diferente, pero que han servido para estructurar una nueva actitud colectiva ante la salud y la enfermedad y han originado el doble juego de la demanda y la aceptación del servicio.

Los problemas básicos de salud en México son todavía las enfermedades transmisibles, la mala nutrición y los accidentes; todos ellos reclaman sobre todo actividades preventivas, las que se han venido desarrollando con buen éxito, pero que se han visto limitadas por la incapacidad financiera para poner en marcha programas extensivos de saneamiento y nutrición y por la dificultad, también de fondo económico, para proyectar las actividades preventivas y curativas a porcentajes más altos de la población.

En México, como en todos los países de estructura cultural y económica similar, se requiere mayor número de servicios de atención médica por individuo que en los países desarrollados; sin embargo, en los países de menor desarrollo, hay mucho menos capacidad económica y cultural para lograr este nivel de servicios. Es decir, en los países desarrollados hay más atención médica ante menos necesidades de la población mientras en los países poco desarrollados esta relación se invierte.

Los servicios médicos en países como México, deben ser de alta calidad, entendiendo por ella el servicio al individuo y al grupo; quiere esto decir que no basta que unos cuantos tengan atención de primera calidad, sino que todos los integrantes de un grupo determinado deben recibir la máxima calidad de servicios que se les pueda ofrecer; además, en un país con las enormes divergencias de patología y cultura que tiene México, es indispensable establecer programas de atención médica con características específicas para cada grupo, considerando dentro de sus objetivos el otorgamiento de servicios de la más alta calidad posible al 100% del grupo. Queremos decir que la atención médica para las clases universitarias, por ejemplo, debe ser contemplada para todos los integrantes de ese grupo y con características específicas dedicadas a sus necesidades epidemiológicas y culturales; muy diferente, en cambio, sería el programa de atención médica para grupos de cultura autóctona, que deberán ajustarse a sus propias características culturales y epidemiológicas, aunque deberán también ir dirigidas a la totalidad del grupo.

Debemos, por último señalar que México no desarrolló nunca el patrón europeo del médico de cabecera, sino para los estratos de alto nivel social y económico, muy reducidos en número. Por ello y por otras razones, el discernimiento de la mayoría de la población mexicana para seleccionar su propio médico es mínimo, por lo que esta selección es el resultado de la propaganda o de la situación social del profesional.

La seguridad social mexicana no ha creado este criterio de selección del médico y, sin embargo, ha mejorado la calidad de la atención; en cambio, ha señalado una tendencia, que creemos debe ser vigorizada hacia la atención de la familia por médicos generales permanentes. El desarrollo de este tipo de atención por el mismo médico, combinado con el desarrollo de una medicina humanista domiciliaria, es decir, en el seno social, pueden producir el nacimiento de un cuidado médico que no sólo persiga el progreso tecnológico y científico, sino también el desarrollo de una nueva actitud del médico que lo capacite para comprender y tratar los problemas individuales en su inter-relación con el grupo familiar y con el grupo social.

2 - INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

a) Disposiciones legales sobre cobertura del Seguro Social

ARTICULO 6o. de la Ley del Seguro Social Mexicano.- El Poder Ejecutivo Federal, previo estudio y dictámen del Instituto determinará las modalidades y la fecha en que se organice el Seguro Social de los trabajadores de empresas de tipo familiar a domicilio y domésticos, temporales y eventuales.

Los decretos que expida el Poder Ejecutivo Federal en ejecución de la facultad anterior, deberán precisar la clase de trabajadores a quienes se refiera las normas, los plazos y procedimientos que se seguirán para su inscripción y para el cobro de las cuotas obrero patronales, la determinación de los grupos de salario en que se consideran incluidos y las modalidades pertinentes en el otorgamiento y en el disfrute de las prestaciones que les correspondan. Asimismo, determinarán la manera de operar los cambios de clase de los trabajadores y las consecuencias que estos cambios impliquen.

Las clases de trabajadores a que se refiere este artículo se determinarán conforme a lo convenido por las leyes respectivas o, en su defecto, por lo que al respecto establezcan los decretos de implantación del Régimen del Seguro Social.

Asimismo, el Poder Ejecutivo Federal determinará a propuesta del Instituto, las fechas de implantación de los diversos ramos del Seguro Social, y las circunscripciones territoriales en que se aplicará, tomando en consideración el desarrollo industrial o agrícola, la situación geográfica, la densidad de población asegurable y la posibilidad de establecer los servicios correspondientes.

También fijará las fechas y las modalidades conforme a las cuales se realizará la primera inscripción general de empresas de trabajadores, una vez que sean hechas las determinaciones mencionadas.

Igualmente, fijará las fechas y modalidades de implantación del Seguro Social obligatorio para los trabajadores asalariados del campo, en las circunscripciones territoriales en donde ya está establecido este seguro para los trabajadores asalariados urbanos, pero no el de aquellos.

El Instituto puede extender el Seguro Social, con la aprobación del Ejecutivo Federal, a ramas de industria, en las circunscripciones territoriales en las que no se hubiere implantado aún, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en el artículo 65 de la Ley. Un reglamento especial fijará las modalidades conforme a las cuales se realizará este Seguro.

Monto de las cotizaciones en el Seguro de Enfermedad-maternidad.

Artículo 63 de la Ley del Seguro Social Mexicano. A los patronos y a los trabajadores les corresponde cubrir, para el Seguro de Enfermedad no Profesional y de Maternidad, las cuotas que señala la siguiente tabla:

| GRUPO | SALARIO DIARIO | | | CUOTAS SEMANALES | |
|-------|----------------|----------|---------|------------------|----------------|
| | MAS DE | PROMEDIO | HASTA | DEL PATRON | DEL TRABAJADOR |
| E | \$ --- | \$ 7,00 | \$ 8,00 | \$ 2,20 | \$ 1,10 |
| F | 8,00 | 9,00 | 10,00 | 2,84 | 1,42 |
| G | 10,00 | 11,00 | 12,00 | 3,46 | 1,73 |
| H | 12,00 | 13,50 | 15,00 | 4,26 | 2,13 |
| I | 15,00 | 16,50 | 18,00 | 5,20 | 2,60 |
| J | 18,00 | 20,00 | 22,00 | 6,30 | 3,15 |
| K | 22,00 | 26,40 | 30,00 | 8,32 | 4,16 |
| L | 30,00 | 35,00 | 40,00 | 11,02 | 5,51 |
| M | 40,00 | 45,00 | 50,00 | 14,18 | 7,09 |
| N | 50,00 | 60,00 | 70,00 | 18,90 | 9,45 |
| O | 70,00 | 75,00 | 80,00 | 23,62 | 11,81 |
| P | 80,00 | ----- | ----- | 28,36 | 14,18 |

Las cuotas necesarias para cubrir las prestaciones a que tienen derecho los pensionados y sus beneficiarios se fijarán de acuerdo con la tabla anterior, en tal forma que en lugar de salario diario se considere la cuantía de la pensión mensual calculada por día, dividiendo su monto entre treinta. La cuota correspondiente al asegurado se descontará de la renta mensual y el Instituto cubrirá la cuota patronal con cargo al Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte, y, en su caso, al de Riesgos Profesionales....

Artículo 62 de la Ley del Seguro Social Mexicano. Los recursos necesarios para cubrir las prestaciones y los gastos administrativos del Seguro de Enfermedad no Profesional y de Maternidad, así como para la constitución del fondo de reserva se obtendrá de las cuotas que están obligados a cubrir los patronos y los trabajadores y de la contribución que corresponda al Estado.

Para el año de 1964, los ingresos del I.M.S.S. por el concepto de Enfermedades no Profesionales y Maternidad, por cuotas fué de:-----
----- \$ 1.957.765.339,67.

Respecto al carácter de las prestaciones, se adjunta un trabajo en donde se podrán observar con mayor claridad, las prestaciones de la Ley del Seguro Social Mexicano, enumeradas según persona protegida y Rama de Seguro. En ellas se podrán valorar las correspondientes a la rama de Enfermedades no Profesionales y Maternidad.

b) Organización Administrativa de los Servicios Médicos

La autoridad suprema del Instituto Mexicano del Seguro social es la: ASAMBLEA GENERAL, formada por 30 miembros: diez por el Ejecutivo Federal, diez por las Organizaciones Patronales y diez por las Organizaciones de Trabajadores. Estos miembros duran en su encargo seis años pudiendo ser reelectos.

Siguen en orden jerárquico, el CONSEJO TECNICO, la COMISION DE VIGILANCIA y el DIRECTOR GENERAL.

Para el año de 1965, en sus inicios, la Dirección General contaba con las siguientes SUBDIRECCIONES:

ADMINISTRATIVA,
ADQUISICIONES Y ALMACENES,
INMUEBLES Y CONSTRUCCION,
JURIDICA,
TECNICA,
MEDICA.

Además contaba con otros organismos,tales como ASUNTOS INTERNACIONALES, CONTRALORIA, TESORERIA, PRENSA Y DIFUSION, RELACIONES PUBLICAS, SERVICIOS GENERALES, SECRETARIA GENERAL Y ASESORIA.

Ahora bien, de la SUBDIRECCION MEDICA dependen seis DEPARTAMENTOS:

1. DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS EN EL DISTRITO FEDERAL,
2. DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS FORANEOS,
3. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA,
4. DEPARTAMENTO DE PLANEACION TECNICA DE LOS SERVICIOS MEDICOS,
5. DEPARTAMENTO DE RIESGOS PROFESIONALES E INVALIDEZ,
6. DEPARTAMENTO DE QUEJAS Y SUGESTIONES.

Las instituciones o unidades médicas, tanto hospitalarias como de consulta externa dependen directamente de las Jefaturas de Servicios Médicos del Distrito Federal y Foráneos. La autoridad de estas unidades médicas, es delegada a los Directores de las mismas.

c) Formulación y Monto del Presupuesto

Para la formulación y el conocimiento del monto presupuestal se siguen dos caminos: el efectuado por el Departamento del Control del Presupuesto y el realizado por el Departamento Actuarial del Instituto.

El primero lo hace basándose en cantidades efectivas de los años anteriores, ayudado, naturalmente, por la formulación presupuestal efectuada por cada uno de los Delegados del Instituto que se encuentran en cada uno de los Estados de la República (estatales o regionales). Lo anterior priva tanto para los ingresos como para los egresos.

Para la formulación del presupuesto de ingresos, el Departamento Actuarial, basa sus estimaciones en las cifras otorgadas por el Departamento de Contabilidad y no en el ingreso efectivo tenido en años anteriores. Examina tendencias y causas que puedan influir en el ingreso. Esto es dado, también, por cada circunscripción.

Para la formulación del presupuesto de egresos, el Departamento Actuarial, analiza, así mismo, todas aquellas causas y tendencias que puedan hacerlo variar. Toma además, otros factores que puedan hacer variar el egreso, tales como:

- a. la incorporación de nuevos municipios o categorías de asegurados,
- b. salarios del personal (crecimiento natural o extraordinario),
- c. nuevos asegurados,
- d. la vigilancia en las tasas de cobro en la rama de riesgos profesionales ya que varía año con año,
- e. variación de los salarios mínimos en el país y en cada estado,
- f. revisión del contrato colectivo del trabajo,
- g. el costo promedio por asegurado año,
- h. y otros más...

La remuneración al personal se basa principalmente, para los trabajadores de base y confianza, en el profesiograma existente en el Instituto y en el Escalafón que fija el Contrato Colectivo del Trabajo. Se tiene en cuenta la jornada de trabajo, la continuidad o discontinuidad de la jornada.

En cuanto al personal médico, existen ciertos requisitos que privan para el nombramiento del personal. Deben éstos, presentar un curriculum vitae, fotografías para identificación, solicitud de empleo, cartas de recomendación, no pasar de la edad límite fijada, documentos que lo acrediten como Médico (Título y Cédula expedida por la Dirección General de Profesiones), capacidad y antecedentes profesionales. Todos estos requisitos se citan entre otros....

d) Actividades de medicina preventiva

Las actividades preventivas para los trabajadores se realizan a dos niveles: las del trabajo y las de prevención de las enfermedades. Estas últimas son otorgadas a sus familiares y, hacia la población en general como cooperación con otros organismos de salud.

Entre estas actividades preventivas pueden citarse: aquellas orientadas hacia la seguridad e higiene del trabajador en sus fuentes de trabajo, campañas en contra de las enfermedades infecto contagiosas; detección de cáncer, tuberculosis, fiebre reumática tanto en la población infantil como en la adulta, vacunación contra difteria, tos ferina, tétanos, viruela, poliomielitis, fiebre tifoidea, etc....

e) Relaciones jurídicas con otras instituciones médicas

No existen relaciones jurídicas y administrativas, con especial referencia a la administración superior institucional y al origen de sus directivas.

f) Ensayos de coordinación

Existe en la actualidad un acuerdo presidencial en el que se pide se estudien todas aquellas bases de servicio y financieras que puedan considerarse como necesarias y útiles para alcanzar la coordinación de los servicios de asistencia médica; todo ello a un nivel nacional.

Ahora bien, en áreas rurales ya existen en la actualidad convenios o normas establecidas para la coordinación de servicios médicos. Ejemplo de ello son aquellas unidades médicas de otras instituciones de salud, con las cuales el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene contratos de servicios (camas en hospitalización, rayos X, laboratorios, consulta externa, etc.).

g) Accesibilidad de los servicios

Este punto puede verse desde tres ángulos diferentes:

1. No toda la población amparada por el Instituto tiene acceso a los servicios médicos ya que existen empresas que tiene convenios de reversión de cuotas para el otorgamiento de esta prestación; ejemplo: las empresas que tienen sus propios servicios médicos. Otra modalidad es la que tienen los trabajadores de las instituciones bancarias que manejan, también, sus propios servicios médicos.
2. Existe cierto número de asegurados o derecho-habientes que habiendo solicitado los servicios médicos al Instituto, éste no se los haya otorgado por carecer de cupo en los hospitales, por ejemplo, (UNICA TAXATIVA DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS). Sin embargo, el costo de esta atención es cubierta por el Instituto previa comprobación oportuna y en base al costo promedio diario fijado por las autoridades.
3. Toda la población derecho-habiente tiene acceso a los servicios médicos, aún cuando estos se encuentren en distintos lugares del país. El Departamento de Vigencia de Derechos extiende, en cada caso, una tarjeta para el otorgamiento de los servicios médicos en sus propias unidades y por el tiempo que dure la ausencia del trabajador o su familia, de su sitio de adscripción.

CUADRO I

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, México, D.F., 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|--------|---------|---------------|------------------------------|-------|---------------------------|---------------|------------------------------|-------|-------|---------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 hospitales generales | *5 873 000 | 3 364 | 65 003 | 1 172 542 | 486 774 | 0.6 | 11.1 | 199.6 | 82.9 | | | | | | | | | | |
| 5 hospitales especializados | 5 873 000 | 1 160 | 3 500 | 287 549 | 57 675 | 0.2 | 0.6 | 49.0 | 9.8 | | | | | | | | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 hospitales generales | 1 979 972 | 2 470 | 103 146 | 697 874 | 406 240 | 1.2 | 52.1 | 352.5 | 205.2 | | | | | | | | | | |
| 2 hospitales especializados | 1 979 972 | 628 | 6 244 | 163 389 | 120 605 | 0.3 | 31.5 | 82.5 | 60.9 | | | | | | | | | | |
| 4 consultorios generales | ... | 95 | 11 512 | 21 821 | 816 533 | 0.0 | 5.8 | 11.0 | 412.4 | | | | | | | | | | |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 hospital general | 668 076 | 610 | 20 240 | 158 607 | 75 333 | 0.9 | 30.3 | 237.4 | 112.8 | | | | | | | | | | |
| 1 hospital especializado | 668 076 | 60 | 488 | 18 084 | - | 0.1 | 0.7 | 27.1 | - | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospital General de México D.F. | 5 873 000 | 1 874 | 24 738 | 768 965 | 200 308 | 0.3 | 4.2 | 130.9 | 34.1 | | | | | | | | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospital Central | 1 979 972 | 802 | 17 908 | 239 925 | 150 115 | 0.4 | 9.0 | 121.2 | 75.8 | | | | | | | | | | |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospital "20 de Noviembre" | 668 076 | 610 | 20 240 | 158 607 | 75 333 | 0.9 | 30.3 | 237.4 | 112.8 | | | | | | | | | | |

*No se facilitaron las cifras estimadas.

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, México, D.F., 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|--|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| 8 hospitales generales | 18.0 | 19.3 | 93.0 |
| 5 hospitales especializados | 82.1 | 3.0 | 74.6 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 6 hospitales generales | 6.8 | 41.8 | 77.2 |
| 2 hospitales especializados | 26.2 | 9.9 | 71.1 |
| 4 consultorios generales | 1.9 | 121.2 | 62.8 |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | |
| 1 hospital general | 7.8 | 33.2 | 71.0 |
| 1 hospital especializado | 37.1 | 8.1 | * 82.3 |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| Hospital general de México, D.F. | 31.1 | 13.2 | 108.6 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| Hospital Central | 13.4 | 22.3 | 81.7 |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | |
| Hospital "20 de Noviembre" | 7.8 | 33.2 | 71.0 |

* A base del día de alta.

CUADRO III

Personal de hospitales y proporciones por 100 camas ocupadas, México, D.F., 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Número | | | | | | | | | | Proporción por 100 camas ocupadas | | | | | | | | |
|--|---------|--------------|---------------------|---------------|------------------------|--------|--------|------------------------|-------|-------------------|-----------------------------------|---------|-------|---------------------|---------------------|---------------------|------|------------------------|-----------------|
| | Médicos | | Total excl. médicos | | Personal de enfermería | | | Otro pers. asist. méd. | | Otro pers. | | Médicos | | Total excl. médicos | | Personal enfermería | | Otros cuidados médicos | Otros servicios |
| | Total | Tiempo compl | Total | excl. médicos | Total | Enferm | Auxil. | Parteras | Total | pers. asist. méd. | Total | pers. | Total | Tiempo compl | Total excl. médicos | Total | Enf. | Otros cuidados médicos | Otros servicios |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salud y Asistencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 hospitales generales | 950 | 612 | 5 057 | 1 983 | 428 | 1 513 | 42 | 561 | 2 513 | 28.0 | 18.0 | 148.9 | 58.4 | 12.6 | 16.5 | 74.0 | | | |
| 5 hospitales especializados | 252 | 104 | 1 294 | 395 | 149 | 246 | - | 123 | 776 | 28.1 | 11.6 | 144.4 | 44.1 | 16.6 | 13.7 | 86.6 | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 hospitales generales | 960 | ... | 5 810 | 2 980 | 1 324 | 1 656 | 70 | 672 | 2 158 | 45.1 | ... | 272.9 | 140.0 | 62.2 | 31.6 | 101.4 | | | |
| 2 hospitales especializados | 121 | ... | 1 248 | 497 | 197 | 300 | - | 148 | 603 | 23.6 | ... | 243.6 | 97.0 | 38.5 | 28.9 | 117.7 | | | |
| 4 consultorios generales | 184 | ... | 705 | 193 | 53 | 140 | - | 125 | 387 | 36.4 | ... | 139.4 | 38.2 | 10.5 | 24.7 | 76.5 | | | |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 hospital general | 241 | 241 | 1 947 | 1 035 | 493 | 536 | 6 | 418 | 494 | 50.8 | 50.8 | 410.3 | 218.1 | 103.9 | 88.1 | 104.1 | | | |
| 1 hospital especializado | 10 | 10 | 89 | 31 | 2 | 29 | - | 4 | 54 | 20.2 | 20.2 | 180.2 | 62.8 | 4.0 | 8.1 | 109.3 | | | |
| Secretaría de Salud y Asistencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospital General de México, D.F. | 456 | 156 | 2 738 | 994 | 160 | 826 | 8 | 235 | 1 491 | 21.3 | 7.3 | 127.7 | 46.4 | 7.5 | 11.0 | 69.5 | | | |

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario,

México, D.F., 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|--|------------------------|-----|---------------------------|-----|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | |
| 8 hospitales generales | 0.5 | 0.7 | 2.1 | 3.2 | 3.5 | 70 | 58 |
| 5 hospitales especializados | 0.6 | 1.4 | 1.6 | 3.8 | 1.7 | 83 | 50 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | |
| 6 hospitales generales | 1.4 | ... | 3.1 | ... | 1.3 | 100 | 68 |
| 2 hospitales especializados | 1.6 | ... | 4.1 | ... | 1.5 | 34 | 56 |
| 4 consultorios generales | 0.3 | ... | 1.0 | ... | 2.6 | 100 | 56 |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | | | | | |
| 1 hospital general | 2.0 | 2.0 | 4.3 | 4.3 | 1.1 | 100 | 77 |
| 1 hospital especializado | 0.2 | 0.2 | 3.1 | 3.1 | 14.5 | ... | 45 |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | |
| Hospital general de México, DF | 0.4 | 1.0 | 2.2 | 6.4 | 5.2 | 70 | 53 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | |
| Hospital Central | ... | ... | ... | ... | ... | 100 | 79 |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | | | | | |
| Hospital "20 de Noviembre" | 2.0 | 2.0 | 4.3 | 4.3 | 1.1 | 100 | 77 |

(1) Total médicos.

(2) Médicos a tiempo completo.

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, Perú, 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media (a) | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación (a) |
|---|-----------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | |
| 11 hospitales generales | 12.7 | 27.2 | 94.2 |
| 29 hospitales-centros de salud | 12.9 | 13.4 | 47.1 |
| 19 puestos médicos con camas | 4.8 | 8.6 | 11.4 |
| 10 hospitales especializados | 148.9 | 2.2 | 89.5 |
| Beneficencia | | | |
| 6 hospitales generales | 12.5 | 33.8 | 115.7 |
| 1 hospital especializado | 1 375.5 | 0.3 | 102.6 |
| Caja Nacional de Seguro Social | | | |
| 15 hospitales generales | 15.2 | 18.1 | 75.1 |
| Seguro Social del Empleado | | | |
| 2 hospitales generales | 12.2 | 25.4 | 84.6 |

(a) Basados en los días de alta.

CUADRO III

Personal de hospitales y proporciones por 100 camas ocupadas, Perú, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Número | | | | | | | | | | Proporción por 100 camas ocupadas | | | | |
|---|---------|---------------|---------------------|------------------------|--------|----------|------------------------|------------|---------|---------------|-----------------------------------|---------------------|------|------------------------|-----------------|
| | Médicos | | Total excl. médicos | Personal de enfermería | | | Otro pers. asist. méd. | Otro pers. | Médicos | | Total excl. médicos | Personal enfermería | | Otros cuidados médicos | Otros servicios |
| | Total | Tiempo compl. | Total | Total Enferm. | Auxil. | Parteras | Total | Total | Total | Tiempo compl. | Total | Total | Enf. | Total | Otros |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 hospitales generales | 394 | 267 | 3 217 | 1 743 | 1 197 | 177 | 154 | 1 320 | 12.2 | 8.3 | 99.9 | 54.1 | 11.5 | 4.8 | 41.0 |
| 28 hospitales-centros de salud | 366 | 280 | 3 808 | 1 317 | 997 | 53 | 207 | 2 284 | 21.2 | 16.2 | 220.1 | 76.1 | 15.4 | 12.0 | 132.0 |
| 19 puestos médicos con camas | 18 | 17 | 102 | 53 | 42 | 7 | 2 | 47 | 40.0 | 37.8 | 226.7 | 117.8 | 8.9 | 4.4 | 104.4 |
| 10 hospitales especializados | 154 | 154 | 1 607 | 639 | 376 | 6 | 100 | 868 | 6.4 | 6.4 | 67.1 | 26.1 | 10.7 | 4.2 | 36.2 |
| Beneficencia | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 hospitales generales | 17 | 9 | 188 | 69 | 48 | 1 | 6 | 113 | 2.8 | 1.5 | 30.9 | 11.3 | 3.3 | 1.0 | 18.6 |
| 1 hospital especializado | 43 | 25 | 680 | 408 | 335 | - | 17 | 255 | 3.6 | 2.1 | 57.4 | 34.4 | 6.2 | 1.4 | 21.6 |
| Caja Nacional de Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 hospitales generales | 606 | ... | 4 307 | 1 718 | 1 181 | 52 | 171 | 2 418 | 20.0 | ... | 142.4 | 56.8 | 16.0 | 5.7 | 80.0 |
| Seguro Social del Empleado | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 hospitales generales | 354 | 354 | 3 419 | 1 315 | 674 | 125 | 289 | 1 815 | 29.4 | 29.4 | 283.5 | 109.0 | 42.8 | 24.0 | 150. |

a) Excluidos 41 dentistas de los cuales no se mencionan las horas de trabajo.

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario, Perú, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|---|------------------------|-----|---------------------------|------|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | | | | | |
| 11 hospitales generales | 0.9 | 1.4 | 4.4 | 6.5 | 3.2 | ... | 63 |
| 28 hospitales-centros de salud | 0.7 | 1.0 | 3.6 | 4.7 | 3.7 | ... | 45 |
| 20 puestos médicos con camas | 0.2 | 0.2 | 2.9 | 3.1 | 10.5 | ... | 61 |
| 10 hospitales especializados | 1.7 | 1.7 | 4.1 | 4.1 | 1.5 | ... | 51 |
| Beneficencia | | | | | | | |
| 5 hospitales generales | 1.2 | 2.2 | 4.1 | 7.7 | 2.4 | ... | 45 |
| 1 hospital especializado | 1.7 | 2.9 | 9.5 | 16.3 | 4.6 | ... | 65 |
| Caja Nacional de Seguro Social | | | | | | | |
| 15 hospitales generales | 0.8 | ... | 2.8 | ... | 2.4 | 40.4 | 51 |
| Seguro Social del Empleado | | | | | | | |
| 2 hospitales generales | 1.5 | 1.5 | 3.7 | 3.7 | 1.3 | 100.0 | 52 |

(1) A base del total de médicos (2) A base del total de horas de servicio del médico por día dividido por seis.

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada, Perú, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|---|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | |
| Hospitales generales | 30 | 184 | 39 |
| Hospitales-centros de salud | 58 | 259 | 53 |
| Puestos médicos con camas | 136 | 401 | 30 |
| Hospitales especializados | 23 | 91 | 37 |
| Beneficencia | | | |
| Hospitales generales | 5 | 39 | 11 |
| Hospitales especializados | 8 | 117 | 21 |
| Caja Nacional de Seguro Social | | | |
| Hospitales generales | ... | 194 | 55 |
| Seguro Social del Empleado | | | |
| Hospitales generales | 106 | 372 | 146 |

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, Perú, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | | Por consulta de paciente externo |
|---|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año | |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | | | | | |
| 11 hospitales generales | 1 057 102 | 12.7 | 607 545 | 106.67 | 1 354.71 | 39 041 | 85.59 |
| 25 hospitales-centros de salud | 522 277 | 12.9 | 403 520 | 76.21 | 983.11 | 27 893 | 191.6 |
| 18 puestos médicos con camas | 6 192 | 4.8 | 51 216 | 32.05 | 153.84 | 11 730.30 | 53.75 |
| 10 hospitales especializados | 838 118 | 148.9 | 192 346 | 108.44 | 16 146.72 | 39 689 | ... |
| Beneficencia | | | | | | | |
| 4 hospitales generales | 206 776 | 13.7 | 12 602 | 29.85 | 408.95 | 10 925 | ... |
| 1 hospital especializado | 431 922 | 1 375.5 | 8 940 | 61.30 | 84 318.15 | 22 436 | ... |
| Caja Nacional de Seguro Social | | | | | | | |
| 15 hospitales generales | 760 880 | 15.2 | 1 729 468 | a) 303.84 | 4 618.37 | 111 205 | 60.77 |
| Seguro Social del Empleado | | | | | | | |
| 1 hospital general | 282 870 | 12.3 | 547 092 | 456.50 | 5 614.95 | 167 079 | 160.20 |

a) Sobre la base de que el costo de 5 consultas de pacientes externos equivale a un día-paciente.

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron, Perú, 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|---|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | | | |
| Hospitales generales | 11 | ... | a) 7 | 6 |
| Hospital-centro de salud | 26 | ... | b) 22 | 21 |
| Puestos médicos con camas | 20 | ... | c) - | - |
| Hospitales especializados | 7 | ... | d) 2 | 2 |
| Puestos médicos sin camas | 12 | ... | e) - | - |
| Centros de salud | 21 | ... | f) 5 | 4 |
| "Consolidados" | 70 | ... | g) - | - |
| Beneficencia | | | | |
| Hospitales generales | 3 | ... | h) 1 | 1 |
| Hospitales especializados | 1 | ... | 1 | 1 |
| Caja Nacional de Seguro Social | | | | |
| Hospitales generales -Obrero | 15 | ... | 15 | 15 |
| Consultorios - Obrero | 1 | ... | 1 | 1 |
| Seguro Social del Empleado | | | | |
| Hospitales generales | 2 | ... | 2 | 2 |

a) De 8 instituciones que dan esta información. b) De 23 instits. que dan esta información. c) De 8 Instits. que dan esta información. d) De 2 insts. que dan esta información. e) De 9 insts. que dan esta información. f) De 8 insts. que dan esta información. g) De 37 instits. que dan esta información. h) De 2 instits. que dan esta información.

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, Peru, 1964

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | Otro personal | | | | Tiempo de enfermería por consulta | Tiempo de enfermería por consulta Total | Tiempo médico por consulta (en minutos) | Total |
|---|----------|-------|-----------|-------|---------------|---------------|----------|------------|-----------------------------------|---|---|-------|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | Enfermería | | | Otro pers. | | | | |
| | | | | | Total | Enfer. Auxil. | Parteras | | | | | |
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 | - |
| Hospitales generales | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 12 | - |
| Hospitales-centros de salud | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 27 | - |
| Puestos médicos con camas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 5 | - |
| Hospitales especializados | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 37 | - |
| 12 puestos médicos sin camas | 15 | 59 | 4 | 14 | 55 | 45 | 6 | 34 | 5 | 10 | 37 | 10 |
| 20 centros de salud | 65 | 249 | 23 | 75 | 315 | 160 | 13 | 137 | 10 | 155 | 18 | 155 |
| 70 "consolidados" | 58 | 217 | 9 | 27 | 171 | 117 | 2 | 103 | 12 | 54 | 27 | 54 |
| Caja Nacional de Seguro Social | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ... | - |
| Hospitales generales Consultorios | 7 | ... | 1 | ... | 11 | 9 | 1 | 8 | - | 2 | ... | 2 |
| Seguro Social del Empleado | ... | 761 | ... | 112 | = | - | - | - | - | - | 21 | - |

a) Incluidos en hospital

CUADRO XPromedio del costo por consulta de pacientes externos, Peru, 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|---|-------------|---------------|
| Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social | | |
| 11 hospitales generales | 85.59 | ... |
| 25 hospitales-centros de salud | 191.6 | ... |
| 18 puestos médicos con camas | 53.75 | ... |
| 12 puestos médicos sin camas | 47.15 | 43.38 |
| 19 centros de salud | 84.89 | 68.32 |
| 67 "consolidados" | 44.86 | 51.61 |
| Caja Nacional de Seguro Social | | |
| 15 hospitales generales | 60.77 | ... |
| Consultorios | ... | ... |
| Seguro Social del Empleado | | |
| 1 hospital general | 160.20 | 160.20 |

P A N A M A

I. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

1. MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA

Fue creado por Decreto Legislativo No. 1 del 15 de junio de 1945 como consta en la Gaceta Oficial número 9760 del 27 de julio de ese mismo año, a raíz de un golpe de estado que cambió toda la estructura oficial. Antes la función oficial de salud formaba parte de un Ministerio denominado de Salubridad y Obras Públicas que databa del año de 1931. Al establecerse la Asamblea Constituyente, dicta el Decreto Legislativo No. 1 y luego el No. 6 de 6 de julio (que aparece en la Gaceta Oficial 9763 del 31 de julio de 1945), que crea las estructuras ministeriales en que se da la organización del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. La reglamentación de la mencionada ley se hace por Decreto Ejecutivo Nacional No. 31 del 14 de agosto de 1945, según la Gaceta Oficial No. 9788 del 30 de agosto de 1945. Posteriormente, se le hacen modificaciones y ampliaciones por medio de la Ley No. 65 de 19 de diciembre de 1956 y la Ley No. 13 del 25 de enero de 1961 (Gacetas Oficiales números 13192 de 11 de marzo de 1957 y 14338 del 27 de febrero de 1961, respectivamente).

Esa misma Asamblea Constituyente estableció en el Capítulo V, Artículo 92, la función de salud como un deber del estado y del ciudadano. Dice así la Constitución:

Capítulo V. SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Artículo 92. Es función esencial del Estado velar por la salud pública. El individuo tiene derecho a la protección, conservación y restitución de su salud, y la obligación de conservarla.

En consecuencia, el Estado desarrollará principalmente las actividades que a continuación se detallan:

- a) Combatir, por medio de tratamiento individual y del saneamiento del ambiente, las enfermedades transmisibles;
- b) Proteger la maternidad y reducir la mortalidad infantil por medio de la asistencia médica y la nutrición adecuada;
- c) Complementar la alimentación de los alumnos necesitados y proporcionar a la niñez escolar servicio de vigilancia médica;
- d) Establecer, de acuerdo con las necesidades de cada región, hospitales, clínicas dentales y dispensarios, en los cuales se pres-ten servicios y se suministren medicamentos gratuitos a quienes carezcan de recursos pecuniarios, y

- e) Divulgar sistemáticamente los principios de alimentación científica, de higiene personal y de sanidad del hogar.

La Asamblea Nacional expedirá el Código Sanitario. (50)

Son funciones del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública:

- I. Organización, dirección y supervisión de los programas de asistencia y previsión social (lo que establece el Departamento de Previsión Social).
- II. Conciliar las relaciones del trabajo que regula la Constitución Nacional y el Código de Trabajo (lo que define el Departamento o Inspección General del Trabajo, quedando los Tribunales de Trabajo, bajo un régimen judicial autónomo).
- III. Programación, coordinación y control de todo lo relacionado con la salud pública de todo el país (que da fuerza al funcionamiento y crecimiento del Departamento Nacional de Salud Pública, el mayor de los tres que integran el Ministerio, con alrededor del 83 por ciento de los empleados y 92.6 por ciento de los gastos del Ministerio en 1964).

El Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública se compone de tres departamentos y la Sección Administrativa. Recién se ha creado el cargo de Vice-Ministro de Trabajo y Previsión, con la cual consta ahora de dos Vice-Ministros, siendo el otro el de Salud Pública. Se considera que esta decisión es un paso hacia la creación de dos ministerios, por partición del actual, a saber:

- a) Ministerio de Salud
- b) Ministerio de Trabajo y Previsión Social

La partición, en la forma que está propuesta y que se supone sea acto legislativo que se realice en el período legislativo de 1966 que entre a regir en 1967, tiene su fundamento en el enorme crecimiento del Departamento de Salud Pública.

Además, forman parte de la estructura ministerial las siguientes entidades autónomas:

- a) Lotería Nacional de Beneficencia
- b) Comisión de Marina Mercante
- c) Cruz Roja Nacional
- d) Tribunal Superior del Trabajo
- e) Comisión Nacional de Salario Mínimo
- f) Comisión Nacional de Planificación de la Salud

1.1 El Departamento Nacional de Salud Pública nació como entidad oficial en 1925, al dictarse la Ley 12 del 17 de enero de ese año. En esa época surge bipartido en las siguientes instituciones:

- a) Departamento de Higiene y Salubridad Pública
- b) Departamento de Puericultura e Higiene Escolar

Antes de esa fecha no existía como tal, pero el Estado mantenía un presupuesto de salud con el cual mantiene varias instituciones y organizaciones de salud. Por ejemplo, ya desde 1907 había partidas para pagar médicos oficiales, farmacias y hospitales y en 1908 se creaba la Escuela de Obstetricia (decreto 58 de 6 de diciembre), se organizaba el Hospital Santo Tomás (decreto 61 de 14 de diciembre) y se creaba la Escuela de Enfermería. En 1917 se encargaba a la Cruz Roja Nacional la responsabilidad de servir al bienestar del niño y en 1918 se encarga de atender los tuberculosos. En 1914 la Rockefeller estudia y realiza trabajos demostrativos de prevención y tratamiento de la uncinariasis y la malaria y sugiere la primera Unidad Sanitaria en Bejuco.

En 1926 se nombra el primer Director de Salud Pública, Dr. Guillermo García de Paredes (decreto 30 de 31 de mayo). De 1927 comienzan a crearse una serie de dependencias de dicho Departamento, que es parte del Ministerio de Salubridad y Obras Públicas.

Puede decirse que así se cumple la primera gran etapa de la salubridad panameña en la cual podríamos incluir todo el período pre-republicano.

El 14 de mayo de 1941 se dicta la Ley 50 (Gaceta Oficial 8516 de 20 de mayo de 1941) que crea el Departamento de Salud Pública. De esta fecha a 1944 se dictan una serie de leyes complementarias que van dando cuerpo al Departamento de Salud Pública y que forman la II Etapa en la historia de la salubridad panameña.

Con las leyes que crean el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud se trasladan las dependencias del Departamento de Salud Pública al Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. Se dictan una serie de decretos y leyes que van conformando al Departamento Nacional de Salud Pública, a saber:

Decretos o Leyes

Gaceta Oficial

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Decreto 8 (13 de julio, 1945) | 9789 (31 agosto, 1945) |
| Decreto 810 (9 junio, 1945) | 9722 (9 junio, 1945) |
| Decreto 31 (14 agosto, 1945) | 9788 (30 agosto, 1945) |
| Decreto 95 (27 abril, 1946) | 9988 (6 mayo, 1946) |
| Ley 20 (21 de agosto, 1946) | 10093 (9 septiembre, 1946) |

Decretos o Leyes

Gaceta Oficial

Ley 66 (10 noviembre, 1947)
CODIGO SANITARIO (*)

10467 (6 diciembre, 1947)

Decreto Ley 1 (27 junio, 1949)

10939 (6 julio 1949)

Decreto 1136 (7 noviembre, 1951)

11699 (4 febrero 1952)

Ley 3 (16 enero, 1956)

12935 (19 abril, 1956)

Decreto 104 (30 enero, 1956)

13638 (11 septiembre, 1958)

Ley 26 (29 enero, 1962)

14574 (16 febrero, 1962)

Decreto Ley 5 (18 abril, 1963)

14868 (2 mayo, 1963)

Estas leyes y decretos, así como las sucesivas leyes de presupuesto, contribuyen a darle la conformación actual del Departamento Nacional de Salud Pública.

Es en este período en que surge dos planes regionales, el de la Occidental (que no siguió una metodología bien definitiva y surgió sin implementación) y el de la Región Central que contiene toda una metodología científica de investigación, establece en Panamá los primeros criterios de índices y niveles de salud, se basa en una encuesta de campo y un examen de la política sanitaria existente. Es con este plan que se enuncia por primera vez la desconcentración ejecutiva y la integración de los servicios preventivos y curativos a nivel local.

A raíz del Plan de la Región Central, surge el Plan Nacional de Salud Pública, como parte del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social. Algunos de sus planteamientos, ideario, filosofía y política de salud son incorporados al Programa de Desarrollo del país.

En el Plan Nacional se establecen varios objetivos importantes, entre los cuales cabe destacar:

- a) Integración y formación de una actitud de integración de los servicios preventivos y curativos de salud.
- b) Implementación y establecimiento efectivo de las tres divisiones regionales (Oriental, Central y Occidental).

* Es la ley orgánica de la salud panameña, aprobada por la Asamblea Constituyente, conjuntamente con el Código de Trabajo, en el cual también se contemplan aspectos de salud obrera. El Código del Trabajo es la Ley 67 de 11 de noviembre de 1947.

- c) Énfasis en las Áreas Médico-Sanitarias como la estructura operacional de la política sanitaria nacional a nivel local. Se crean 16 áreas médico-sanitarias con todas las características de la corporación administrativa aplicada al campo de la salud. Este énfasis en el Área Médico Sanitaria es parte de la política de desconcentración administrativa (*).
- d) Coordinación con otras instituciones de salud como el IDAAN, el Seguro Social, las entidades privadas, etc.

El plan se implementa y se comienza a aplicar entre 1961 y 1962, con la creación e impulso de las 16 Áreas Médico-Sanitarias y con la conversión del Área 5, de Penonomé, en Área Guía o Piloto.

El enorme esfuerzo que se realiza parece ser la culminación de esta III Etapa de la Salud Panameña. De crearse en 1967 el Ministerio de Salud y afirmarse la política de coordinación establecida entre el Seguro Social y Salud Pública y entre el último y varios organismos autónomos y sociedades cívicas promotoras de la Salud en la Conferencia Nacional del Departamento de Salud y Primer Congreso de la Asociación Panameña de la Salud Pública, estará aflorando la IV Etapa de la Salud Panameña.

- 1.2 El Departamento de Salud Pública tiene niveles nacionales de asesoramiento, establecimiento de normas y políticas sanitarias y de supervisión y ejecución. Estas funciones de nivel nacional se realiza a través de secciones, servicios y campañas. Además, jefes de estos servicios con poder de decisión y técnicos que han estudiado planificación integran un grupo de trabajo de planificación. Las Secciones de Nivel Nacional, son:

Programas Verticales o Especiales:

Campaña Nacional Antituberculosa, que incluye el Hospital Nicolás A. Solano.

Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria.

Servicio de Salud Mental, que incluye el Hospital Psiquiátrico Nacional.

* El plan usa el antiguo término "descentralización".

Ingeniería Sanitaria, que tiene el subservicio de Salud Industrial.

Laboratorio Nacional de Salud Pública.

Veterinaria de Salud Pública.

Farmacia, Drogas y Alimentos.

Programas Generales:

Epidemiología
Nutrición
Salud Materno Infantil Escolar
Enfermería
Servicio Social Médico
Salud Dental
Educación Sanitaria

Programas de Servicios Básicos:

Adiestramiento
Informes y Estudios Sanitarios (Estadística).
Administración de la Atención Médico-Sanitaria
Diseño, Planos y Proyectos

Programas de Servicios Locales:

Región Oriental (con 4 áreas médico-sanitarias)
Región Central (con 7 áreas médico-sanitarias)
Región Occidental (con 5 áreas médico-sanitarias)

1.3 Damos, a continuación, la descripción del Sistema Regional:

Existe un Director Médico Regional con personal administrativo y de supervisión. Coordina las distintas áreas médico-sanitarias de su región. La Reunión de este Director Regional con los Directores Médico de las Areas, forman el Consejo Regional.

En cada Area Médico Sanitaria hay un hospital general integrado con un centro de salud (física u operacionalmente) que forma la base operacional de la estructura del área y en el cual se ubica la sede del mismo. Esta institución recibe el nombre de Centro Médico Integrado (urbano o rural). De este dependen instituciones médicas ubicadas en distritos más o menos cercanos que, generalmente, son centros de salud con o sin anexo maternal (con número limitado de camas para partos) y estación pediátrica (con un número limitado de camas para niños graves o "agudos").

Un centro de salud puede tener tanto un anexo maternal como una estación pediátrica o, en su defecto, sólo uno de estos servicios.

Existen algunos de estos centros de salud que poseen, además, algunas camas para la atención de urgencia y de enfermos graves, como en el caso de Cañazas, San Félix, etc.

Existe un sistema de traslado (solar) de estos centros de salud de menor potencialidad en servicios hacia los centros médicos integrados.

El personal pertenece al área y no a determinada institución, de manera que puede ser rotado de un lugar a otro. En cuanto al personal médico representa una ventaja, porque el médico de un centro de salud periferal puede ir al centro médico integrado a realizar operaciones en determinados días y uno del centro médico le atiende su institución durante el período de su ausencia (Area Guía de Penonomé como caso en que se ha sistematizado).

Del centro de salud o del centro médico integrado, dependen sub-centros de salud que son servidos en días fijos y en número de veces por mes o semana, también fijos, por personal del centro del cual dependen. En este caso, estos subcentros pueden tener o no una enfermera o auxiliar de enfermería especialmente adiestrada de carácter permanente. Hay más de 100 subcentros de esta clase en el país. La mejor organización de esta clase se encuentra en el Area Guía de Penonomé con 23 instituciones de esta clase que poseen, además, parteras empíricas adiestradas en el centro médico integrado. La organización se presenta en página aparte.

- 1.4 Este punto ha sido tratado en el 1.2. Cabe sólo agregar que las normas han venido evolucionando según las necesidades como se aprecia en los puntos anteriores y en la historia cronológica de la salud pública panameña que se presenta aparte para mejor ilustración del tema. Esta historia cronológica cubre desde el período pre-republicano o colonial hasta 1965 y es una buena orientación en este sentido. Generalmente las decisiones se hacen en las reuniones mensuales (último martes de cada mes) de jefes de secciones y regionales y de allí se llevan al campo para su ejecución (adopción y adaptación) en cada área médico-sanitaria. Las decisiones discutidas en las reuniones mensuales han sufrido un previo estudio, análisis y resolución en el Grupo de Planificación que se reúne cada martes de las primeras semanas del mes en la mañana y en la tarde de la última semana del mes, reunión esta última que se realiza con los Directores Médicos Regionales para el ajuste final de las decisiones.

De lo anterior se deduce que además del Código Sanitario y las otras leyes especiales sobre las distintas materias que existe en el país, hay una serie de decisiones técnico-ejecutivas que se van implantando y se hacen partes de las estructuras sanitarias, sin necesidad de dictados legales especiales. Son, generalmente, de carácter administrativo y técnico y tienden a usar el recurso disponible y es-caso en la forma más productiva posible para lograr más eficiencia en la prestación de los servicios.

Esto explica por qué, con recursos escasos, el rendimiento parece resultar alto en la mayoría de las instituciones más cercanas de las sedes de las áreas médico sanitarias, y cómo se ha podido poner énfasis en la consulta externa (vale decir, en el paciente vertical) como un medio de producir, gradualmente, en el futuro más servicio por unidad de valor monetario.

No hay duda que la encuesta de 1964 no revelará tanto este aspecto, porque fue precisamente en ese año cuando comenzó a tomar impulso. En los últimos cuatro meses de dicho año comienzan a crearse la mayoría de los Comités de Salud que se encuentran en plena evolución en 1966.

Esta integración de los servicios preventivos y curativos, no sólo presupone la coordinación entre centros de salud y hospitales, sino cambios en las políticas institucionales, a saber:

- a) Los hospitales (ahora centros médicos integrados) no operan únicamente intramuros, sino que su personal visita comunidades desprovistas de servicios médicos como hacían los centros de salud.
- b) Los centros médicos realizan ahora labores de protección y promoción de la salud no contempladas antes como inmunizaciones, saneamiento del ambiente, protección dental, dotación de agua, protección de la madre, del niño y del escolar, etc.
- c) Los centros de salud, además de sus tradicionales funciones de protección, dan toda clase de servicios de curación y rehabilitación.
- d) Énfasis en el paciente "vertical" o ambulatorio para contribuir así a la protección, reparación, rehabilitación y promoción oportuna de la salud como contribución substancial al programa de desarrollo económico y social del país. Este énfasis en el paciente vertical se realiza no sólo intramuros, sino por una red de servicios de subcentros y brigadas móviles rurales (PUMAR y tradicionales) que atienden a la persona en su propia comunidad (accesible o de difícil acceso).

- 1.5 Existe un Plan Nacional de Salud y, en edición, se está introduciendo gradualmente la Metodología de Planificación del CENDES con miras a su revisión, amplificación, evaluación y establecimiento de los futuros planes nacionales de salud. En su formulación se ha tenido en cuenta a la Caja de Seguro Social y, como resultado, se participa en ciertos programas de remodelación de instituciones (Centro Médico Integrado Amador Guerrero de Colón, Area Médico Sanitaria No. 2; Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, Area Médico Sanitaria No. 3, etc.) y existen acuerdos para reconocer a las instituciones parte del producto de la atención de los asegurados, del cual se dedica el 50 por ciento a una reserva para remodelación, equipo, etc., y el resto se envía a las instituciones médicas, con lo que se pagan honorarios médicos, personal médico y de enfermería y el resto es ingresado por estas instituciones a la Unidad de Caja de las Rentas Internas y de la Contraloría General de la República.

A este convenio de servicios entre el Departamento de Salud Pública y la Caja de Seguro Social, es conveniente agregar dos aspectos interesantes: a) Que en los lugares carentes de hospitalización y de servicios para asegurados, los centros de salud brindan estos servicios sin costo para la Caja de Seguro Social como lo revelarán los formularios 3e de la encuesta y, además, como lo revelan los 3d del Hospital Santo Tomás, donde la enorme mayoría de los pacientes son de asistencia social, y b) Que hay una gran compenetración entre el Director de Salud Pública y el Director Médico de la Caja de Seguro Social, que se reúnen periódicamente, factor humano de especial valor en el crecimiento de la coordinación entre las dos instituciones.

El Plan Nacional de Salud Pública, 1962-1970, forma parte, como se ha dicho, del Programa Nacional de Desarrollo Económico y Social.

Es por este cambio en la política sanitaria del país, que al llenar los formularios de la encuesta, se han llenado los 2a y 2b en todos los casos de centros médicos integrados (instituciones con camas, en la designación de la encuesta) en vista de que en el formulario 2a no aparecen los ítems 8a, 8c, 8d, 8e, 9a, 9b, 9c, ni el 6. Es por eso también que fue necesario incorporar los ingresos y egresos (para el formulario 3a.) que producen los Comités de Salud y el PUMAR, que se colectan en la colectividad y son usados en distintos tipos de mejoramiento de los servicios. El PUMAR, por su parte, recibió en 1964 un aporte de B/.57.228.06 en medicinas, viáticos y sueldos, cuyo desglose no tenemos y por ello no se incluyó en cada institución beneficiada.

Se aprecia también que las consultas externas y egresos son muy superiores a lo que es posible captar por el sistema unitario del SIES de registro y captación de datos. Esto explica por qué en el formulario 3c no coinciden con el total de egresos. En el 3c se ha usado

el dato disponible en el equipo IBM del Servicio de Informes y Estudios Sanitarios. En el caso del CMI. Amador Guerrero se optó por dar también su consulta externa en vista de que el egreso fue informado muy deficientemente debido a situaciones internas de reorganización de dicha institución.

Por esta razón, en la encuesta, en los formularios 3d y 3e, se preguntó si era asegurado o no y para beneficiar a los funcionarios de Washington que lo han de tabular, se trató de conseguir hasta donde fue posible, la accesibilidad en kilómetros de la residencia a la institución.

6 Los programas y presupuesto, como se desprende en los puntos anteriores, se realizan por un proceso que comienza en cada institución, luego va al Grupo de Planificación, una vez revisados pasan a la Dirección General de Salud. En el caso del Presupuesto, en adición, el proyecto es sometido al Nivel Ministerial que lo revisa y ajusta a la suma propuesta por la Oficina de Presupuesto de la Dirección General de Planificación y Administración de la Presidencia de la República, la cual le hace las modificaciones y ajustes finales para enviarlo a la Asamblea Nacional, entidad donde sufre, en un caucus de la Comisión de Presupuesto, un primer debate que lo modifica y luego sufre una nueva modificación en el pleno de la Asamblea y, finalmente, un tercer debate que lo hace ley orgánica de la República, sujeto a sanción o veto del Presidente de la República.

Los presupuestos de salud pública, exclusivamente, entre 1960 y 1966 han sido:

| <u>Año</u> | <u>Balboas</u> |
|------------|----------------|
| 1966 | 9 492 693 |
| 1965 | 11 055 613 |
| 1964 | 11 134 363 |
| 1963 | 8 982 578 |
| 1962 | 8 190 718 |
| 1961 | 10 449 896 |
| 1960 | 10 241 315 |

Sin embargo, lo realmente consumido de ese presupuesto, en los años 1963 y 1964, fue:

| <u>Año</u> | <u>Gastado</u> |
|------------|----------------|
| 1964 | 11 665 906 95 |
| 1963 | 12 407 839 21 |

El dato anterior, por otra parte, es revelación de una gran realidad, pues, a pesar de ello, muchas secciones no consumen más del 90 por ciento del presupuesto, y algunas apenas el 40 por ciento en dichos años, lo cual significa que el aumento sobre el presupuesto se dedicó a pagar el arrastre de deudas anteriores.

No existen normas de nombramientos de personal, excepto para las oficinas incorporadas a la Carrera Administrativa que usa un sistema de selección según requisitos académicos y experiencias previos y presenta una terna para el escogimiento de un candidato por el Ministro del Ramo y el Presidente de la República.

El personal técnico y profesional que no se rige por la Carrera Administrativa se selecciona de acuerdo con un convenio informal que existe entre el Ministerio y la Dirección General de Salud Pública, que hace la recomendación.

El manejo del personal está bajo la Dirección General de Salud Pública y, por delegación de ésta, bajo cada dependencia. En algunas ocasiones, traslados y otros movimientos de personal pueden ocurrir por decisión o solicitud del Nivel Ministerial, el cual, por otra parte, tiene la oficina de Personal.

La remoción de personal con estado de Carrera, tiene un procedimiento o trámite que exige el levantamiento de un expediente y fallo por la Dirección de Personal de la Presidencia de la República previos a la destitución. De ocurrir ésta sin ese trámite legal, es ilegal y el funcionario tiene un período para el denuncia de la ilegalidad y el trámite de reconsideración. El funcionario comprobado como destituido ilegalmente es repuesto en su cargo y se le deben pagar los salarios del período que duró su destitución ilegal.

No hay restricción alguna para la destitución del resto del personal.

Aunque el Código Sanitario establece el escalafón sanitario y ciertas normas sobre personal, esta parte no está en vigencia.

Alrededor de un 40 por ciento del personal de salud goza de Carrera Administrativa. Por otra parte, desde 1961 hay un acuerdo tácito y moral de respeto de la estabilidad del profesional de la salud, lo que ha permitido el gran progreso reciente, sin que necesariamente exista leyes que lo amparen. El respeto y la dignidad profesional se han afianzado mucho desde 1961 a esta parte.

2. CAJA DE SEGURO SOCIAL DE PANAMA

a) Disposiciones legales

La Caja de Seguro Social de Panamá fue creada por la Ley 23 de 21 de marzo de 1941, hace precisamente veinticinco años. Esta ley no era perfecta. Antes por el contrario, adolecía de graves defectos técnicos, pero al menos le cupo la gloria de ser el instrumento legal que dió nacimiento al ente gestor del régimen de seguro social panameño.

Dos años más tarde, y a la vista de las experiencias logradas, se promulgó la Ley 134 de 27 de abril de 1943, la cual introdujo reformas sustanciales al régimen. La Ley 23 de 1941 tenía un ámbito de aplicación geográfico limitado, pues si bien dentro de su sistema obligatorio cubría a todos los empleados públicos al servicio del Estado, de las provincias, de los municipios, de las entidades públicas autónomas y semi-autónomas, en lo tocante a los empleados del sector privado se extendía solamente a los distritos de Panamá y Colón, y no así al resto del territorio nacional.

La Ley 134 de 1943 extendió el ámbito de cobertura de los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, enunciados ya por la Ley 23 de 1941 a todo el territorio nacional, mediante un sistema de incorporación distritorial progresiva. El sistema financiero se concibió de manera más técnica y las prestaciones fueron definidas de manera más precisa.

La Ley 134 de 1943 rigió por espacio de diez años. En efecto, en 1954 se dictó el Decreto-Ley 14 de 27 de agosto de 1954, el cual marcó nuevos rumbos al sistema panameño de Seguro Social. Se incorporaron nuevos distritos a la obligatoriedad de inscripción de los trabajadores residentes en ellos; se estableció de manera más acabada el régimen de seguro voluntario; se introdujo la posibilidad de concertar seguros facultativos y adicionales; se fijaron pensiones mínimas; se varió el sistema de cálculo de las mismas, se hicieron variaciones en el engranaje administrativo, etc.

Posteriormente, la Ley 19 de 29 de enero de 1958 introdujo otra serie de modificaciones, especialmente en el ámbito administrativo de la Caja de Seguro y también en el régimen financiero.

No obstante, las reformas más sustanciales y revolucionarias que se han hecho al sistema, se encuentran recogidas en reciente Decreto-Ley 9 de 1º de agosto de 1962 y la Ley 81 de 29 de noviembre de 1963.

Con estas reformas, se extendió la asistencia médica y farmacéutica a la esposa e hijos de los asegurados; se estableció el subsidio en dinero en casos de enfermedad; el período de cotización para el goce de la pensión de vejez se redujo; el monto de las pensiones mínimas y máximas de vejez e invalidez se han aumentado; se legisló sobre el riesgo de muerte en forma más amplia y generosa, estableciéndose, además de los subsidios de funerales que se reconocían anteriormente, las pensiones de viudez y de orfandad para la esposa e hijos de los asegurados, etc.

Actualmente, el régimen cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, viudez, orfandad y auxilios de funerales, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 93 de la Constitución Nacional, que sirve de base jurídica al sistema.

Los riesgos de paro forzoso y de subsidio familiar están previstos en la legislación, pero sujetos a estudios actuariales que aún no se han realizado. Los riesgos de trabajo (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) no se encuentran incorporados al régimen de Seguro Social, siendo cubiertos por empresas aseguradas privadas.

Actualmente, están sujetos al régimen obligatorio de Seguro Social los empleados públicos, los trabajadores privados de los distritos incorporados y los trabajadores domésticos. Se encuentran incorporados los siguientes distritos: Panamá, Colón, David, Boquete, Chitré, Santiago, Aguadulce, Natá, La Chorrera, Las Tablas, Bugaba, Penonomé, Boquerón y Alanje. Se hacen estudios para incorporar nuevos distritos.

Se encuentran excluidos del régimen, los trabajadores ocasionales, estacionales, empresas agrícolas, cuando no son de carácter permanente, los extranjeros contratados hasta por dos meses, pues de lo contrario quedan sujetos obligatoriamente al régimen.

Se encuentran amparados, además del asegurado, la esposa e hijos menores de 10 años.

Las cuotas del Seguro Social corresponden a cada sector en la siguiente forma: para el asegurado, el 5% de su salario; para el patrono, el 7% del salario pagado.

Dentro del riesgo de enfermedad, la Caja brinda atención médica, quirúrgica, farmacéutica, dental y de hospitalización, además de un subsidio de incapacidad temporal, cuando la enfermedad provoca incapacidad para el trabajo.

Dentro del riesgo de maternidad, se brinda asistencia prenatal, obstétrica y un subsidio de reposo por maternidad, cuando se reúne cierta cantidad de cuotas durante catorce (14) semanas. Se reconoce igualmente, una pensión de vejez e invalidez y dentro del riesgo de muerte se otorga, igualmente, además del subsidio de funerales, las pensiones de sobrevivientes a los beneficiarios, como ya anteriormente se ha indicado.

b) Organización administrativa de los servicios

La Caja de Seguro Social ofrece la atención médica a sus derechohabientes, en instalaciones propias y en los hospitales del Estado, o de algunas instituciones privadas con las que se han contratado los servicios.

Las instalaciones que posee el Seguro Social están constituidas por el Hospital General, localizado en la Ciudad de Panamá, y por las Policlínicas de consulta externa en la Capital y en cada una de las Agencias del Interior de la República.

Los servicios médicos son administrados por un Director Médico, quien es nombrado por el Director General del Seguro Social.

La Dirección Médica esta subdividida en tres departamentos que corresponden al Servicio de Consulta Externa de la Capital, al Hospital General y a los Servicios Médicos de las Agencias. Cada uno de estos departamentos es dirigido por un Jefe Médico.

El Servicio de Consulta Externa de la Capital está compuesto por dos policlínicas para adultos y una para niños, y en ellas se atienden en forma ambulatoria los asegurados y sus beneficiarios.

El Hospital General, con una capacidad de 261 camas, es utilizado únicamente por los asegurados que necesitan atención hospitalaria, ya que los beneficiarios no tienen derecho a esta prestación.

Los Servicios Médicos de las Agencias están constituidos por las policlínicas que posee el Seguro Social en cada una de sus Agencias en el Interior de la República, y en donde sólo se da atención ambulatoria, ya que los pacientes que necesitan hospitalización utilizan los hospitales del Estado.

Formulación y monto del Presupuesto

El presupuesto para el riesgo de enfermedad y maternidad se calcula sobre una base equivalente al 5.5% del total de los sueldos anuales de los trabajadores que pagan seguro.

Para el año 1966 se ha estimado en diez millones setecientos cincuenta mil balboas (B/.10.750.000.00), el presupuesto para el riesgo de enfermedad y maternidad, estando incluidos en esta suma, las partidas para el pago de los subsidios por enfermedad y por maternidad.

El Seguro Social paga a los médicos, dentistas, enfermeras y demás personal para-médico, sueldos similares a los que paga el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, ya que existen disposiciones legales que regulan los salarios que devengan estos profesionales.

Los médicos internos y residentes trabajan a tiempo completo, mientras que los médicos de planta son nombrados por horas de servicio y no pueden trabajar más de siete (7) ni menos de dos (2) horas diarias con el Seguro Social.

Generalmente las plazas vacantes son ocupadas mediante concurso y los nombramientos son hechos por el Director General.

Los médicos y dentistas gozan de estabilidad en sus cargos después de dos años de trabajar con el Seguro, lo mismo que las enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos de laboratorio, quienes están protegidos por leyes especiales.

d) Actividades de Medicina Preventiva

Las actividades preventivas de la Caja del Seguro Social, se limitan en la actualidad a la vacunación contra la difteria, tétanos, coqueluche y poliomielitis de los hijos menores de 10 años de los asegurados y a la investigación de los contactos de los pacientes tuberculosos que se encuentran bajo tratamiento en esta Institución.

e) Relaciones jurídicas con otras instituciones médicas

Los Órganos superiores de administración del Seguro Social los constituyen la Junta Directiva, órgano de deliberación y decisión y el Director General, órgano de administración y ejecución.

La Junta Directiva está integrada por el Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, quien la preside, el Gerente del Banco Nacional, el Contador General de la República, tres representantes patronales, tres representantes de los trabajadores y un médico, no funcionario del Seguro Social, en representación del Cuerpo Médico Nacional.

Los representantes de los patronos, de los trabajadores y de los médicos son nombrados por el Presidente de la República quien los escoge entre las ternas que le son presentadas por los respectivos sindicatos o asociaciones.

Estos nombramientos, lo mismo que el del Director General, deben ser aprobados previamente por la Asamblea Nacional.

f) Ensayos de coordinación

Entre la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, existe un convenio mediante el cual el Ministerio le proporciona a los asegurados las facilidades de los hospitales del Estado, cuando éstos necesiten atención hospitalaria. Por este servicio el Seguro paga al Ministerio una tarifa diaria por cada asegurado que se hospitalice. En casi todos estos hospitales el Seguro paga los sueldos de algunos médicos internos, de enfermeras y de cualquier otro personal para-médico que necesiten los asegurados para una buena atención médica.

Por este convenio se ha establecido también un fondo común, aportado por partes iguales por ambas Instituciones, el cual es utilizado para mejorar las instalaciones de los hospitales del Estado que son utilizados por los asegurados. Este fondo es manejado por el Seguro Social y todas las compras de equipos o reparaciones de los edificios tienen que ser aprobadas por ambas partes.

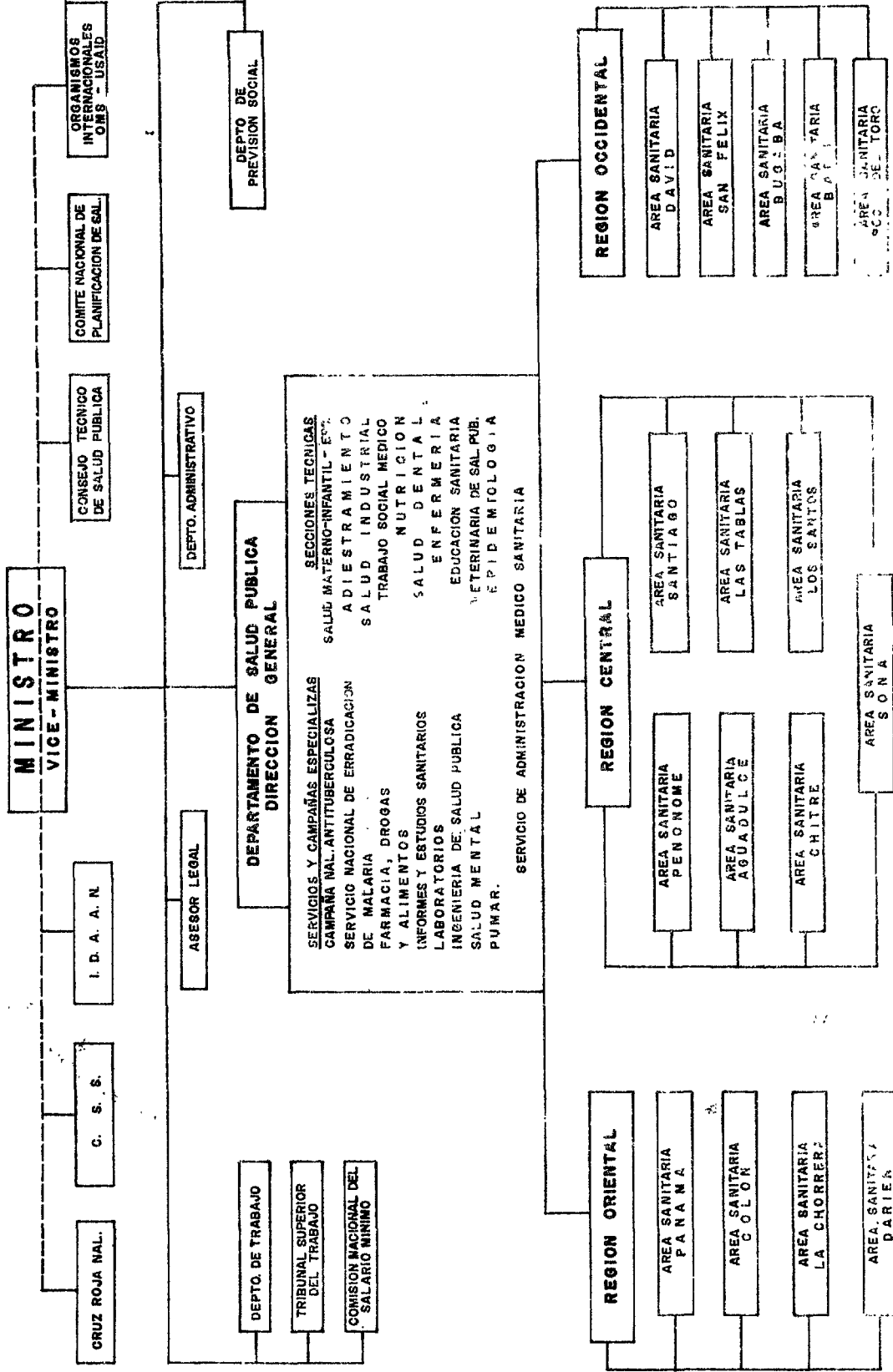
g) Accesibilidad de los servicios

No todos los asegurados tienen acceso a los servicios médicos que proporciona el Seguro Social, ya que muchos de ellos residen en áreas en donde el Seguro no cuenta con instalaciones propias.

En aquellas regiones en donde el Estado tiene hospitales, los asegurados utilizan esos establecimientos cuando necesitan atención hospitalaria. El Seguro paga al Estado una suma diaria por el uso de estas instalaciones, y el sueldo de los médicos que atienden a los pacientes.

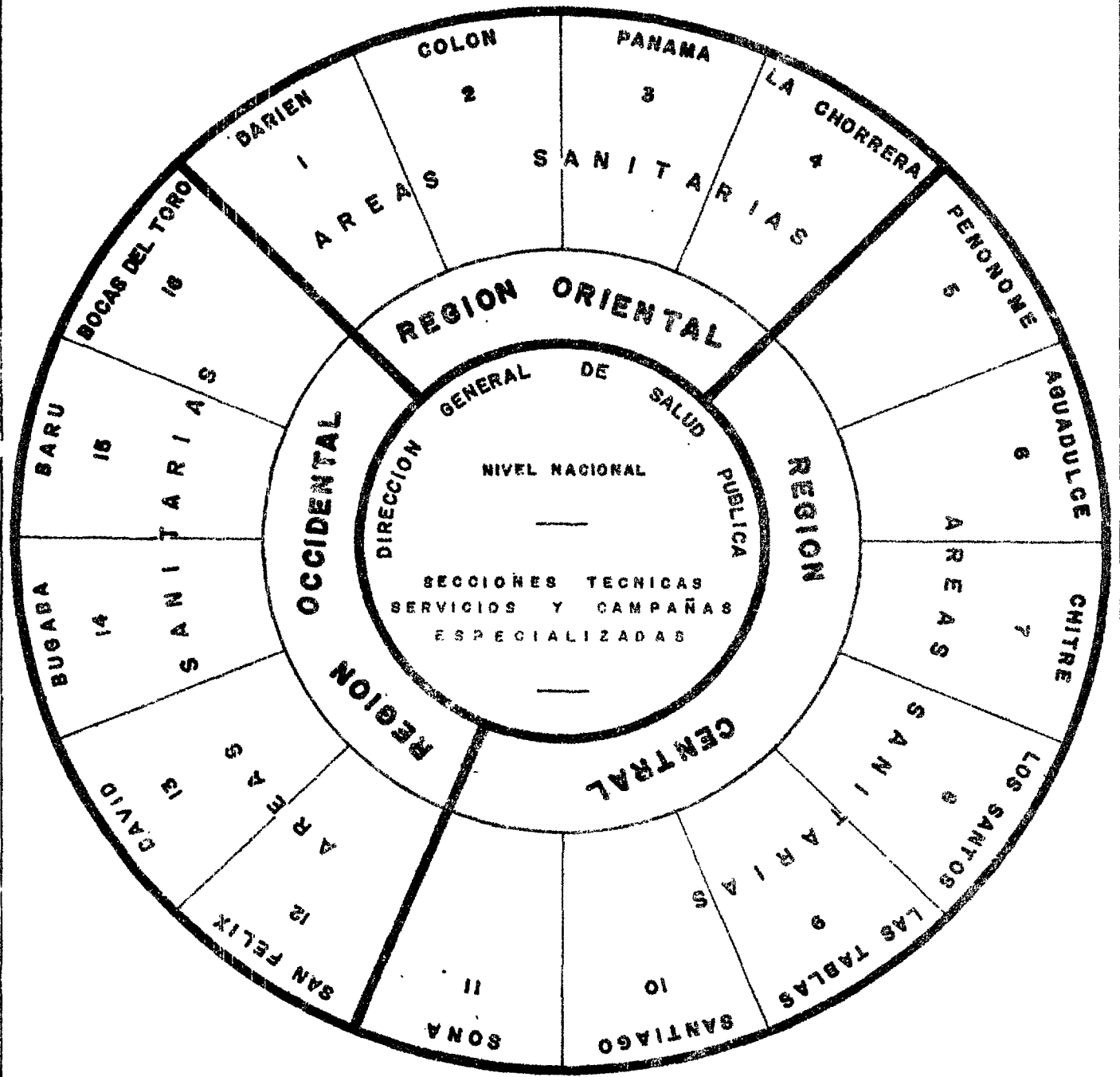
En las áreas en donde el Seguro no tiene clínicas de consulta externa, se le paga al médico del Estado que trabaja en las Unidades Sanitarias del Ministerio, un sueldo adicional, para que atienda ambulatoriamente a los pacientes asegurados que residen en esas localidades.

MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA
1963 - 1970



PLAN NACIONAL DE SALUD
 REPUBLICA DE PANAMA
 MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA
 SERVICIO NACIONAL DE SALUD PUBLICA
 1963 - 1970

ORGANOGRAMA FUNCIONAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA



PLAN NACIONAL DE SALUD
 REPUBLICA DE PANAMA
 MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA
 Departamento de Salud Pública
 con la colaboración de OPS/OMS y AID.

NIVEL REGIONAL

Está constituido por tres grandes Regiones: Oriental, Central y Occidental.

La Región Oriental está formada por las provincias de Panamá, Darién y Colón y está dividida en cuatro Areas Sanitarias:

AREA SANITARIA DEL DARIEN, que comprende el Centro Médico Integrado Urbano de San José, La Palma, El Centro Médico Integrado Rural de El Real, y la Brigada Móvil del Darién; AREA SANITARIA DE COLON, constituida por el Centro de Integración Médico Sanitaria de Colón, la Brigada Móvil de Narganá, La Brigada Móvil Acuática (Costa Norte) y el Departamento de Aseo, Recolección y Disposición de Basuras; AREA SANITARIA DE PANAMA, comprende el Hospital Santo Tomás, Centro Integrado Médico-Sanitario "Emiliano Ponce", Centros de Salud de Juan Díaz, del Chorrillo, de Pueblo Nuevo, de Rfo Abajo y de Chepo; y el AREA SANITARIA DE LA CHORRERA, que comprende el Centro de Salud y Adiestramiento de La Chorrera, Centros de Salud y Anexo Maternal de Chame y de San Carlos, Centros de Salud de Arraiján y de Capira.

La Región Central está formada por las provincias de Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas y está dividida en siete Areas Sanitarias: AREA SANITARIA DE PENONOME, que comprende el Centro Médico Integrado Urbano "Aquilino Tejeira", Centro de Salud y Estación Pediátrica de El Valle, Centro de Salud y Estación Pediátrica y Maternal de Antón, Centro de Salud de La Pintada; AREA SANITARIA DE AGUADULCE, que comprende el Centro Médico Integrado Urbano "Marcos Robles", Centro de Salud y Estación Pediátrica de Natá, Centro de Salud y Estación Pediátrica "Aristides Vallester"; AREA SANITARIA DE CHITRE, que comprende el Centro Médico Integrado Urbano "Cecilio Castellero", Centro de Salud y Estación Pediátrica de Santa Marfa, Brigada Móvil de Herrera y Dispensario Anti-Tuberculoso de Chitré; AREA SANITARIA DE LOS SANTOS, constituida por el Centro Médico Urbano "San Juan de Dios", Centro Médico Integrado Rural de Macaracas; AREA SANITARIA DE SANTIAGO, constituida por el Centro Médico Integrado Urbano de Santiago, Centro Médico Integrado Rural de Cañazas, Centro de Salud de Santa Fé, Dispensario Anti-Tuberculoso de Santiago, Centro de Salud y Estación Pediátrica y Maternal de La Mesa; AREA SANITARIA DE LAS TABLAS, que comprende el Centro Integrado Médico Urbano "Gerardino De León" y los Centros de Salud de Tonosí, Pedasí, Guararé y Paritilla; y AREA SANITARIA DE SONA, constituida por el Centro Médico Integrado Urbano "Ezequiel Abadfa".

La Región Occidental está formada por las provincias de Chiriquí y Bocas del Toro y está dividida en cinco Areas Sanitarias: AREA SANITARIA DE DAVID, constituida por el Hospital "José D. de Obaldía", Centro de Salud y Brigada Móvil de David, Dispensario Anti-Tuberculoso de David y Centro de Salud de Salud de Boquete; AREA SANITARIA DE SAN FELIX, que comprende el Centro de Salud y Estación Pediátrica y Maternal de San Félix, Centro de Salud de Remedios y Centro de Salud de Tolé; AREA SANITARIA DE BARU, que comprende el Centro de Salud de Puerto Armuelles; AREA SANITARIA DE BUGABA, que comprende el Centro de Salud de La Concepción y el Centro de Salud de Aserro; y el AREA SANITARIA DE BOCAS DEL TORO, constituida por el Centro Médico Integrado de Bocas del Toro.

CUADRO I

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, Panamá, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | | | |
|--------------------------------|--------------------|--------|--------|-------------------|------------------------------|-------|---------------------------|---------------|------------------------------|--|--|
| | | Camas | Altas | Días-paciente (a) | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | | |
| Ministerio - Total | 1.185.000 | 1.683 | 82.831 | 516.794 | 586.096 | 1,4 | 69,9 | 436,1 | 494,6 | | |
| 13 hospitales generales | 1.185.000 | 1.645 | 81.999 | 515.130 | 536.742 | 1,4 | 69,2 | 434,7 | 452,9 | | |
| 6 centros de salud | 91.870 | 38 | 832 | 1.664 | 49.354 | 0,4 | 9,1 | 18,1 | 537,2 | | |
| Seguro Social | | | | | | | | | | | |
| 1 hospital general | 70.272 | 261 | 7.218 | 66.418 | 18.672 | 3,7 | 102,7 | 945,2 | 265,7 | | |
| Ministerio Santo Tomás | ... | 778 | 35.568 | 247.687 | 300.633 | ... | ... | ... | ... | | |

(a) Días del censo.

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, Panamá, 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|----------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| Ministerio - Total | 6,2 | 49,2 | 83,9 |
| 13 hospitales generales | 6,3 | 49,8 | 85,6 |
| 6 centros de salud | 2,0 | 21,9 | 12,0 |
| Seguro Social | | | |
| 1 hospital general | 9,2 | 27,7 | 69,5 |
| Ministerio | | | |
| Santo Tomás | 7,0 | 45,7 | 87,0 |

CUADRO III

Personal de hospitales y proporciones por 100 camas ocupadas, Panamá, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Número | | | | | | | | | | Proporción por 100 camas ocupadas | | | | | |
|---|---------|---------------|---------------------|------------------------|--------|----------|------------------------|------------|---------|---------------|-----------------------------------|---------------------|-------|------------------------|-----------------|-------|
| | Médicos | | Total excl. médicos | Personal de enfermería | | | Otro pers. asist. méd. | Otro pers. | Médicos | | Total excl. médicos | Personal enfermería | | Otros cuidados médicos | Otros servicios | |
| | Total | Tiempo compl. | | Total Enferm. | Auxil. | Parteras | | | Total | Tiempo compl. | | Total Enf. | | | | |
| | | | Total | | | | Total | | | | | | | | | |
| Ministerio - Total | 255 | 205 | 1.807 | 990 | 350 | 584 | 56 | 164 | 663 | 14,7 | 11,8 | 104,9 | 57,2 | 20,2 | 9,5 | 38,3 |
| 13 hospitales generales 6 centros de salud | 248 | 198 | 1.701 | 937 | 336 | 549 | 52 | 147 | 617 | 14,6 | 11,6 | 100,0 | 55,1 | 19,8 | 8,6 | 36,3 |
| Seguro Social 1 hospital general | 7 | 7 | 116 | 53 | 14 | 35 | 4 | 17 | 46 | 22,6 | 22,6 | 374,2 | 171,0 | 45,2 | 54,8 | 148,4 |
| Ministerio Santo Tomás | 114 | 86 | 526 | 225 | 84 | 126 | 15 | 35 | 266 | 59,4 | 44,8 | 274,0 | 117,2 | 43,7 | 18,2 | 138,5 |
| | 145 | 106 | 869 | 538 | 197 | 300 | 41 | 39 | 292 | 17,2 | 12,6 | 103,3 | 64,0 | 23,4 | 4,6 | 34,7 |

(a) "Otro"personal de Santo Tomás está calculado a base de la proporción de "otro" personal por camas en los restantes hospitales del Ministerio.

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario,

Panamá, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|--|------------------------|-----|---------------------------|-----|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública - Total | 1,4 | 1,7 | 3,9 | 4,8 | 1,7 | a) 48 | 68 |
| 13 hospitales generales | 1,4 | 1,7 | 3,8 | 4,7 | 1,6 | b) 44 | 68 |
| 6 centros de salud | 2,0 | 2,0 | 7,6 | 7,6 | 2,5 | 69 | 63 |
| Seguro Social 1 hospital general | 0,7 | 1,0 | 2,0 | 2,6 | 1,5 | 100 | 58 |
| Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública Santo Tomás | 1,4 | 1,9 | 3,7 | 5,1 | 1,5 | ... | 71 |

(a) Basado en 6 hospitales y 6 centros de salud. (b) Basado en 6 hospitales.
 (1) Basado en el total de médicos. (2) Basado en el total de horas de servicios médicos dividido por seis.

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada, Panamá, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|-----------------------------------|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Ministerio - Total | 31 | 195 | 69 |
| 13 hospitales generales | 30 | 188 | 67 |
| 6 centros de salud | 76 | 583 | 154 |
| Seguro Social | | | |
| 1 hospital general | 114 | 399 | 149 |
| Ministerio | | | |
| Santo Tomás | 32 | 218 | 80 |

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron,

Panamá, 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|---|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública | | | | |
| Hospitales Generales | 13 | 4 | 11 | 7 |
| Centros de salud provistos de camas | 7 | 2 | 6 | - |
| Centros de salud | 24 | 1 | 14 | - |
| Clínicas escolares | 2 | 1 | - | - |
| Unidades móviles | 2 | - | - | - |
| Seguro Social | | | | |
| Hospital general | 1 | ... | 1 | 1 |
| Consultorios de pacientes externos | 13 | 3 | 10 | 4 |

CUADRO VIII

Utilización de instituciones de consulta externa y servicios prestados, Panamá, 1964

| Institución | Población | | Porcentaje de solicitantes | Número | | | | Tasa por 100 habitantes | | | | Consultas por 100 solicitantes | | Proporción por 100 consultas méd. | | | |
|---|-----------|-------------|----------------------------|-----------|---------|---------------------|------------------|-------------------------|-----------|-------|---------------------|--------------------------------|---------|-----------------------------------|------------------|---------|-----|
| | Abarcada | Solicitante | | Consultas | | Visitas a domicilio | Exámenes de lab. | Rayos X | Consultas | | Visitas a domicilio | Inmunizaciones | Médicas | Otras | Exámenes de Lab. | Rayos X | |
| | | | | Médicas | Otras | | | | Médicas | Otras | | | | | | | |
| Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública 13 hospitales generales 7 centros de salud provistos de camas | 1.185.000 | 195.594 | 16,5 | 541.826 | 88.483 | 3.268 | 80.281 | 388.619 | 19.250 | 45,7 | 7,5 | 0,3 | 6,8 | 277,0 | 45,2 | 71,7 | 3,6 |
| | 97.260 | 26.948 | 27,7 | 52.422 | 9.334 | 2.501 | 31.225 | 52.295 | - | 53,9 | 9,6 | 3,6 | 32,1 | 194,5 | 34,6 | 99,8 | - |
| 20 centros de salud 1 clínica escolar 1 unidad móvil | 350.682 | 71.699 | 20,4 | 117.177 | 49.131 | 18.633 | 96.431 | 33.342 | 1.907 | 33,4 | 14,0 | 5,3 | 27,5 | 163,4 | 68,5 | 28,5 | 1,6 |
| | 36.982 | 2.294 | 6,2 | 5.140 | 839 | 12 | 3.384 | - | - | 13,9 | 2,3 | 0,0 | 9,2 | 224,1 | 36,6 | - | - |
| | 20.760 | 1.191 | 5,7 | 1.853 | ... | ... | 1.886 | 450 | - | 8,9 | ... | ... | 9,1 | 155,6 | ... | 24,3 | - |
| Seguro Social Hospital general Consultorios de pacientes externos | 70.272 | ... | ... | 18.672 | ... | ... | ... | ... | ... | 26,6 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| | 132.675 | ... | ... | 625.048 | 165.601 | - | - | 442.347 | 38.029 | 471,1 | 124,8 | - | - | ... | ... | 70,8 | 6,1 |

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, Panamá, 1964

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | Otro personal | | | | | Tiempo del médico por consulta (en minutos) | Tiempo de enfermería por consulta Total Enferm. | |
|--|----------|-------|-----------|-------|---------------|------------|---------------|----------|------------|---|---|-----|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | Total | Enfermería | | | Otro pers. | | | |
| | | | | | | Total | Enfer. Auxil. | Parteras | | | | |
| Ministerio de Trabajo y Previsión Social y Salud Pública | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 6 | 38 | 13 |
| 13 hospitales generales (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 15 | 116 | 31 |
| 6 centros de salud provistos de camas (a) | 30 | 171 | 10 | 17 | 379 | 118 | 44 | 71 | 3 | 19 | 69 | 26 |
| 23 centros de salud | - | - | 2 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | - | 24 | 14 | 7 |
| 2 clínicas escolares | 1 | 8 | - | - | 13 | 11 | - | 11 | - | 67 | 742 | - |
| 1 unidad móvil | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 23 | 80 | 30 |
| Seguro Social | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 21 | 27 | 7 |
| 1 hospital general (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 13 consultorios de pacientes externos | 176 | 727 | 27 | 95 | 583 | 171 | 44 | 127 | - | 21 | 27 | 7 |

(a) Personal incluido en los datos sobre hospitales

CUADRO XPromedio del costo por consulta de pacientes externos, Panamá, 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|--|-------------|---------------|
| Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública | | |
| 13 hospitales generales | 1,65 | 1,46 |
| 7 centros de salud provistos de camas | 3,29 | 3,76 |
| 21 centros de salud | 2,23 | 2,93 |
| 2 clínicas escolares | 0,92 | 0,96 |
| 1 unidad móvil | 5,56 | 5,56 |
| Seguro Social | | |
| 1 hospital general | 6,15 | 6,15 |
| 13 consultorios de pacientes externos | 3,26 | 2,69 |

P E R U

I. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

1. Estructura Administrativa del Ministerio de Salud Pública y A. S. a nivel central, regional y local

El Ministerio de Salud Pública y A.S. es el órgano del Poder Ejecutivo que, en representación del Estado, tiene a su cargo el cuidado de la salud pública y privada del pueblo peruano. En tal virtud, cumple funciones normativas y ejecutivas de protección, promoción y recuperación de la salud.

La estructuración del MSP y AS contempla la existencia de dos niveles fundamentales, el nivel central y el nivel periférico.

El Organismo Central, tiene carácter directivo, normativo, asesor y coordinador y comprende a su vez dos niveles:

1. El Despacho Ministerial, como órgano de dirección de mandato, y cuya función es realizar la política nacional de salud del Supremo Gobierno, normando y coordinando las actividades de salud que cumplen todas las entidades públicas y privadas del Sector Salud.
2. La Dirección General de Salud, como órgano superior encargado de mantener la unidad de dirección técnico-administrativa, y encargada de programar, organizar, dirigir, coordinar, asesorar, supervisar y controlar las actividades del Ministerio de Salud Pública y A. S. Tiene como órganos asesores y/o auxiliares a las siguientes unidades estructurales:
 - 2.1 La Dirección de Normas y Supervisión
 - 2.2 La Dirección de Personal
 - 2.3 La Dirección de Economía
 - 2.4 La Dirección Técnica de Alimentación
 - 2.5 La Dirección de Farmacia
 - 2.6 La Oficina Sectorial de Planificación de Salud (como Oficina de Programación del MSP y AS)
 - 2.7 La Asesoría Jurídica
 - 2.8 La Oficina de Sanidad e Intercambios Internacionales
 - 2.9 El Instituto de Salud Ocupacional

Los Organismos Ejecutivos Periféricos, están constituidos por las Areas de Salud, como dependencias responsables del cumplimiento de las acciones integradas de promoción, protección y recuperación de la salud, en una determinada región del país. Las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud a nivel local se cumplen mediante un régimen descentralizado, en concordancia con los respectivos programas, bajo la responsabilidad ejecutiva de las Unidades de Salud, y la coordinación regional, asesoría y supervisión de las Jefaturas de Areas de Salud. Bajo este concepto existen dos niveles:

1. Nivel regional, constituido por las Jefaturas de Areas de Salud, como organismos directivos, de coordinación, supervisión, asesoría y control de los servicios ejecutivos. A este nivel se cuenta con equipos técnicos y administrativos de asesoría, supervisión y control.
2. Nivel local, constituido por las Unidades de Salud, que son las dependencias en que se dividen las Areas de Salud, y que agrupan a las dependencias ejecutivas de una determinada circunscripción geográfica, bajo una inmediata unidad de comando técnico y administrativo. Sus dependencias son:
 - 2.1 Hospitales Centros de Salud
 - 2.2 Hospitales Generales y Especializados
 - 2.3 Centros de Salud
 - 2.4 Postas Médicas
 - 2.5 Postas Sanitarias
 - 2.6 Otros Servicios de asistencia y bienestar social

Atribuciones constitucionales o legales sobre la formulación de normas y estándares coordinación y fiscalización del funcionamiento de los servicios y supervisión del personal técnico a distintos niveles

1. Constitucionalmente el Estado es el encargado de cuidar la salud del pueblo peruano. El Ministerio de Salud Pública, como órgano del Poder Ejecutivo es el que cumple estas funciones; como tal está facultado para formular normas y estándares, tanto para los servicios públicos cuanto para los privados. Con el fin de coordinar mejor esta acción, funciona a nivel sectorial, el Consejo Nacional de Salud, integrado por los jefes de las dependencias mayores encargadas de prestar servicios de salud, así como por representantes de la práctica privada y de las entidades docentes y gremiales.

El proceso para el establecimiento de normas y estándares es el siguiente: Un grupo de Asesores de la Dirección de Normas y Supervisión efectúa todos los estudios necesarios y propone su implantación por

intermedio de la Dirección General de Salud; a nivel regional de las Areas de Salud, los técnicos en los campos específicos efectúan la adecuación de las normas y estándares de carácter nacional, a las condiciones especiales predominantes en su zona.

2. La coordinación se cumple a diferentes niveles:

- 2.1 Sectorialmente se coordina las acciones a nivel del Despacho Ministerial
- 2.2 Sectorialmente, pero con carácter técnico, la coordinación la efectúa la Oficina Sectorial de Planificación de Salud.
- 2.3 Institucionalmente, en el Ministerio de Salud Pública y A. S., la coordinación la efectúa la Dirección General de Salud
- 2.4 A nivel regional la coordinación, tanto interna como externa con las demás instituciones que en una u otra forma están relacionadas con salud, la efectúa la Jefatura del Area de Salud.
- 2.5 A nivel local la coordinación está a cargo de la Jefatura de la Unidad de Salud.

3. La Supervisión la efectúa a nivel nacional la Dirección General, por intermedio de los técnicos en los campos específicos, de la Dirección de Normas y Supervisión, cuando se refiere a aspectos técnicos; y por intermedio del personal de las otras Direcciones cuando se refiere a funciones especializadas, administración por ejemplo, coordinándose siempre a nivel nacional.

La supervisión más específica a los servicios locales de salud la efectúan técnicos especializados ubicados a nivel de la Jefatura de Area, por una representación funcional de éste.

A nivel local la supervisión tanto de las actividades, cuanto del personal la efectúa el jefe inmediato.

Planes de Salud, en 1965 se terminó de formular un Plan Nacional de Salud 1965-70 actualmente en vigencia, siguiendo la metodología desarrollada por CENDES-OMS, y que originalmente constituyó un adelanto al Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social del País.

Actualmente, dentro de éste último contexto se ha completado el diagnóstico y se encuentra en la fase de formulación del Plan Nacional de Salud, dentro del Plan Nacional de Desarrollo-Económico y Social, y que entrará en vigencia a partir de 1967. Este último considera a todo el Sector Salud, incluyendo a las entidades de Seguridad Social.

Datos generales sobre los sistemas utilizados en la formulación del Plan y Presupuesto. En la formulación del Plan Nacional de Salud se utilizó la metodología de CENDES/OMS, con la participación del personal de todos los niveles de la organización del MSP y AS. Para la formulación del Plan Sectorial, dentro del Plan de Desarrollo se está utilizando la metodología de la Programación del Sector Público, con la participación de las Oficinas de Programas del Sector, coordinados sectorialmente por la Oficina Sectorial de Planificación de Salud, y a nivel nacional por el Instituto Nacional de Planificación. En cuanto a la formulación presupuestaria se está utilizando la técnica del Presupuesto Funcional por programas, bajo las metas establecidas por el Plan.

Referente a la Administración de Personal, se ha comenzado a descentralizar las acciones ejecutivas, manteniendo centralizado las normativas y de coordinación general. Se encuentra actualmente en la fase de implantación de un Sistema completo de Administración de Personal.

2. Caja Nacional del Seguro Social

El 12 de agosto de 1936, el Presidente del Perú, General de División Oscar R. Benavides promulgó la Ley 8433 que señala la vigencia de un conjunto de disposiciones legislativas que crean a los obreros derecho a determinadas prestaciones en contingencias específicas. En otras palabras, marca el inicio de la era del Seguro Social Obligatorio en el Perú, que se identifica con el del Seguro Social Obrero y con su organismo rector: la Caja Nacional de Seguro Social.

Posteriormente se promulgaron las Leyes 8505 y 11321, se dictaron sus reglamentos y dentro de un proceso de perfeccionamiento, ampliación y actualización se complementó la Ley primitiva con diversos instrumentos legales que dan a la Seguridad Social y al Seguro Social Obrero en particular, la dimensión y contenido que actualmente posee.

Cuatro años y medio después de promulgada la Ley creadora del Seguro Social Obrero, superada la fase básica de organización, construcción y equipamiento de los primeros Centros Asistenciales propios del Seguro Social Obrero, el 10 de febrero de 1941 se inicia el otorgamiento de prestaciones asistenciales directas a los obreros asegurados, con la inauguración simultánea de los Hospitales Obreros de Lima é Ica a los que pronto y en sucesión casi regular sigue la inauguración de otros Hospitales y Policlínicos Obreros, como puede apreciarse en el Cuadro siguiente:

| | <u>Fecha de inauguración</u> | <u>Número de camas</u> |
|--------------------|------------------------------|------------------------|
| 1 Lima | 10-II-41 | 894 |
| 2 Ica | 10-II-41 | 157 |
| 3 Callao (Polic) | 7- X-41 | 26 |
| 4 Huacho | 30-XI-41 | 251 |
| 5 Chiclayo | 2- I-43 | 224 |
| 6 Chocope | 27-XI-43 | 137 |
| 7 Pisco (Polic) | 5-VI-44 | --- |
| 8 Arequipa | 11-XI-44 | 144 |
| 9 Chincha | 13- X-46 | 126 |
| 10 Cañete | 19-VII-48 | 102 |
| 11 Trujillo | 20- I-51 | 98 |
| 12 Piura | 3-VIII-51 | 140 |
| 13 La Oroya | 8-VI-53 | 157 |
| 14 Cerro de Pasco | 8-III-58 | 33 |
| 15 Huariaca | 9-III-58 | 157 |
| 16 Poli. N° 1 Lima | --- | --- |
| 17 Chimbote | 12-VIII-63 | 140 |
| | Total | 2767 |

Dadas las condiciones existentes en el país, en lo que a asistencia hospitalaria respecta, en el momento en el que el Seguro Social Obrero inició sus actividades, se hizo indispensable que la Institución contara con Centros Asistenciales propios los cuales, sin lugar a dudas, marcaron el inicio, entre nosotros de la era científica de la asistencia hospitalaria; pues por primera vez el país tuvo Hospitales cuya función no se reducía a concentrar enfermos, sino Centros Asistenciales cuya misión es encontrar recursos personales destinados al otorgamiento de atención de la más alta calidad.

El ejemplo dado por la Caja Nacional de Seguro Social, los avances de la Medicina y la acelerada evolución del pensamiento social, se han traducido en una evidente elevación de la calidad de la asistencia hospitalaria en nuestro país, la cual, a su vez, ha determinado que la política de construcción de Centros Asistenciales propios que era una necesidad imperiosa hace treinta años; haya sido, en el momento actual, superada por la necesidad de que los recursos de salud de todo orden con que cuenta el país sean utilizados racionalmente y en forma coordinada; circunstancia que explica por qué la Caja Nacional de Seguro Social en el transcurso de los últimos años tiene orientada su política asistencial a través de la contratación de servicios de salud, con Centros Asistenciales del Gobierno Central, de otras entidades del Sub-sector Público Independiente y del Sector Privado, en tanto la plena utilización de la capacidad instalada no justifique nuevas construcciones.

Riesgos Cubiertos

El Seguro Social Obrero desde su origen, cubre los riesgos de Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte, otorgando a sus afiliados prestaciones en especie y en dinero en los Riesgos de Enfermedad y Maternidad pensiones en los Riesgos de Invalidez y Vejez; y gastos de Funeral y Capital de Defunción a los deudos de los beneficiarios de todos los riesgos anteriormente enumerados. Por mandato de la Ley 13640 que creó el Fondo de Jubilación Obrera, todos los obreros del país, mayores de 60 años reciben los beneficios de la jubilación. La Caja Nacional de Seguro Social además, cumple un programa de Prestaciones Institucionales del cual son beneficiarios sus propios servidores.

Estructura Administrativa y Económica

Repartición integrante del Sub-Sector Público Independiente, la Caja Nacional de Seguro Social tiene como organismo máximo de gobierno al Consejo Superior, integrado por representantes del Estado, empleadores, obreros y Facultad de Medicina. Los ejecutivos principales son el Gerente General, el Gerente y el Director de Prestaciones de Salud (actual denominación del Superintendente General de Hospitales).

Sus fuentes de financiamiento, creadas por mandato de la Ley, son específicas; y la principal es la cuota tripartita, constituida por el aporte del Estado, de los empleadores y de los obreros. En el Perú el monto de la cuota tripartita es el 11% del importe total de la planilla de salarios; correspondiendo 2% al aporte del Estado, 6% a la cuota patronal y 3% a la cuota de los obreros. Este 11%, para la financiación de los diversos riesgos se redistribuye de acuerdo a la escala siguiente:

- 6.3 Para el Riesgo de Enfermedad-Maternidad
- 2.2 Para el Riesgo de Invalidez
- 2.- Para el Riesgo de Vejez
- 0.5 Para el Riesgo de Muerte

La fuente de financiamiento de la Jubilación Obrera está dada por el 4% del monto de las planillas de obreros, del cual 2% es a cargo del empleador y 2% a cargo de los obreros.

Población protegida

Al presente hay 447.427 obreros afiliados como asegurados activos en el Riesgo de Enfermedad-Maternidad, de los cuales 424.395 reciben prestaciones directas a través de Centros Asistenciales propios y 23.032 en servicios contratados. Esto significa que el 45.5% de los obreros del país están protegidos por el Seguro Social Obrero en los Riesgos de Enfermedad-Maternidad. Territorialmente, este mismo sistema de protección, abarca el 30.7% de la superficie del país o sea 395.547,3 km. sobre un área total de 1.285.215,6 kilómetros cuadrados.

La Jubilación Obrera cubre 562.440 afiliados.

Las provincias en las que el Seguro Social Obrero tiene servicios propios son las siguientes: Piura, Paita, Chiclayo, Lambayeque, Ferreñafe, Trujillo, Santa. Chancay, Lima, Cañete, Callao, Chíncha, Pisco, Ica, Palpa, Arequipa, Yauli y Cerro de Pasco. Las provincias en las que tiene servicios contratados son las siguientes: Tumbes, Sullana, Cajamarca, Maynas, Huaraz, Leoncio Prado, Huánuco, Ambo, La Merced, Huancayo, Tarma, Tacna, Cuzco, Moquegua (Toquepala), Puno, San Román, Lampa, Carabaya, Azángaro y Sandía y Huancavelica.

Dirección de Prestaciones de Salud

Es la Unidad Ejecutora del Sub-Pliego III -Enfermedad-Maternidad é Invalidez del Pliego Caja Nacional de Seguro Social, consta de los tres programas siguientes:

- Programa 1. Dirección de Prestaciones de Salud
- Programa 2. Riesgos de Enfermedad-Maternidad
- Programa 3. Riesgo de Invalidez

A través del Programa 1 se realiza la función directriz de todo el Sub-Pliego, se orienta y canaliza la correcta ejecución de los tres programas; se coordina, adecúa y actualiza el Presupuesto Funcional de los Riesgos de Enfermedad, Maternidad é Invalidez y se realizan las funciones de capacitación de personal. A través del Programa 2 se otorgan prestaciones en dinero y en especie a los 447.427 asegurados activos protegidos en las contingencias de Enfermedad y Maternidad y a través del Programa 3 se otorgan pensiones a los asegurados que han perdido las dos terceras partes de su capacidad para el trabajo.

En el Presupuesto de Metas para 1965 la Dirección de Prestaciones de Salud producirá como Servicios Finales de Salud 735.530 estancias hospitalarias, 1.119.234 consultas externas, 35.134 consultas domiciliarias, 360.470 consultas rurales, 135.012 consultas de Emergencia, 407.340 consultas pediátricas y 538.746 consultas dentales, lo cual presupone, además, la producción de los siguientes servicios intermedios: 134.504 atenciones en Medicina Física, 18.630 intervenciones quirúrgicas, 5.264 atenciones de partos, 142.078 Radiografías, 701.772 Análisis de Laboratorio, 3.964.148 prescripciones médicas y 2.706.916 raciones para citar solamente algunos.

Se abonarán, además 144.000.000.00 como Subsidio de Enfermedad, correspondiente a la prestación en dinero que el Seguro Social Obrero otorga a sus afiliados cuando por incapacidad para el trabajo dejan de percibir sus salarios en los centros donde laboran y que está destinado a contrarrestar el impacto no sólo biológico, sino también económico que la enfermedad representa para el individuo y para la familia del trabajador.

El cumplimiento del Programa II significa un egreso anual promedio de S/. 1.670.20 por afiliado, cifra cuya importancia social puede apreciarse pensando que, en un país como el Perú donde el ingreso per cápita difícilmente llega a los S/. 4.000.00 anuales; resultaría prácticamente imposible que el común de los asalariados industriales o agrícolas puedan destinar cerca del 50% de dicho ingreso para la atención de las contingencias que la enfermedad representa. Es así como mediante elementos de juicio, eminentemente objetivos, como son los estadísticos, el Seguro Social Obrero encuentra no solamente plena justificación, sino que demuestra que cumple con sus finalidades de acuerdo al espíritu y a la letra de las leyes rectoras de la Seguridad Social Peruana. Puede contribuir a la mejor comprensión de este planteamiento, el tener presente que en el Canadá, por ejemplo, donde el nivel sanitario está ubicado entre los más altos del mundo, el 60% de la población experimenta uno o más períodos de enfermedad, con una duración promedio de doce días por año y por habitante y con una demanda de 5 a 6 consultas médicas y de dos días de hospitalización. En los Estados Unidos el promedio anual de ausentismo al trabajo, de cada asegurado facultativo, es de quince días por enfermedades agudas del aparato respiratorio, y en Alemania Federal el costo promedio anual por afiliado al régimen del Seguro de Enfermedad es de 300 R M.

Estas cifras indicadoras de lo que ocurre en algunos países desarrollados permite formarse una idea de lo que puede ocurrir y ocurre en los países no desarrollados, donde las condiciones de educación, alimentación y vivienda, así como las condiciones generales de existencia determinan bajos niveles de salud y en consecuencia mayor número de consultas médicas, de días de hospitalización y de incapacidad para el trabajo. Contribuye a completar esta visión, el señalar que en el Perú, como en toda América Latina, región con uno de los más altos índices de crecimiento demográfico en el mundo, las corrientes migratorias internas se producen en forma anárquica, determinado un desordenado crecimiento de las ciudades, una caótica desruralización y el surgimiento de slams que bajo el nombre de barriadas, cinturones de miseria, tugurios, favelas, callampas, etc. actúan como potencializadoras de nuestro problema sanitario.

Realizaciones inmediatas

Como medidas que viabilizan la ejecución de sus programas y que reflejan la adecuación de la estructura organizativa a la función encomendada, durante 1966 la Dirección de Prestaciones de Salud ha culminado una tarea de reorganización Institucional, que siendo de fácil enunciación es ardua en su ejecución. En primer término se ha logrado el ordenamiento económico, la recuperación del crédito, debido a que todas las obligaciones de sus dependencias y Centros Asistenciales pendientes al 31 de diciembre de 1965 por acumulación de los ejercicios presupuestarios anteriores han sido totalmente cancelados. En segundo término, la modernización de los Centros Asistenciales, de acuerdo con un programa de

prioridades, ha entrado en una etapa de efectivas realizaciones; es así como la renovación de la flota de vehículos se encuentra en sus etapas finales y cómo a través de un adecuado Control del Ejercicio Presupuestal, se han adquirido nuevos equipos para los Centros Asistenciales, adquisición que progresivamente se intensificará en 1966, hasta lograr la total culminación de esta etapa programativa. Resulta pertinente señalar que es garantía de que esto ocurrirá, el haber recuperado el crédito sin acudir a nuevas fuentes de financiamiento. En tercer término se encuentra en pleno desarrollo un programa de mejor utilización y mejor distribución de recursos, que se traducirá en la puesta en marcha de servicios periféricos de salud, especialmente en la gran Lima, donde están próximos a inaugurarse nuevos servicios asistenciales en la Zona industrial de la Av. Argentina, a los que le seguirán, en el transcurso de 1966, otros en las principales zonas de concentración obrera de la capital, que no sólo descongestionarán al Hospital Obrero de Lima, sino que darán mayor fluidez y eficiencia a la prestación de servicios de salud. En cuarto lugar se ha procedido al perfeccionamiento del sistema de abastecimientos de los diversos Centros Asistenciales, lo que permitirá a éstos disponer de las medicinas, equipos y materiales en el momento oportuno. En quinto lugar, la Dirección de Prestaciones de Salud ha puesto especial énfasis en la calidad del trabajo que el personal, de todas las jerarquías debe rendir; y que en última instancia se traduce en el mejor manejo institucional del enfermo. Es así como junto a nuevos planteamientos, en lo que a capacitación y entrenamiento de su personal respecta, a la formulación de normas de trabajo está en marcha un programa de coordinación y supervisión y otro de evaluación, dentro del cual la Auditoría Médica ha sido establecida y que en 1966 empezará a funcionar, no sólo por primera vez en nuestros Centros Asistenciales, sino también por primera vez en el país. La regionalización de los Hospitales de la Caja destinada al adecuado manejo institucional de los enfermos con criterio geográfico y funcional han recibido el impulso inicial con el establecimiento de los Hospitales Regionales de Chiclayo en el Norte, Oroya en el Centro e Ica en el Sur, impulso que al incrementarse progresivamente significará que en cada una de esas grandes áreas se dispondrá de Hospitales autosuficientes para satisfacer las necesidades asistenciales generales y de especialidades que la población asegurada requiera.

Planes futuros

La Dirección de Prestaciones de Salud planea la ampliación progresiva, en escala territorial y demográfica de la protección a la población obrera, mediante el uso racional y coordinado de los recursos de salud con que cuenta el país. De otro lado, está dando los pasos preliminares adecuados que permitan la correcta programación, formulación y ejecución de un programa que utilizando al máximo los avances de la medicina asistencial y restaurativa, los integre con los requerimientos de la medicina preventiva y social.

La ejecución de un programa de esta naturaleza exige la comprensión clara y cabal por parte de todos los sectores del país de que es ilusorio hablar de Medicina buena y barata, que los recursos que se emplean en acciones de salud son recursos productivos y que el dinero que se invierte en recursos de salud rinde igual o más que el invertido en recursos para el fomento de las actividades clásica y tradicionalmente consideradas, como de la más alta productividad. La promoción y fomento de la salud es una infraestructura de la más alta trascendencia, cuya importancia se proyecta y se mide no solamente en el campo estrictamente económico, sino en el más amplio de la actividad socio económica; porque un país enfermo es un país sin fuerza de trabajo de calidad y nadie puede esperar que con instrumentos inadecuados, como es una población que no disfrute del estado pleno de salud, se pueda realizar el gran esfuerzo que presupone la operación despegue, que llevará al Perú de su actual condición de país en desarrollo a la de país desarrollado que es la meta y aspiración de todos los peruanos.

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada,

México, D.F., 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|--|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| 8 hospitales generales | 46 | 199 | 43 |
| 5 hospitales especializados | 30 | 150 | 57 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 6 hospitales generales | ... | 477 | 146 |
| 2 hospitales especializados | ... | 331 | 131 |
| 4 consultorios generales | ... | 130 | 36 |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | |
| 1 hospital general | 130 | 743 | 354 |
| 1 hospital especializado | 52 | 214 | 7 |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| Hospital General de México, D.F. | 19 | 158 | 26 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| Hospital Central | ... | ... | ... |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | |
| Hospital "20 de Noviembre" | 130 | 743 | 354 |

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, México, D.F., 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | |
|--|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | |
| 6 hospitales generales | 1 172 542 | 18.0 | 486 774 | 82.96 | 1 493.28 | 30 363 |
| 4 hospitales especializados | 287 459 | 82.1 | 57 675 | 71.87 | 5 900.53 | 26 304 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | |
| 6 hospitales generales | 697 874 | 6.8 | 406 240 | ... | ... | ... |
| 2 hospitales especializados | 163 389 | 26.2 | 120 605 | ... | ... | ... |
| 4 consultorios generales | 21 821 | 1.9 | 816 533 | ... | ... | ... |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | | | | |
| 1 hospital general | 158 607 | 7.8 | 75 333 | 300.00 | 2 340.00 | 109 800 |
| 1 hospital especializado | 18 084 | 37.1 | - | 80.00 | 2 968.00 | 29 280 |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | |
| Hospital General de México, D.F. | 744 611 | 31.1 | 200 308 | 67.40 | 2 096.14 | 24 668 |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | | | | |
| | 158 607 | 7.8 | 75 333 | 300.00 | 2 340.00 | 109 800 |

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron,

México, D.F., 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|--|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | |
| 1 departamento hospitalario de consulta externa | 3 | 6 | 2 | 3 |
| 22 centros de salud A | a) 22 | 10 | 19 | 18 |
| 19 centros de salud B | a) 19 | 6 | 8 | 5 |
| 4 consultorios especializados | 5 | 6 | 2 | - |
| 4 consultorios | 4 | 18.5 | 4 | 4 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | |
| Consulta externa del Hospital General | b) 10 | 28 | 10 | 10 |
| Consulta externa de hospital especializada | 4 | 20 | 4 | 3 |
| Consultorios generales | 19 | 33 | 19 | 14 |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | | | | |
| Consulta externa hospitalaria | 1 | ... | 1 | 1 |
| Consultorios generales | 29 | 6 | 1 | 1 |
| Consultorios especializados | 4 | 28 | 4 | 4 |

- a) En general, los centros de salud del Grupo A son mayores que los del Grupo B, pero los servicios de ambos son bastante similares y podrían combinarse los dos grupos.
 b) Comprende consultorios provistos de camas, con información sobre pacientes hospitalizado.

CUADRO VIII (Cont.)

Utilización de instituciones de consulta externa y servicios prestados, México. D.F., 1964

| Institución | Población | | Porcentaje de solicitantes | Número | | | | Tasa por 100 habitantes | | | | Consultas por 100 solicitantes | | Proporción por 100 consultas méd. | | | |
|--|-----------|-------------|----------------------------|-----------|---------|---------------------|---------------------|-------------------------|---------|---------------------|----------------|--------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|------------------|---------|
| | Abarcada | Solicitante | | Consultas | | Visitas a domicilio | Exámenes de Rayos X | Consultas | | Visitas a domicilio | Inmunizaciones | Médicas | Otras | Médicas | Otras | Exámenes de lab. | Rayos X |
| | | | | Médicas | Otras | | | Médicas | Otras | | | | | | | | |
| Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 1 departamento hospitalario de pacientes externos 29 consultorios generales de pacientes externos 4 consultorios especializados de pacientes externos | 668 076 | ... | ... | 75 333 | - | 61 007 | 6 205 | 414 136 | 32 104 | 11.3 | - | 9.1 | 0.9 | ... | ... | 549.6 | 42.6 |
| | 668 076 | 245 821 | 37.4 | 782 614 | 168 298 | 118 813 | 124 565 | 95 050 | 7 309 | 117.1 | 25.2 | 17.8 | 16.6 | 313.0 | 67.4 | 12.2 | 0.5 |
| | 668 076 | 202 219 | 30.3 | 335 513 | 5 527 | - | - | - | 635 422 | 34 640 | 50.2 | 0.8 | - | 165.9 | 2.7 | 165.4 | 10.3 |

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, México, D.F., 1964

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | Otro personal | | | | Tiempo del médico por consulta (en minutos) | Tiempo de enfermería por consulta Total Enferm. | | |
|--|----------|-------|-----------|-------|---------------|------------|---------------|------------|---|---|----------|-----|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | Total | Enfermería | | Otro pers. | | | | |
| | | | | | | Total | Enfer. Auxil. | | | | Parteras | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | 20 | 160 | 3 | 20 | 27 | 14 | 2 | 12 | - | 13 | 14 | 2 |
| 1 departamento hospitalario de pacientes externos | 331 | 1 067 | 51 | 141 | 1 303 | 587 | 132 | 439 | 16 | 716 | 64 | 15 |
| 22 centros de salud | 125 | 381 | 15 | 47 | 504 | 220 | 53 | 157 | 10 | 284 | 67 | 16 |
| 4 consultorios especializados | 34 | 121 | 2 | 6 | 207 | 22 | 4 | 17 | 1 | 185 | 49 | 9 |
| 4 consultorios | 102 | 215 | 8 | 16 | 236 | 61 | 31 | 30 | - | 175 | 44 | 22 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Departamento hospitalario de consulta externa | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| General | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Especializado | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 19 consultorios de pacientes externos | 913 | 6 429 | 91 | ... | 2 626 | 668 | 172 | 496 | - | 1 958 | 20 | 5 |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 19 consultorios de pacientes externos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 150 | 70 |
| 29 consultorios generales de pacientes externos | 426 | 1 572 | 47 | 152 | 1 079 | 375 | 51 | 324 | - | 704 | 49 | 7 |
| 4 consultorios especializados de pacientes externos | 150 | 538 | 64 | 195 | 527 | 149 | 17 | 132 | - | 378 | 55 | 6 |

CUADRO X

Promedio del costo por consulta de pacientes externos,

México, D.F., 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|--|-------------|---------------|
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | |
| Departamento hospitalario de consulta | ... | ... |
| 13 centros de salud | 9.17 | 9.00 |
| 10 centros de salud | 14.36 | 17.38 |
| 4 consultorios especializados | 2.92 | 3.00 |
| 3 consultorios | 12.76 | 18.53 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | |
| Departamento hospitalario de consulta | ... | ... |
| General | | |
| Especializado | | |
| Consultorios de pacientes externos | ... | ... |
| Instituto de Seguridad y Servicios | | |
| Sociales de los Trabajadores del Estado | | |
| Departamento hospitalario de consulta | ... | ... |
| Consultorios generales de | | |
| pacientes externos | ... | ... |
| Consultorios especializados de pacientes | | |
| externos | ... | ... |

CUADRO I

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, Guerrero, Hidalgo, México
1964

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | | |
|--|--------------------|--------|-------|---------------|------------------------------|---------------------------|-------|---------------|------------------------------|
| | | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos |
| GUERRERO Secretaría de Salubridad y Asistencia 1 hospital general 19 centros de salud con hospital | 150 000 | 50 | 3 048 | 18 052 | 680 | 0.3 | 20.3 | 120.3 | 4.5 |
| | 184 650 | 238 | 4 783 | 29 088 | 45 390 | 1.3 | 25.9 | 157.5 | 245.8 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social 4 hospitales | 53 294 | a) 149 | 4 114 | b) 22 898 | 306 738 | 2.6 | 7.7 | 43.0 | 575.6 |
| | 209 800 | 150 | 2 389 | 26 602 | 2 058 | 0.7 | 11.4 | 126.8 | 9.8 |
| HIDALGO Secretaría de Salubridad y Asistencia 1 hospital general 26 sanatorios-centros de salud 1 hospital especializado | 870 444 | 408 | 7 897 | 46 942 | 59 264 | 0.5 | 9.1 | 53.9 | 68.1 |
| | 120 102 | 18 | 36 | 4 869 | - | 0.1 | 0.3 | 40.5 | - |
| Instituto Mexicano del Seguro Social 6 hospitales generales | 43 973 | 93 | 3 409 | b) 13 183 | 234 566 | 2.1 | 77.5 | 299.8 | 5 334.3 |

a) 40 camas inauguradas el 25 de noviembre de 1964.

b) Días del censo.

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, Guerrero, Hidalgo, México, 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|--|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| GUERRERERO | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| 1 hospital general | 5.9 | 61.0 | 98.6 |
| 19 sanatorios-centros de salud | 6.1 | 20.1 | 33.4 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 4 hospitales | 5.6 | a) 36.4 | a) 55.4 |
| HIDALGO | | | |
| Servicios Coordinados de Salud Pública | | | |
| 1 hospital general | 11.1 | 15.9 | 48.5 |
| 26 sanatorios-centros de salud | 5.9 | 19.4 | 31.4 |
| 1 hospital especializado | 135.3 | 2.0 | 73.9 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 6 hospitales generales | 3.9 | b) 43.2 | b) 45.6 |

a) Adaptados para 40 camas en servicio 1-1/4 meses solamente.

b) Adaptado para 16 camas en servicio sólo 1-1/2 meses.

CUADRO III

Personal de hospitales y proporciones por 100 camas ocupadas, Guerrero, Hidalgo, México, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Número | | | | | | | | | | Proporción por 100 camas ocupadas | | | | | | |
|--------------------------------------|---------|--------------|---------------------|------------------------|------------------|----|------------------------|------------|---------|--------------|-----------------------------------|---------------------|-------|------------------------|-----------------|-------|------|
| | Médicos | | Total excl. médicos | Personal de enfermería | | | Otro pers. asist. méd. | Otro pers. | Médicos | | Total excl. médicos | Personal enfermería | | Otros cuidados médicos | Otros servicios | | |
| | Total | Tiempo compl | | Total Enferm | Auxil. Par-teras | | | | Total | Tiempo compl | | Total Enf. | Total | | | Total | |
| | | | Auxil. | | Par-teras | | | | | | | | | | | | |
| GUERRERO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salud y Asistencia | 6 | 6 | 44 | - | 21 | - | 20 | 1 | 4 | 19 | 12.0 | 12.0 | 88.0 | 42.0 | - | 8.0 | 38.0 |
| 1 hospital general | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 centros de salud con hospital | 36 | 27 | 162 | 6 | 76 | 2 | 68 | 2 | 4 | 82 | 34.6 | 26.0 | 155.8 | 73.1 | 5.8 | 3.8 | 78.8 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 hospitales | 52 | 52 | 295 | 8 | 105 | 8 | 97 | - | 38 | 152 | 22.6 | 22.6 | 128.3 | 45.7 | 3.5 | 16.5 | 66.1 |
| HIDALGO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salud y Asistencia | 17 | 6 | 58 | 2 | 27 | 2 | 25 | - | 2 | 29 | 23.0 | 8.1 | 78.6 | 36.6 | 2.7 | 2.7 | 39.3 |
| 1 hospital general | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 sanatorios- centros de salud | 32 | 32 | 249 | 10 | 114 | 10 | 102 | 2 | 3 | 132 | 19.9 | 19.9 | 155.0 | 71.0 | 6.2 | 1.9 | 82.2 |
| 1 hospital especializado | 4 | 4 | 11 | 3 | 3 | 3 | - | - | - | 8 | 30.1 | 30.1 | 82.7 | 22.6 | 22.6 | - | 60.2 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 hospitales generales | 51 | 51 | 175 | 8 | 58 | 8 | 46 | 4 | 28 | 89 | 31.1 | 31.1 | 106.6 | 35.3 | 4.9 | 17.1 | 54.2 |

a) Todos indicaron 6 horas, con excepción de un hospital.

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario,

Guerrero, Hidalgo, México, 1961

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|--|------------------------|-----|---------------------------|-----|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| GUERRERO | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | |
| 1 hospital general | - | - | 3.5 | 3.5 | | 100 | 62 |
| 19 sanatorios-centros de salud | 0.2 | 0.2 | 2.1 | 2.8 | 11.3 | 74 | 59 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | |
| 4 hospitales | 0.2 | 0.2 | 2.0 | 2.0 | 12.1 | 100 | 56 |
| HIDALGO | | | | | | | |
| Servicios Coordinados de Salud Pública | | | | | | | |
| 1 hospital general | 0.1 | 0.3 | 1.6 | 4.5 | 12.5 | ... | 61 |
| 26 sanatorios-centros de salud | 0.3 | 0.3 | 3.6 | 3.6 | 10.2 | ... | 53 |
| 1 hospital especializado | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | - | - | 47 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | |
| 6 hospitales generales | 0.2 | 0.2 | 1.1 | 1.1 | 5.8 | 100 | 61 |

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada,

Guerrero, Hidalgo, México,
1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|--|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| GUERRERO | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| 1 hospital general | 41 | 143 | - |
| 19 sanatorios-centros de salud | 66 | 249 | 20 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 4 hospitales | 58 | 155 | 12 |
| HIDALGO | | | |
| Servicios Coordinados de Salud Pública | | | |
| 1 hospital general | 21 | 125 | 9 |
| 26 sanatorios-centros de salud | 51 | 242 | 21 |
| 1 hospital especializado | 77 | 77 | 77 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 6 hospitales generales | 79 | 120 | 17 |

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, Guerrero, Hidalgo, México, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | |
|---|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año |
| GUERRERO Secretaría de Salubridad y Asistencia 1 hospital general 17 sanatorios-centros de salud | 18 052 | 5.9 | 680 | 24.36 | 143.72 | 8 916 |
| | 23 219 | 6.1 | 64 236 | 49.58 | 302.44 | 18 146 |
| | 22 898 | 5.6 | 306 738 | ... | ... | ... |
| | | | | | | |
| HIDALGO Servicios Coordinados de Salud Pública 1 hospital general 26 sanatorios-centros de salud 1 hospital especializado | 26 602 | 11.1 | 2 058 | 25.82 | 286.60 | 9 450 |
| | 46 942 | 5.9 | 59 264 | 57.90 | 341.61 | 21 191 |
| | 4 869 | 135.3 | - | 12.32 | 1 666.90 | 4 509 |
| | 13 183 | 3.9 | 234 566 | ... | ... | ... |
| 6 hospitales generales | | | | | | 5.16 11.58 - |

a) Según se informó.

b) Se supone que el costo de cinco consultas equivale al de un día-paciente.

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron,

Guerrero, Hidalgo, México, 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|--|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| GUERRERO | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | |
| Consulta externa hospitalaria | 1 | 5 | 1 | 1 |
| Sanatorios-centros de salud | 24 | ... | 10 | 4 |
| Centro de salud | 1 | 7 | 1 | 1 |
| Centros rurales de salud | 41 | ... | - | - |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | |
| 4 hospitales | 4 | 6 | 2 | 3 |
| 1 consultorio auxiliar | 1 | 1 | - | - |
| HIDALGO | | | | |
| Servicios Coordinados de Salud Pública | | | | |
| 1 hospital general | 1 | 3 | 1 | 1 |
| 26 sanatorios-centros de salud | 26 | 1 | 4 | 4 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | |
| 6 hospitales generales | 6 | 4.5 | 2 | 2 |

CUADRO VIII

Utilización de instituciones de consulta externa y servicios prestados, Guerrero, Hidalgo, México, 1964

| Institución | Población | | Porcentaje de solicitantes | Número | | | | Tasa por 100 habitantes | | | | Consultas por 100 solicitantes | | Proporción por 100 consultas méd. | | | |
|--|-----------|-------------|----------------------------|-------------------|---------|---------------------|------------------|-------------------------|-----------|-------|---------------------|--------------------------------|---------|-----------------------------------|------------------|---------|------|
| | Abarcada | Solicitante | | Consultas Médicas | Otras | Visitas a domicilio | Exámenes de lab. | Rayos X | Consultas | | Visitas a domicilio | Inmunizaciones | Médicas | Otras | Exámenes de lab. | Rayos X | |
| | | | | | | | | | Médicas | Otras | | | | | | | |
| GUERRERO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 consultorio hospitalario de pacientes externos | 150 000 | 2 743 | 1.8 | 680 | 21 948 | - | 371 | 394 | 300 | 6.5 | 14.6 | - | 0.2 | 24.6 | 800.1 | 57.9 | 44.1 |
| 24 sanatorios-centros de salud | 323 347 | 129 951 | 40.2 | 131 516 | 120 571 | 40 902 | 199 705 | 33 866 | 6 699 | 40.7 | 37.3 | 12.6 | 61.5 | 101.2 | 92.8 | 25.8 | 5.1 |
| 1 centro de salud | 57 761 | 24 529 | 42.5 | 22 321 | 2 656 | 9 860 | 41 536 | 25 064 | 13 474 | 38.1 | 4.6 | 17.1 | 72.6 | 85.8 | 10.8 | 113.8 | 61.2 |
| 41 centros rurales de salud | 95 597 | 41 843 | 43.8 | 46 942 | 36 312 | 41 760 | 102 735 | - | - | 49.1 | 36.0 | 43.7 | 107.5 | 112.2 | 86.8 | - | - |
| HIDALGO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 consultorios hospitalarios | 53 294 | ... | ... | 300 738 | - | 1 606 | 41 306 | 63 990 | 8 745 | 575.6 | - | 3.0 | 77.5 | ... | ... | 20.9 | 2.9 |
| 1 consultorio auxiliar | 813 | ... | ... | 1 736 | - | 19 | 228 | - | - | 213.5 | - | 2.3 | 22.0 | ... | ... | - | - |
| HIDALGO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Servicios Coordinados de Salud Pública | ... | 5 576 | ... | 2 058 | 3 460 | - | - | 1 112 | 220 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 1 hospital general(a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 20 sanatorios-centros de salud | 870 444 | 53 394 | 6.1 | 55 264 | 71 874 | 43 654 | 144 013 | 12 583 | 1 868 | 6.8 | 8.5 | 5.0 | 16.5 | 11.5 | 134.6 | 21.9 | 3.2 |
| HIDALGO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | 43 973 | ... | ... | 234 566 | - | 8 431 | 6 601 | 32 455 | 5 697 | 533.4 | - | 19.2 | 15.0 | ... | ... | 13.8 | 2.4 |

a) Hospital Infantil (actividades no relacionadas con la población general).

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, Guerrero, Hidalgo, México, 1964

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | O t r o p e r s o n a l | | | | Tiempo del médico por consulta (en minutos) | Tiempo de enfermería por consulta Total Enfém. |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------------------------|--------|------------|----------|---|--|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | Enfermería | | Otro pers. | | | |
| | | | | | Total | Auxil. | | Parteras | | |
| GUERRERO | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad | | | | | | | | | | |
| 1 consulta externa | | | | | | | | 8 | 29 | - |
| hospitalaria (a) | | | | | | | | 13 | 50 | 3 |
| Sanatorios-centros de salud (a) | 7 | 26 | 3 | 9 | 22 | 4 | 15 | 25 | 111 | 20 |
| 1 centro de salud | | | | | 30 | | | | | |
| 41 centros rurales de salud | 37 | ... | - | - | 52 | - | 45 | ... | 69 | - |
| Instituto Mexicano del Seguro Social (a) | | | | | | | | | | |
| 4 hospitales | | | | | | | | 12 | 31 | 2 |
| 1 consultorio auxiliar | 1 | ... | - | - | 4 | - | 2 | ... | 144 | - |
| HIDALGO (a) | | | | | | | | | | |
| Servicios Coordinados de Salud Pública | | | | | | | | 4 | b)25 | 2 |
| 1 hospital general | | | | | | | | | | |
| 26 sanatorios-centros de salud | | | | | | | | 10 | b)48 | 4 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | | | | |
| 6 hospitales generales | | | | | | | | 16 | b)24 | 3 |

a) El mismo personal que para los hospitales. b) Sobre la base de consultas médicas exclusivamente; obtenidos teniendo en cuenta que 5 consultas médicas equivalen al costo y tiempo de un día-paciente.

CUADRO XPromedio del costo por consulta de pacientes externos,

Guerrero, Hidalgo, México, 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|--|-------------|---------------|
| GUERRERO | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | |
| 1 consulta hospitalaria de pacientes externos | 2.75 | 2.75 |
| 17 sanatorios-centros de salud | 9.92 | ... |
| 1 centro de salud | 48.78 | 48.78 |
| 41 centros rurales de salud | ... | ... |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | |
| 4 hospitales | ... | ... |
| 1 consultorio auxiliar | ... | ... |
| HIDALGO | | |
| Servicios Coordinados de Salud Pública | | |
| 1 hospital general (a) | 5.16 | ... |
| 26 sanatorios-centros de salud (a) | 11.58 | ... |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | |
| 6 hospitales generales | ... | ... |

a) Obtenidos a base del supuesto de que cinco consultas médicas de pacientes externos equivalen a un día-paciente.

CUADRO I

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, San Luis Potosí, México, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------|--------|-------|------------------|------------------------------|---------------------------|-------|---------------|------------------------------|--|--|--|--|
| | | Camas | Altas | Días-paciente a) | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | | | | | | | |
| 1 hospital | 100 820 | 54 | 1 836 | 11 014 | 13 390 | 0.5 | 18.2 | 109.2 | 132.8 | | | | |
| 5 sanatorios-centros de salud | 194 833 | 71 | 1 869 | 4 442 | 13 840 | 0.4 | 9.6 | 22.8 | 71.0 | | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | |
| 3 hospitales consultorios | 78 270 | 181 | 7 701 | 44 854 | 288 201 | 2.3 | 98.4 | 573.1 | 3 682.1 | | | | |

a) Días del censo

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, San Luis Potosí, México, 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| 1 hospital | 6.0 | 34.0 | 55.7 |
| 5 sanatorios - centros de salud | 2.4 | 26.3 | 17.1 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 3 hospitales consultorios | 5.8 | 42.5 | 67.7 |

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario,

San Luis Potosí, México, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|---------------------------------------|------------------------|-----|---------------------------|-----|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | |
| 1 hospital | 0.3 | 0.5 | 1.6 | 3.0 | 3.8 | 100 | 64 |
| 5 sanatorios-centros de salud | 0.7 | 1.8 | 2.9 | 7.2 | 2.7 | 20 | 72 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | |
| 3 hospitales consultorios | 0.9 | 1.0 | 2.1 | 2.5 | 1.4 | 100 | 63 |

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada, San Luis Potosí, México, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|---------------------------------------|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| 1 hospital | 58 | 219 | 36 |
| 5 sanatorios-centros de salud | 56 | 502 | 121 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 3 hospitales consultorios | 43 | 145 | 58 |

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, San Luis Potosí, México, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | | |
|--|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año | Por consulta de paciente externo |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia 1 hospital 5 sanatorios-centros de salud | 11 014 | 6.0 | 13 390 | 68.86 | 413.16 | 25 203 | 13.77 |
| | 4 442 | 2.4 | 13 840 | 47.37 | 113.69 | 17 337 | 9.47 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social 3 hospitales | 44 854 | 5.8 | 288 201 | ... | ... | ... | ... |

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron,

San Luis Potosí, México, 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|---------------------------------------|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | |
| Hospitales | 2 | 12 | 2 | 2 |
| Sanatorios-centros de salud | 5 | 2 | - | 1 |
| Centros de salud | 21 | 1 | 1 | 1 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | |
| Hospitales consultorios | 3 | 6 | 2 | 2 |
| Consultorios | 1 | 18 | - | - |
| Centros auxiliares | 6 | 1 | 2 | 1 |

CUADRO VIII

Utilización de instituciones de consulta externa y servicios prestados, San Luis Potosí, Méx., 1954

| Institución | Población | | Porcentaje de solicitantes | Número | | | | Tasa por 100 habitantes | | | | Consultas por 100 solicitantes | | Proporción por 100 consultas méd. | | | |
|---|-----------|-------------|----------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-------------------------|-----------|-------|---------------------|--------------------------------|---------|-----------------------------------|------------------|---------|-----|
| | Abarcada | Solicitante | | Consultas Médicas | Consultas Otras | Visitas a domicilio | Inmunizaciones Lab. | Rayos X | Consultas | | Visitas a domicilio | Inmunizaciones | Médicas | Otras | Exámenes de lab. | Rayos X | |
| | | | | | | | | | Médicas | Otras | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | 200 000 | 22 511 | 11.3 | 30 555 | 11 497 | 362 | 877 | 20 138 | 3 073 | 16.5 | 9.7 | 1.2 | 0.4 | 146.4 | 51.1 | 61.1 | 9.3 |
| 2 hospitales 5 sanatorios-centros de salud | 194 833 | 50 114 | 25.7 | 10 153 | 6 746 | 2 051 | 62 987 | 4 426 | - | 5.2 | 3.5 | 1.5 | 42.6 | 20.3 | 13.5 | 23.9 | - |
| 21 centros de salud 11 con la población abarcada | 346 472 | 73 295 | 21.2 | 61 126 | 40 632 | 22 553 | 391 272 | 22 440 | 4 892 | 17.6 | 11.7 | 6.5 | 112.5 | 83.4 | 55.4 | 36.7 | 9.0 |
| 10 sin la población abarcada | ... | 6 492 | ... | 1 162 | 27 326 | 2 085 | 29 950 | 85 | - | ... | ... | ... | ... | 17.5 | 420.5 | 7.7 | - |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | 76 270 | ... | ... | 286 221 | - | 12 821 | 10 707 | 62 785 | 10 150 | 368.2 | - | 16.4 | 13.7 | ... | ... | 21.8 | 3.5 |
| 3 hospitales consultorios | 56 103 | ... | ... | 147 245 | - | 10 435 | 4 118 | - | - | 251.8 | - | 18.6 | 7.3 | ... | ... | - | - |
| 1 consultorio | 68 525 | ... | ... | 94 161 | - | 7 243 | 636 | 3 098 | 592 | 137.4 | - | 10.0 | 0.9 | ... | ... | 3.3 | 0.6 |

a) Ambos utilizados en San Luis Potosí.

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, San Luis Potosí, México, 1964

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | Otro personal | | | | | Tiempo del médico por consulta (en minutos) | Tiempo de enfermería por consulta Total Enfém. | |
|---------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|---------------|------------|---------------|----------|------------|---|--|----|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | Total | Enfermería | | Parteras | Otro pers. | | | |
| | | | | | | Total | Enfer. Auxil. | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | 10 | 20 | 1 | 2 | 22 | 12 | 6 | - | 10 | 18 | 77 | 38 |
| 1 hospital general a) | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | 12 | 44 | 7 |
| 1 hospital infantil | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | 11 | 100 | 24 |
| 5 sanatorios- a) | 24 | 70 | 2 | 6 | 92 | 81 | 19 | 2 | 11 | 19 | 78 | 18 |
| 21 centros de salud | | | | | | | | | | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | 16 | 29 | 12 |
| 3 hospitales (a) | 14 | 114 | 2 | .. | 58 | 13 | 2 | - | 45 | 13 | 11 | 2 |
| 1 consultorio | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | 12 | 13 | - |
| 6 consultorios auxiliares | 11 | 71 | 1 | .. | 33 | 10 | - | - | 23 | 12 | 13 | - |

a) El mismo personal que en el cuadro correspondiente al personal hospitalario.

CUADRO X

Promedio del costo por consulta de pacientes externos,

San Luis Potosí, México, 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|---------------------------------------|-------------|---------------|
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | |
| 1 hospital | 14.00 | 14.00 |
| 5 sanatorios-centros de salud | 9.47 | ... |
| 19 centros de salud | 17.86 | ... |

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, Sonora y Yucatán, México, 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| SONORA | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| 2 hospitales generales | 3.3 | 22.1 | 19.9 |
| 1 hospital especializado | 109.7 | 2.9 | 86.7 |
| 6 centros de salud | 2.7 | 33.6 | 25.2 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 10 hospitales generales | 6.8 | a) 33.9 | a) 63.1 |
| YUCATAN | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| 5 hospitales generales | 10.3 | 17.7 | 49.9 |
| 4 hospitales especializados | 61.8 | 5.2 | 87.7 |
| 14 sanatorios-centros de salud | 4.7 | 10.0 | 13.0 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 2 hospitales generales | 5.8 | b) 41.1 | b) 65.4 |

a) Cuatro hospitales abiertos durante 10.3 meses.

b) Un hospital abierto durante 1.5 meses.

CUADRO III

Personal de hospitales y proporciones por 100 camas ocupadas, Sonora y Yucatán, México, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Número | | | | | | | | | | Proporción por 100 camas ocupadas | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------|---------------|---------------------|---------------|------------------------|---------|------------------------|-------|-------------|-------|-----------------------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|------------------------|------------------------|-----------------|
| | Médicos | | Total excl. médicos | | Personal de enfermería | | Otro pers. asist. méd. | | Otro pers. | | Médicos | | Total excl. médicos | | Personal enfermería | | Otros cuidados médicos | Otros servicios | |
| | Total | Tiempo compl. | Total | excl. médicos | Total | Enferm. | Auxil. Parteras | Total | asist. méd. | Total | Otro pers. | Total | Tiempo compl. | Total | excl. médicos | Total | Enfermería | Otros cuidados médicos | Otros servicios |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SONORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salud y Asistencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 hospitales generales | 47 | 16 | 213 | 125 | 40 | 83 | 2 | 28 | 60 | 41.6 | 14.2 | 188.5 | 35.4 | 24.8 | 53.1 | | | | |
| 1 hospital especializado | 4 | 1 | 15 | 9 | 1 | 8 | - | 2 | 4 | 11.9 | 3.0 | 44.6 | 3.0 | 6.0 | 11.9 | | | | |
| 6 centros de salud | 14 | 3 | 88 | 38 | 1 | 37 | - | 4 | 46 | 48.6 | 10.4 | 30.6 | 3.5 | 13.9 | 159.7 | | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 hospitales generales | 171 | 171 | 780 | 329 | 16 | 311 | 2 | 84 | 367 | 24.4 | 24.4 | 111.1 | 46.9 | 12.0 | 52.3 | | | | |
| YUCATAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salud y Asistencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 hospitales generales | 110 | 59 | 676 | 259 | 21 | 218 | 20 | 43 | 374 | 18.9 | 10.2 | 116.4 | 44.6 | 7.4 | 64.4 | | | | |
| 4 hospitales especializados | 24 | 18 | 101 | 34 | 5 | 29 | - | 18 | 49 | 10.5 | 7.9 | 44.1 | 14.8 | 7.9 | 21.4 | | | | |
| 14 sanatorios-centros de salud | 29 | 17 | 118 | 54 | 1 | 53 | - | 12 | 52 | 24.2 | 14.2 | 98.3 | 45.0 | 10.0 | 43.3 | | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 hospitales generales | 84 | 84 | 330 | 116 | 14 | 98 | 4 | 45 | 169 | 24.4 | 24.4 | 119.6 | 42.0 | 16.3 | 61.2 | | | | |

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario,

Sonora y Yucatán, México, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|---------------------------------------|------------------------|-----|---------------------------|------|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| SONORA | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | |
| 2 hospitales generales | 0.9 | 2.5 | 1.8 | 5.2 | 2.1 | ... | 76.9 |
| 1 hospital especializado | 0.2 | 1.0 | 2.2 | 9.0 | 8.0 | 25.0 | 78.9 |
| 6 centros de salud | 0.1 | 0.3 | 2.7 | 12.7 | 37.0 | 21.6 | 54.9 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | |
| 10 hospitales generales | 0.1 | 0.1 | 1.9 | 1.9 | 19.4 | 100.0 | 61.4 |
| YUCATAN | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | |
| 5 hospitales generales | 0.2 | 0.4 | 2.4 | 4.4 | 10.4 | 26.6 | 52.4 |
| 4 hospitales especializados | 0.2 | 0.3 | 1.4 | 1.9 | 5.8 | 6.9 | 60.8 |
| 14 sanatorios-centros de salud | 0.0 | 0.1 | 1.9 | 3.2 | 53.0 | 35.9 | 64.6 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | |
| | 0.2 | 0.2 | 1.4 | 1.7 | 7.0 | 100.0 | 59.2 |

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada,

Sonora y Yucatán, México,
1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|--|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| SONORA | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| 2 hospitales generales | 36 | 377 | 120 |
| 1 hospital especializado | 8 | 92 | 10 |
| 6 centros de salud | 26 | 449 | 13 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 10 hospitales generales | ... | 160 | 8 |
| YUCATAN | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | |
| 5 hospitales generales | 31 | 152 | 12 |
| 4 hospitales especializados | 20 | 50 | 8 |
| 14 sanatorios-centros de salud | 36 | 153 | 3 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| 2 hospitales generales | 61 | 143 | 17 |

CUADRO VI

Costos de hospitalización y consultas de pacientes externos, Sonora y Yucatán, México, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Días-paciente | Estancia media | Consultas pacientes externos | Costo (en moneda nacional) | | | |
|---------------------------------------|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | | | Por paciente al día | Por estancia en el hospital | Por cama ocupada al año | Por consulta de paciente externo |
| SONORA | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | |
| 2 hospitales generales | 28 625 | 3.3 | 64 096 | 133.98 | 442.13 | 49 037 | 26.80 |
| 1 hospital especializado | 12 065 | 109.7 | 1 153 | 53.02 | 5 816.29 | 19 405 | 10.60 |
| 6 centros de salud | 5 262 | 2.7 | 26 364 | 183.64 | 495.83 | 67 212 | 36.73 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | |
| 10 hospitales generales | 105 702 | 6.8 | 755 862 | ... | ... | ... | ... |
| YUCATAN | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | |
| 5 hospitales generales | 138 847 | 10.3 | 368 195 | 43.26 | 445.58 | 15 833 | ... |
| 4 hospitales especializados | 82 128 | 61.8 | 7 823 | a) 39.20 | 2 422.56 | 143 472 | ... |
| 14 sanatorios-centros de salud | 8 058 | 4.7 | 178 566 | 39.54 | 185.84 | 14 471 | 14.48 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | | |
| 2 hospitales generales | 28 612 | 5.8 | 362 188 | ... | ... | ... | ... |

a) Sólo para dos hospitales.

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron,

Sonora y Yucatán, México, 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|---------------------------------------|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| SONORA | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | |
| 3 hospitales generales | 3 | 5 | 3 | 3 |
| 1 hospital especializado | 1 | 4 | 1 | 1 |
| 6 sanatorios-centros de salud | 6 | 2 | 1 | 2 |
| 22 centros de salud | 22 | 1 | - | - |
| 3 clase A | 3 | ... | 3 | 3 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | |
| 24 consultorios auxiliares | 24 | 1 | 5 | 3 |
| YUCATAN | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | |
| 6 hospitales generales | 6 | 3 | 5 | 4 |
| 3 hospitales especializados | 3 | 3 | 1 | 2 |
| 1 centro de salud A | 1 | 10 | 1 | 1 |
| 15 centros de salud B | 15 | 2 | 3 | 2 |
| 23 centros rurales | 23 | 1 | - | - |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | |
| 1 hospital general | 1 | 27 | 1 | 1 |
| 6 consultorios auxiliares | 6 | 1 | - | - |

CUADRO VIII (Cont.)

Utilización de instituciones de consulta externa y servicios prestados, Sonora y Yucatán, México 1964

| Institución | Población | | Porcentaje de solicitantes | Número | | | | Tasa por 100 habitantes | | | Consultas por 100 solicitantes | | Proporción por 100 consultas méd. | | | | |
|---------------------------------------|-----------|-------------|----------------------------|-----------|---------|---------------------|---------------------|-------------------------|-----------|-------|--------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------|---------------------|---------|-----|
| | Abarcada | Solicitante | | Consultas | | Visitas a domicilio | Inmunizaciones lab. | Exámenes de Rayos X | Consultas | | Visitas a domicilio | Inmunizaciones | Médicas | Otras | Exámenes de Rayos X | Rayos X | |
| | | | | Médicas | Otras | | | | Médicas | Otras | | | | | | | |
| YUCATÁN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 hospitales generales | 200 000 | ... | ... | 368 675 | ... | ... | 76 139 | 10 167 | 184.3 | ... | ... | ... | ... | 21.2 | 2.8 | | |
| 3 hospitales especializados | ... | ... | 26.7 | 7 174 | 735 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 1 centro de salud A | 200 000 | 53 547 | ... | 61 244 | - | 15 748 | 46 304 | 12 728 | 30.6 | - | 7.9 | 36.2 | 114.4 | ... | 75.6 | 20.8 | |
| 15 sanatorios-centros de salud | 308 695 | 58 609 | 19.0 | 265 234 | 100 628 | 16 152 | 765 | 27 | 85.9 | 32.6 | 5.2 | 13.4 | 452.5 | 171.6 | 1.3 | 0.0 | |
| 23 centros de salud | 73 424 | 25 441 | 34.6 | 67 548 | 40 625 | 12 361 | 168 | - | 92.0 | 55.6 | 16.6 | 20.3 | 265.5 | 160.4 | 0.2 | - | |
| Instituto Mexicano de Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 hospital general | 62 804 | - | | 361 942 | - | 14 211 | 102 935 | 10 422 | 576.3 | - | 22.6 | 36.7 | ... | ... | 28.4 | 2.9 | |
| 6 consultorios auxiliares | ... | - | | 13 502 | - | 69 | - | - | ... | ... | ... | ... | ... | ... | - | - | |

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, Sonora y Yucatán, México, 1964

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | O t r o p e r s o n a l | | | | | Tiempo del médico por consulta (en minutos) | Tiempo de enfermería por consulta Total Enfém. |
|---|----------|-------|-----------|--------|-------------------------|------------|---------------|------------|----------|---|--|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | Total | Enfermería | | Otro pers. | | | |
| | | | | | | Total | Enfer. Auxil. | | Parteras | | |
| SONORA | | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 7 | 75 |
| 2 hospitales generales (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2 | 18 |
| 1 hospital especializado (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 5 | 84 |
| 6 centros de salud con camas (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 18 | 103 |
| 3 centros de salud con camas | 32 | 63 | 6 | 10-1/2 | 83 | 1 | 53 | 29 | 29 | 31 | 187 |
| Otras 22 instituciones | 13 | 15 | - | - | 44 | - | 44 | - | - | | |
| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL | | | | | | | | | | | |
| 8 hospitales generales | 160 | 926 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 21 | 32 |
| 24 consultorios auxiliares | 28 | 232 | 1 | - | 34 | - | 27 | 7 | 7 | 17 | 16 |
| YUCATAN | | | | | | | | | | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 6 | 30 |
| 5 hospitales generales (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 4 | 10 |
| 4 hospitales especializados (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 13 | 73 |
| 1 centro de salud A | 13 | 40 | 4 | 10 | 69 | 10 | 26 | 33 | 33 | 7 | 20 |
| 14 centros de salud B (a) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 7 | 31 |
| 23 centros rurales | 20 | 28.4 | - | - | 41 | - | 26 | 15 | 15 | 7 | 30 |
| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL | | | | | | | | | | | |
| 1 hospital general | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 17 | 28 |
| 6 consultorios auxiliares | 7 | 20.5 | - | - | 20 | - | 9 | 11 | 11 | 25 | 83 |

a) El mismo personal que para los hospitales.

CUADRO XPromedio del costo por consulta de pacientes externos,

Sonora y Yucatán, México, 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|---------------------------------------|-------------|---------------|
| SONORA | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | |
| 3 hospitales generales | 23.40 | ... |
| 1 hospital especializado | 10.60 | ... |
| 6 sanatorios-centros de salud | 36.73 | ... |
| 22 centros de salud | 11.06 | 7.80 |
| 3 clase A | 10.07 | 5.98 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | |
| 8 hospitales generales | ... | ... |
| YUCATAN | | |
| Secretaría de Salubridad y Asistencia | | |
| 6 hospitales generales | ... | ... |
| 4 hospitales especializados | ... | ... |
| 1 centro de salud A | 7.55 | 7.55 |
| 14 centros de salud B | 14.48 | ... |
| 23 centros rurales | 8.46 | 30.22 |
| 1 hospital general | ... | ... |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | |
| 6 consultorios auxiliares | ... | ... |

V E N E Z U E L A

I. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

INFORMACION GENERAL

1. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

1.1 Estructura Administrativa de la Autoridad Central. Breve descripción acompañando organograma.

La organización actual del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, responde a una estructuración en trance, que trata de lograr una mayor coordinación de todos sus programas, con fines de alcanzar la integración tanto técnica como administrativa de todas sus dependencias.

Esta organización como puede verse gráficamente, en sus lineamientos generales en los organogramas anexos consta fundamentalmente de cinco (5) Direcciones: Dirección General, Dirección de Salud Pública, Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, Dirección de Asuntos Sociales y Dirección de Administración.

Dirección General. La Dirección General es un Organismo fundamentalmente ejecutivo. Coordina las funciones de las otras Direcciones y a través de la Oficina de Servicios Regionales de Salud, comanda las acciones técnico-administrativas para la ejecución de los programas a nivel de los Servicios Locales de Salud Pública.

Como toda Dirección tiene funciones de asesoramiento, supervisión y evaluación.

La Dirección General está constituida por las siguientes oficinas:

- a) Servicios Regionales de Salud
- b) Unidad de Planificación Sectorial
- c) Auditoría
- d) Salud Pública Internacional
- e) Publicaciones, Biblioteca y Archivo
- f) Personal

Dirección de Salud Pública. Las funciones de esta Dirección son eminentemente de carácter normativo y se pueden resumir en Coordinación, Asesoramiento, Supervisión y Evaluación de los Programas de Atención Médica que se realizan a nivel de los Servicios Locales de Salud Pública. Desde el punto de vista ejecutivo, realiza programas de investigación, de docencia (Escuelas de Enfermeras) y algunos de tipo vertical, tales como, el de Fiebre Amarilla y Peste, Epidemiología, etc. La Dirección de Salud Pública está constituida por Departamentos y estos a su vez por Divisiones.

Los Departamentos son los siguientes:

- a) Departamento de Demografía y Epidemiología, comprende las Divisiones de Epidemiología, Población, Estadística Vital y Fiebre Amarilla y Peste.
- b) Departamento Instituto Nacional de Higiene, comprende, el Instituto Nacional de Higiene, División de Laboratorios y el Servicio Nacional de Anatomía Patológica.
- c) Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto, lo integran las Divisiones de: Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares, Enfermedades Cardio-Vasculares, Oncología, Dermatología Sanitaria y Venereología.
- d) Departamento de Higiene Materno Infantil, comprende el Instituto Nacional de Puericultura y las Divisiones de Higiene Escolar y Odontología Sanitaria.
- e) Departamento de Servicios Médicos Asistenciales, con las Divisiones de Veterinaria de Salud Pública y Enfermería.
- f) Departamento de Higiene Mental.

Las Divisiones de Educación Sanitaria y Farmacia y la Sección de Registro de Alimentos, están adscritas directamente a la Dirección de Salud Pública.

Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental. Las funciones de esta Dirección son de tipo normativo y ejecutivo. Planifica, Ejecuta, Coordina, Supervisa y Evalúa los Programas de Erradicación de la Malaria y de Saneamiento Ambiental. Igualmente tiene programas de docencia e investigación.

Está compuesta por las siguientes Divisiones:

- a) División de Ingeniería Sanitaria
- b) División de Endemias Rurales (Erradicación de Malaria, control de la enfermedad de Chagas y control de otros vectores).
- c) División de Anquilostomiasis y otras Helmintiasis
- d) División de Acueductos Rurales
- e) División de Vivienda Rural

Además de estas Divisiones existen los Servicios Auxiliares Administrativos y la Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental.

Dirección de Asuntos Sociales. Corresponde a esta Dirección las funciones de tipo normativo y ejecutivo en los programas de Acción Social, que se realizan como complemento de los Programas de Prevención, Fomento y Restitución de la Salud. Igualmente existen Programas de Docencia (Escuela Nacional de Servicio Social).

Esta Dirección la integran los siguientes Departamentos y Divisiones:

- a) Departamento de Bienestar Familiar, comprende las Divisiones de Trabajo Social y Socio-Económica.
- b) Departamento de Desarrollo de la Comunidad, lo integran una División Urbana y otra Rural.
- c) División de Socorro y Defensa Civil
- d) División de Docencia

Las dos últimas Divisiones están adscritas directamente a la Dirección.

Dirección de Administración. Es una Dirección con funciones de tipo ejecutivo y normativo. Se encarga de velar por la ejecución y control del Presupuesto financiero y actúa como organismo auxiliar de las demás Direcciones en aspectos Administrativo-financieros, como serían adquisición de materiales y equipos, su depósito y suministro a los servicios y realiza algunas acciones de mantenimiento de Edificio y equipos de los Servicios Locales de Salud, así como también la construcción de pequeñas ampliaciones en las edificaciones existentes.

Está constituida por las siguientes Divisiones:

- a) Habilitaduría
- b) Contabilidad
- c) Compras
- d) Proveduría y Transporte

Además tiene un Departamento denominado: Departamento de Servicios Generales que comprende las Divisiones de Arquitectura y Construcciones. (Se anexan Organogramas).

1.2 Estructura de las autoridades intermedias y locales.

Como autoridades intermedias consideramos los Servicios Cooperativos de Salud Pública o Regiones Sanitarias, que representan la autoridad delegada del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y los Ejecutivos Estatales para la administración de la Salud Pública a nivel de los Estados. Dichas Instituciones mantienen una organización compuesta por: Dirección, Secretaría, Consejo Asesor de Salud Pública, Administración Sanitaria, Epidemiología y Estadística Vital, Atención Médica, Saneamiento Ambiental, Asuntos Sociales, Programas Especiales y Servicios Administrativos (Organograma).

Como autoridades locales se tiene: Hospitales, Unidades Sanitarias, Centros de Salud y Medicaturas Rurales. Hospitales, integrados por Dirección, Secretaría, Comisión Técnica, Departamentos Médicos (Medicina, Cirugía, Pediatría, Obstetricia), Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Servicios Técnicos Auxiliares y Servicios Administrativos Operación y Mantenimiento. Las Unidades Sanitarias en general se componen de: Dirección, Secretaría, Epidemiología y Estadística Vital, Higiene Materno Infantil, Venereología, T.B.C. y otras Enfermedades Pulmonares, Odontología Sanitaria, Higiene del Adulto, Dermatología Sanitaria, Veterinaria de Salud Pública, Educación Sanitaria, Penetración Rural, Organización y Desarrollo de la Comunidad, Cardiología, Despistaje Precóz del Cáncer Uterino, Laboratorio etc. Centros de Salud está organizado por: Dirección, Secretaría, Comisión Técnica, Servicios Administrativos, Departamentos Médicos de Restitución de la Salud y Departamentos Médicos de Fomento y Protección de la Salud, Laboratorio etc. Las Medicaturas Rurales son las Unidades más simples de la Organización Sanitaria al frente de las cuales generalmente se halla un sólo médico, en la cual se cumplen programas de medicina preventiva y curativa de tipo ambulatorio.

- 1.3 El objetivo del Sistema Regional tiene como base doctrinaria, la descentralización e integración administrativa a nivel regional, y el establecimiento de un comando único para planificar, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar las actividades integrales de los Servicios Locales de Salud Pública, de Malariología y Saneamiento Ambiental y cuyo conjunto de acción social constituye la organización regional, y orientar dichas actividades según las normas del Despacho.

Descripción del Sistema Regional si es que existe. De las 22 Entidades Federales del País, 7 cuentan con el sistema regionalizado, y se tiene programado incorporar al sistema nuevos Estados en forma inmediata. Mientras esto ocurre se hacen labores de promoción y difusión de la doctrina de descentralización, llevándose adelante las actividades de organización funcionales partiendo desde las células más elementales de los establecimientos.

- 1.4 Atribuciones constitucionales o legales sobre formulación de normas y estándares, coordinación y fiscalización del funcionamiento de los servicios y supervisión del personal técnico a distintos niveles.

Consagrado por la Constitución Nacional el derecho a la salud del pueblo Venezolano, el ejercicio de todas aquellas actividades públicas y privadas que conlleven acciones de salud quedan sometidas a la vigilancia, coordinación y responsabilidad del Ejecutivo Federal, quien las ejerce por intermedio del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social según Ley de Sanidad Nacional promulgada el 15 de julio de 1938. Las funciones de fomento, protección y restitución de la salud las ejerce el Ministerio de Sanidad en representación o por autoridad delegada del Ejecutivo Federal y las aplica en base a mandatos de la Constitución Nacional, de la Ley de Sanidad Nacional, de la Ley de Ministerios y de un conjunto de Leyes específicas en la materia, Decretos, Resoluciones y Reglamentos Vigentes en el país. Las funciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se resumen así:

- a) Fomento, Conservación y Restitución de la Salud
- b) Los programas, proyectos, organización, dirección técnica y administración de todos los servicios directamente destinados al fomento y conservación de la Salud, así como de los servicios nacionales destinados a la asistencia y protección moral y material de las personas necesitadas
- c) Los programas, proyectos, organización, dirección técnica, administración e inspección de los servicios públicos destinados a la restitución de la salud en la medida que lo establezcan las Leyes y Reglamentos.

- d) La aprobación e inspección de todos los servicios destinados a la restitución de la salud
- e) La coordinación de las actividades Nacionales, Estadales, Municipales y Privadas en materia de Salud Pública y Servicio Social
- f) La ejecución de las obras directamente destinadas a la lucha contra las enfermedades de origen hídrico o telúrico, que no esté atribuida especialmente a otro Ministerio
- g) Las estadísticas sanitarias
- h) La vigilancia del ejercicio de las profesiones de médico, farmacéutico y odontólogo, y la aprobación de los Reglamentos internos de los respectivos colegios profesionales de acuerdo con la Ley
- i) La vigilancia de las actividades profesionales en materia de enfermería asistencia no médica de partos, trabajo social, laboratorio y otros similares
- j) La preparación técnica del personal necesario para el cabal cumplimiento de sus funciones
- k) La organización y dirección de los servicios de veterinaria que se relacionen con la Salud Pública
- l) Las relaciones y la supervisión del funcionamiento de los Institutos Autónomos adscritos al Despacho.

1.5 Indicar si existe un plan nacional de salud, si en su formulación se han considerado los recursos de las Instituciones de Seguridad Social y si este plan forma parte de un plan nacional de desarrollo económico y social.

A pesar de que en el Plan de la Nación 1963-66 se exponen, a grandes rasgos, los diversos programas que las instituciones de gobierno llevan a cabo en el Campo de la Salud, es bien cierto que ello no responde a un proceso de programación sectorial con criterio de prioridades establecido según una base epidemiológica y en estrecha vinculación con los planes del desarrollo. Por otra parte, y a pesar de que el Decreto-Ley No. 492 de la Junta de Gobierno autoriza la creación de Oficinas sectoriales a nivel de Ministerios e Institutos Autónomos, no es sino con fecha 19 de Junio de 1964 que se dicta la Resolución No. 15 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social creando la Unidad de Planificación Sectorial a nivel del mismo organismo y señalándole las siguientes atribuciones:

- a) "Hacer estudios acerca del desarrollo de la Salud Pública en escala nacional, para lo cual podrá dividir este trabajo con las Oficinas correspondientes de los Institutos Autónomos adscritos al Ministerio".

- b) "Reunir y consolidar las propuestas de Presupuesto-Programa que presentan las respectivas Direcciones y remitirlas a la Oficina Central de Coordinación y Planificación en el tiempo y forma que está prescrita".
- c) "Al hacer remisión de los proyectos a la Oficina Central, señalar el orden de prelación que el Despacho considere conveniente".
- d) "Auxiliar al Ministerio en todo lo referente a programación, coordinación y vigilancia de la ejecución y preparación de programas y servir de enlace y ayudar a la Oficina Central de Coordinación y Planificación".
- e) "Elaboración de programas de adiestramiento de personal requerido por los organismos de Planificación de la Salud".

La aplicación de la Resolución No. 15, tiene su cumplimiento en la Ley de Presupuesto de 1965, apareciendo esta Oficina con los cargos que se le asignan dentro de la Dirección General del Ministerio de Sanidad y con cuatro (4) oficinas para la división del trabajo de planificación. Es a mediados de 1965 cuando se inicia la organización de la Unidad con programas de dotación de ambientes, mobiliario, asignación del personal previsto, de discusión del reglamento interno, de preparación de su personal, de trabajos de recolección de información y preparación de informes para las demás Oficinas del Ministerio de Sanidad, Coordiplan, Ministerio de Hacienda etc. En 1966 se está recogiendo la información necesaria para la formulación del Presupuesto-Programa del Ejercicio Fiscal enero-diciembre de 1967, aplicando la primera etapa del proceso de la Metodología de la Planificación (Método CENDES-OSP) este procedimiento va ser aplicado estrictamente al radio de acción del Ministerio de Sanidad, quedando fuera las Instituciones de Seguridad Social y otros Organismos dispensadores de Salud. Lo importante de esta iniciativa radica en que constituye el paso inicial para la formulación futura del plan de Salud.

- 1.6 Datos generales sobre los sistemas usados por la formulación del Programa y Presupuesto, el monto de este último y las normas que existen para nombramientos y manejo del personal de todos los niveles.

El Presupuesto-Programa ha venido presentándose como un documento anexo al Presupuesto Financiero, determinado ello, por la ausencia de planes específicos.

El Presupuesto Financiero se elabora de acuerdo con los lineamientos generales que el Ministerio de Hacienda dispone anualmente para ser utilizados por todos los Organismos que conforman el poder público nacional.

Es así como, tomando como base los formularios que el Organismo anteriormente citado prepara, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social procede a recabar la información, a nivel nacional y de todos sus servicios de todos los rubros que constituyen la estructura de gastos del Despacho. Esa información se procesa a fin de preparar el documento único que posteriormente, previa la aprobación del Soberano Congreso Nacional, constituirá la Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal venidero.

Posteriormente el Presupuesto Sectorial se descompone en Presupuestos por Programas, Sub-Programas y Actividades, y en los rubros de gastos se detalla por Partidas, Sub-Partida Genéricas y Sub-Partidas Específicas, a fin de establecer una íntima relación entre estos y los primeros. (Se anexan cuadros de Presupuesto comparativos).

En 1964, se reorganizó la oficina de Personal como una dependencia de la Dirección General otorgándose la jerarquía de Dirección, con el propósito de poner en práctica un sistema ordenado de registro de todos los funcionarios, empleados y obreros del Despacho. También el de los aspirantes a cargos, previo el estudio y análisis de sus aptitudes, conocimientos y experiencias para mantener activo un dispositivo de reclutamiento y enganche de personal. Se tomaron las disposiciones oportunas y pertinentes para la clasificación de los cargos, de acuerdo a las directrices generales establecidas para todo el sector público nacional por la Comisión de Administración Pública, y, a ese efecto, la mencionada Oficina procuró solucionar del mejor modo y con la colaboración de las Direcciones Técnicas los problemas que naturalmente suscita la implantación de un nuevo sistema.

3) RECURSOS ASIGNADOS AL MINISTERIO

a) Por Programas

| No. | Programa | Presupuesto y modificaciones 1964 | | Presupuesto y modificaciones 1965 | | Presupuesto 1966 | |
|----------|---|-----------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|------------------|-------|
| | | Bs. | % | Bs. | % | Bs. | % |
| 1 | Servicios Centrales | 7.019.028 | 1,27 | 14.698.065 | 2,40 | 16.125.127 | 2,24 |
| 2 | Administración General | 37.123.024 | 6,67 | 24.936.227 | 3,60 | 21.718.212 | 3,20 |
| 3 | Servicios normativos de Fomento y Restitución de la Salud | 34.562.624 | 6,20 | 38.256.085 | 6,00 | 40.993.872 | 6,00 |
| 4 | Servicios normativos de Malarilogía y Saneamiento Ambiental | 65.832.437 | 11,82 | 85.090.645 | 13,50 | 102.066.879 | 14,80 |
| 5 | Servicios normativos de Bienestar Social y Desarrollo de la Comunidad | 17.107.848 | 3,07 | 18.333.624 | 3,00 | 19.541.371 | 2,70 |
| 6 | Servicios Regionales de Protección de la Salud | 38.226.515 | 6,87 | 41.227.419 | 6,30 | 37.683.575 | 5,50 |
| 7 | Servicios Regionales de Restitución de la Salud | 177.183.368 | 81,80 | 212.401.219 | 33,20 | 235.695.318 | 34,50 |
| 8 | Servicios Regionales de Fomento de la Salud | 67.958.247 | 12,20 | 74.751.107 | 11,50 | 67.525.426 | 9,80 |
| 9 | Financiamiento a Organismos adscritos | 112.010.000 | 20,10 | 130.800.000 | 20,50 | 144.100.000 | 21,26 |
| | Instituto Nacional de Nutrición | 9.600.000 | | 10.200.000 | | 9.600.000 | |
| | Patronato Nacional de Comedores Escolares | 22.000.000 | | 22.000.000 | | 22.000.000 | |
| | Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas | 11.210.000 | | 16.900.000 | | 17.500.000 | |
| | Hospital Universitario de Caracas | 24.500.000 | | 27.500.000 | | 30.500.000 | |
| | Patronato Nacional de Ancianos | 2.300.000 | | 3.300.000 | | 3.600.000 | |
| | Consejo Venezolano del Niño | 42.400.000 | | 50.900.000 | | 60.900.000 | |
| TOTALES: | | 557.023.091 | 100 | 640.494.391 | 100 | 685.449.780 | 100 |

2. Las acciones de Salud son realizadas a nivel de:

| | | | |
|------|-----------------------------|-------|-------|
| 27. | Hospitales Generales | 8.106 | camas |
| 28. | Centros de Salud | 1.271 | " |
| 14. | Sanatorios Antituberculosos | 2.861 | " |
| 488. | Medicaturas Rurales | | |

b) Por objeto del Gasto:

| Par- ti da | Concepto | Presupuesto y mo- dificaciones 1964 | | Presupuesto y mo- dificaciones 1965 | | Presupuesto 1966 | |
|---------------------|--|--|-------|--|-------|---------------------|-------|
| | | Bs. | % | Bs. | % | Bs. | % |
| 10 | Sueldos Básicos y Compensaciones a los mismos | 128.512.920 | 23,07 | 149.510.927 | 23,34 | 171.976.916 | 25,09 |
| 12 | Sueldos Variables, Dietas y Salarios | 7.105.532 | 1,28 | 4.291.713 | 0,67 | 2.980.202 | 0,43 |
| 13 | Otros Gast. de Pers. | 13.195.990 | 2,37 | 18.316.581 | 2,86 | 20.506.298 | 2,99 |
| 20 | Mater. y Suministros | 20.061.066 | 3,60 | 22.175.583 | 3,46 | 21.169.990 | 3,09 |
| 30 | Servicios | 10.209.723 | 1,83 | 10.806.003 | 1,69 | 11.870.650 | 1,73 |
| 40 | Conserv. y construc- ciones temporales | 701.649 | 0,13 | 808.226 | 0,13 | 3.997.100 | 0,58 |
| 50 | Adquisición de Ma- quinaria y Equipo | 16.040.340 | 2,88 | 12.791.359 | 2,00 | 6.364.711 | 0,93 |
| 70 | Obras | 7.600.000 | 1,36 | 6.600.000 | 1,03 | 2.000.000 | 0,29 |
| 80 | Transferencias | 136.819.168 | 24,56 | 158.823.564 | 24,79 | 172.248.646 | 25,13 |
| 90 | Desemb. Financ. | 750.000 | 0,13 | 750.000 | 0,12 | 1.560.536 | 0,23 |
| <u>Asignaciones</u> | | | | | | | |
| <u>Globales</u> | | | | | | | |
| | Sosten. Esc. Enferm. Campañas Sanitarias Especiales | 4.093.636 | 0,73 | 4.435.820 | 0,69 | 4.452.820 | 0,65 |
| | Programas Especiales de Higiene Mental | 2.200.936 | 0,39 | 2.800.000 | 0,44 | 3.558.357 | 0,52 |
| | Acueductos Rurales | 7.285.604 | 1,31 | 1.500.000 | 0,23 | 2.000.000 | 0,29 |
| | Acueductos Rurales. Aporte para acued. rurales a ser finan- ciados con recursos de operación de cré- dito público | 8.000.000 | 1,44 | 6.426.160 | 1,00 | 22.500.000 | 3,28 |
| | Vivienda Rural | 16.469.816 | 2,96 | 22.500.000 | 3,51 | 17.100.000 | 2,50 |
| | Gastos de sostenim. de Serv. Hospit. | 73.234.560 | 13,15 | 17.147.156 | 2,68 | 64.501.005 | 9,41 |
| | Ampliaciones y nue- vos servicios Médi- co Asistenciales | | | 16.672.931 | 10,10 | 10.000.000 | 1,46 |

b) Por objeto del Gasto: (Continuación)

| Par- ti- da | Concepto | Presupuesto y mo- dificaciones 1964 | | Presupuesto y mo- dificaciones 1965 | | Presupuesto 1966 | |
|-------------------|---|--|-------|--|-------|---------------------|-------|
| | | Bs. | % | Bs. | % | Bs. | % |
| | Gastos de sosteni- miento de servicios no hospitalarios | 4.553.554 | 0,82 | 3.323.656 | 0,52 | 4.876.444 | 0,71 |
| | Sostenimiento de internados y Gastos de funcionamiento de Escuelas | 875.316 | 0,16 | 1.525.316 | 0,24 | 1.525.816 | 0,22 |
| | Programas especiales contra Chagas | | | | | 15.000.000 | 2,19 |
| | Contratos colectivos | 99.313.281 | 17,83 | 114.508.484 | 17,88 | 118.884.629 | 17,34 |
| TOTALES: | | 557.023.091 | 100 | 640.494.391 | 100 | 685.449.780 | 100 |

2. Las acciones de Salud son realizadas a nivel de:

| | | |
|------|-----------------------------|-------------|
| 27. | Hospitales Generales | 8.106 camas |
| 28. | Centros de Salud | 1.271 " |
| 14. | Sanatorios Antituberculosos | 2.861 " |
| 488. | Medicaturas Rurales | |

INFORMACION ADICIONAL

1. Para la realización del presente trabajo, se han tomado en cuenta los siguientes servicios:

| | | | |
|------|---|-----|-------|
| 1.1 | Hospital Central de Valencia. Edo. Carabobo | 560 | camas |
| 1.2 | Hospital Rodríguez Rivero. San Felipe. Edo. Yaracuy | 119 | " |
| 1.3 | Hospital Central. San Cristóbal. Edo. Táchira | 421 | " |
| 1.4 | Centro de Salud Padre Oliveros. Nirgua. Edo. Yaracuy | 50 | " |
| 1.5 | Hospital Psiquiátrico de Barquisimeto. Edo. Lara | 140 | " |
| 1.6 | Sanatorio Antituberculoso "R.G. Plaza" Valencia. Carabobo | 165 | " |
| 1.7 | Medicatura Rural de Campo Elías. Estado Yaracuy | --- | |
| 1.8 | Medicatura Rural de Guama. Estado Yaracuy | --- | |
| 1.9 | Medicatura Rural de Turmero. Estado Aragua | 6 | " |
| 1.10 | Medicatura Rural de Guarico. Estado Lara | 9 | " |
| 1.11 | Medicatura Rural de San Mateo. Estado Aragua | 5 | " |
| 1.12 | Medicatura Rural de San Diego. Estado Carabobo | 3 | " |
| 1.13 | Medicatura Rural de Sarare. Estado Lara | --- | |
| 1.14 | Unidad Sanitaria de Valencia. Estado Carabobo | --- | |

2. Las acciones de Salud son realizadas a nivel de:

| | | | |
|------|-----------------------------|-------|-------|
| 27. | Hospitales Generales | 8.106 | camas |
| 28. | Centros de Salud | 1.271 | " |
| 14. | Sanatorios Antituberculosos | 2.861 | " |
| 488. | Medicaturas Rurales | | |

| | | | |
|----|--------------------------|---------------|-------|
| 2 | Sanatorios Antileprosos | 900 | camas |
| 8 | Hospitales Psiquiátricos | 3.878 | " |
| 1 | Hospital Oncológico | 86 | " |
| 51 | Unidades Sanitarias | --- | |
| | Total | <u>17.102</u> | camas |
| | | ===== | |

3. La consideración de primera consulta o sucesiva está basada en función al daño y no a la persona.
4. En la encuesta a pacientes egresados y consultantes, se han considerado como foráneos, únicamente las personas procedentes de regiones que están fuera del territorio del Estado en que el Hospital tiene su sede. Asimismo los formularios que de pacientes egresados, no tienen fecha de egreso, es porque en el período de realización de la encuesta, estos permanecían hospitalizados. Igualmente existen encuestas con los datos de tipo económico en blanco, debido a que no se pudo lograr la información.

2. Instituto Venezolano del Seguro Social

I N T R O D U C C I O N

Cumplida esta fase de la encuesta recomendada por la Organización Panamericana de la Salud, labor desarrollada dentro de las normas y definiciones pre-establecidas por dicha organización, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales aspira poder aportar en ella valederos elementos de estudio que contribuyan al análisis del complejo problema de la prestación de asistencia médica al individuo en Latinoamérica.

La constitución tripartita del Seguro Social Venezolano (Estado, Trabajadores y Patronos) define claramente su status de organización distinta a la de un instrumento de filantropía en manos del estado y por el contrario la tipifica como organización de los sectores fundamentales de la sociedad, con metas claras y perfectamente definidas hacia la protección y conservación de la salud en el elemento humano.

El cumplimiento cabal de estos postulados, obliga a realizar una efectiva labor asistencial de todo orden, que va desde la asistencia médica hasta la conservación de la capacidad económica del trabajador y su grupo familiar en los estados de necesidad.

La prestación de servicios de asistencia médica a cargo del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, se cumple parcialmente en instalaciones propias y, conscientes de la necesidad de evitar duplicaciones mezquinas y onerosas, orientamos una política de utilización racional de las disponibilidades asistenciales del Estado, llegando inclusive hasta la coordinación experimental de servicios como el que describimos bajo el No. 2-6 en la narrativa del presente informe. Todo esto sin desvirtuar en ningún momento el derecho del trabajador a una asistencia de primera calidad; derecho que es una consecuencia del sistema social moderno, no pudiendo en ningún momento interpretársele como discriminatorio, ya que es de elemental lógica que el pago directo de un servicio, cause en forma directa la prestación y disfrute consiguiente del mismo.

Consideramos pues, que nuestras realizaciones no fomentan la creación de grupos privilegiados, toda vez que si sería injusto pretender obligar a los grandes sectores laborales a renunciar al derecho que le otorga un sistema de vigencia universal, autofinanciado y generador de ventajas indiscutibles no sólo para sus propios aportantes sino para toda la población.

Información general

De acuerdo a los requerimientos e instrucciones suministradas, desarrollamos de seguida la narración descriptiva sobre la información general del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

- 2.1 Disposiciones legales con especial referencia sobre la extensión geográfica y ocupacional de la cobertura (indicando además si las familias o dependientes recibe prestaciones médicas), el monto de las cotizaciones y el carácter de las prestaciones.

Situación Actual

El Seguro Social en Venezuela está regido por el Estatuto Orgánico del Seguro Social Obligatorio, promulgado el 5 de octubre de 1951 que modifica la ley de Seguro Social Obligatorio de 24 de julio de 1940. Aplica los riesgos de enfermedad-maternidad, accidentes y enfermedades profesionales; prevé que mediante leyes especiales se extenderá el Seguro Social Obligatorio a los riesgos de vejez, invalidez, muerte y paro forzoso.

Se dispone que el régimen se aplicará progresivamente a todo el País y a los trabajadores de la industria y del comercio, con excepción de los empleados públicos, los agrícolas y pecuarios, los trabajadores a domicilio cuyas condiciones de trabajo no pueden asimilarse a las de los trabajadores ordinarios, los trabajadores domésticos, los trabajadores temporeros y los que prestan servicio a varios patronos.

Los miembros de la familia del asegurado que tienen derecho a las prestaciones previstas en la ley son:

- a. La mujer del asegurado, sea o no su cónyuge; la no cónyuge deberá tener al menos un año de vida en común como el asegurado o tener hijos de esa unión.
- b. Los hijos legítimos, naturales o adoptivos y los hermanos huérfanos de padre o madre o asimilados, hasta los 15 años de edad o mientras cursen estudios regulares, siempre que vivan en el hogar del asegurado o a sus expensas.
- c. La madre del asegurado que viva con él y a sus expensas.
- d. El padre totalmente inválido que viva a cargo del asegurado y en su hogar.
- e. El cónyuge totalmente inválido que viva a cargo del asegurado y bajo el mismo techo.

El financiamiento se opera mediante la contribución de patronos y trabajadores en un 50 por ciento para el seguro de enfermedad-maternidad y por la contribución de los patronos para el seguro de accidentes y enfermedades profesionales. El estado sufraga los gastos de administración, los de primer establecimiento y los que causen las extensiones a nuevas zonas del país.

Las cotizaciones se recaudan mediante el sistema de nóminas elaboradas por el Instituto, de acuerdo a la información de los empresarios y mediante la liquidación de períodos mensuales vencidos. Durante el año de 1964 las cotizaciones por concepto del seguro de enfermedad-maternidad, alcanzaron a la suma de 157 millones de bolívares.

En cuanto a prestaciones, el seguro de enfermedad-maternidad protege a los trabajadores cuyos salarios no excedan de Bs. 24.000 anuales. Los beneficios de esta cobertura pueden ser en especie o en dinero, los primeros proveen al asegurado y a todo su grupo familiar, sin ningún tipo de diferencias, asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y odontológica. Los segundos se otorgan sólo al asegurado cotizante según la categoría del sueldo o salario que devengue, a cuyo efecto existe una escala de ocho niveles y con respecto a ellos se determina el pago de indemnización, fundamentando el mismo en una correspondencia a las 2/3 partes del salario de base.

El asegurado incapacitado para el trabajo por enfermedad tendrá derecho, a contar del cuarto día de incapacidad y hasta por 26 semanas, a una indemnización, la cual se pagará de conformidad con la tarifa siguiente:

| <u>Categorías de Salario</u> | <u>Indemnización en Bolívares</u> | |
|------------------------------|-----------------------------------|---------|
| | Diaría | Semanal |
| 1 | 1,80 | 10,80 |
| 2 | 4,00 | 24,00 |
| 3 | 6,60 | 39,60 |
| 4 | 9,30 | 55,80 |
| 5 | 12,00 | 72,00 |
| 6 | 16,00 | 96,00 |
| 7 | 21,33 | 128,00 |
| 8 | 28,00 | 168,00 |

Estructura de la Organización

Organograma del Instituto (Anexo)

Descripción del Tipo de Organización

El I.V.S.S. es una organización de tipo lineal, en que la autoridad pasa departamentalmente desde el más alto nivel ejecutivo a todos los niveles de la organización.

Es un Instituto Autónomo con fines de asistencia médica y social no lucrativos, que tiene cierta descentralización administrativa para desarrollar sus funciones en las zonas de aplicación del territorio nacional.

Funciones básicas de las unidades principales

El Consejo Directivo como órgano superior imparte las directrices generales para la organización, funcionamiento y administración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

El Director General tendrá la representación jurídica del Instituto y será su órgano ejecutivo.

La División de Control; inspecciona y controla los fondos manejados por funcionarios del I.V.S.S. colabora con las demás Divisiones dentro de sus atribuciones.

La División de Personal, dicta las normas generales relativas a la administración de personal.

Corresponde a la División de Administración cuidar de la ejecución de los programas en materia administrativa; organizar y llevar la Contabilidad del Instituto; mantener al día los inventarios de bienes; preparar los balances; inspeccionar directamente la Tesorería; organizar y supervisar los servicios generales.

La División de Servicios Médicos, coordina, supervisa y controla las actividades médicas en las zonas de aplicación del régimen de los Seguros Sociales, cuya meta final es primordialmente la conservación y restitución de la salud del trabajador asegurado y sus familiares calificados.

2.2 Organización administrativa de aquellas instituciones que prestan servicios médicos indicando la estructura y dependencia de los hospitales y servicios de atención ambulatoria.

La prestación de servicios médicos en el Seguro Social venezolano, está incorporada a la estructura misma de la organización a través de su unidad "División de Servicios Médicos"; por tal motivo nos permitimos presentar una información general sobre la estructura administrativa del Instituto.

I.V.S.S. Funciones y Objetivos Básicos

Las causas fundamentales de su creación lo constituye el propósito firme y evidente de aliviar y eliminar los males sociales por medio de una acción coordinada, sistemática y consciente de acuerdo a la doctrina de la seguridad social, ampliando la asistencia médica en las zonas de aplicación del Seguro Social.

Su campo de acción: el resguardo y restablecimiento de la buena salud en el campo del conglomerado laboral venezolano, cubriendo los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

La nueva Ley del Seguro Social Obligatorio, actualmente en discusión por el Congreso Nacional, cubrirá los riesgos de Asistencia Médica; Prestaciones en dinero a corto plazo; pensiones de vejez, invalidez, muerte y paro forzoso.

Los programas de administración encierran el propósito de actualizar la gestión administrativa del Instituto, para alcanzar su principal objetivo como es el de la coordinación y desarrollo de las actividades inherentes a las oficinas normativas con las dependencias asistenciales para el logro de su función específica en el campo de la Seguridad Social.

La nueva estructura administrativa a regir desde 1966, permitirá al Instituto atender con mayor eficiencia las nuevas zonas geográficas a cubrir los riesgos incorporados de acuerdo a la nueva Ley de Seguro Social Obligatorio.

La extensión geográfica del Seguro así como la inclusión de los nuevos riesgos, conjuntamente con la ampliación del límite de cotización incorporan al Seguro Social nuevos núcleos de trabajadores lo cual involucra un mayor radio de acción de la función administrativa del Organismo.

AÑO 1964 - SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD

| ZONAS DE APLICACION - CIUDADES | ASEGURADOS | FAMILIARES | TOTAL BENEFICIARIOS | COTIZACIONES Bs. |
|------------------------------------|----------------|----------------|---------------------|--------------------|
| Caracas y su zona Metropolitana | 172.158 | 346.229 | 518.387 | 89.179.323 |
| <u>Edo. Miranda</u> | | | | |
| Los Teques Guarenas | 5.901 | 11.447 | 17.348 | 2.255.289 |
| <u>Distrito Federal</u> | | | | |
| La Guaira | 15.108 | 35.735 | 50.843 | 6.445.278 |
| <u>Edo. Aragua</u> | | | | |
| Maracay La Victoria | 24.631 | 50.328 | 74.959 | 9.090.568 |
| <u>Edo. Carabobo</u> | | | | |
| Valencia Puerto Cabello | 41.149 | 87.177 | 128.326 | 16.161.133 |
| <u>Edo. Lara</u> | | | | |
| Barquisimeto | 47.551 | 8.974 | 56.525 | 5.058.185 |
| <u>Edo. Falcón</u> | | | | |
| Coro Punto Fijo | 11.463 | 40.770 | 52.233 | 4.682.441 |
| <u>Edo. Zulia</u> | | | | |
| Maracaibo | 29.945 | 66.589 | 96.534 | 15.924.252 |
| <u>Edo. Táchira</u> | | | | |
| San Cristóbal | 9.118 | 23.592 | 32.710 | 2.502.979 |
| <u>Edo. Bolívar</u> | | | | |
| Ciudad Bolívar Puerto Ordaz | 7.952 | 19.206 | 27.158 | 5.997.707 |
| T O T A L E S: | 334.324 | 720.699 | 1.055.023 | 157.297.154 |

División de Cajas Regionales, a través del programa de la División de Cajas Regionales se coordinan, ejecutan y centralizan todas las actividades inherentes a Cajas Regionales, Sucursales y Agencias.

Dentro de estas actividades pueden destacarse:

- a) Velar por la aplicación de las disposiciones legales reglamentarias y estatutarias correspondientes.
- b) Cumplir y hacer cumplir todo lo relacionado con el régimen de cotizaciones y prestaciones
- c) Realizar todos los actos y operaciones que sean necesarias para cumplir los fines que están atribuidos.

La División Legal, representa al I.V.S.S. en todas las actuaciones judiciales o extra judiciales, evacua las consultas jurídicas del Instituto e informa sobre las apelaciones que intenten ante la Dirección General.

División de Medicina del Trabajo, Higiene y Seguridad Industrial; el objetivo fundamental de la División en la protección integral del hombre en el trabajo, continuamente expuesto a los riesgos profesionales. Su función preventiva la conduce a evitar que hayan lesionados, incapacitados o muertos que le restan al país elementos valiosos en todos los campos de su actividad técnica, científica y cultural, además de producir las consiguientes repercusiones económicas y sociales en perjuicio de la Institución del Seguro Social.

2.3 Datos generales sobre formulación y monto del Presupuesto y sistemas de nombramiento y remuneración de personal.

La formulación del Presupuesto del Instituto corresponde a la División General quien lo remite al Consejo Directivo a los fines de su aprobación.

Los recursos necesarios para su total cobertura, se logran en dos grandes fuentes:

- a) Cotizaciones de trabajadores y patronos, estos ingresos se destinan a cubrir los costos de las prestaciones en especie, efectúan los pagos que originan las prestaciones reales y a la formación de los fondos que ordene la Ley.
- b) Aportes del Fisco Nacional: destinados a cubrir los gastos de administración, adquisición de equipo sanitario y los de primer establecimiento del servicio.

Actualmente se calcula este aporte en una tasa del 9% sobre el monto global de las cotizaciones.

En el ejercicio del año 1964, el monto total del presupuesto alcanzó a la suma de Bs. 218.736.000.00; destinándose Bs. 166.248.000.00, al Presupuesto de Enfermedad-Maternidad.

Lo relativo a la función de personal, se cumple de la siguiente manera: en su Artículo 18 del Reglamento General del Estatuto Orgánico del Seguro Social Obligatorio, establece que el personal del Instituto será organizado, distribuido y nombrado o contratado por el Director General. Esta labor se cumple a través de la División de Personal mediante la ejecución de las siguientes políticas.

- 1) La función de personal se desarrollará en los términos señalados en el Decreto 394, y atendiendo a las recomendaciones de la Oficina Central de Personal de la Comisión de Administración Pública.
- 2) El Director General autorizará y firmará los reglamentos, políticas, procedimientos e instrucciones generales de administración de personal para el Instituto; y también autorizará el nombramiento, la cesantía y el despido de los empleados. Las actividades específicas y de rutina de personal serán atendidas directamente por la Oficina de Personal.
- 3) Se evitarán toda clase de trámites, pasos, papeles y gastos innecesarios en el manejo de asuntos de personal, mediante la centralización de los procesos y sistemas de personal a través de la División de Personal en Caracas.
- 4) Las acciones y decisiones de personal deberán ser imparciales; y los sistemas y procedimientos que se establezcan serán tan uniformes como lo permitan las circunstancias.
- 5) Los trabajadores deberán ser tratados con justicia y obtener la remuneración, servicios, seguridad y prestaciones sociales de acuerdo con las mejores técnicas de personal y los recursos del Instituto.
- 6) Deberá mantenerse un equilibrio racional entre el trabajo a desarrollarse y el número de empleados y obreros.
- 7) El nombramiento, contratación y los ascensos de los empleados se harán sobre la base de méritos, tomando en consideración la capacidad, habilidad, experiencia, integridad y antecedentes de los candidatos.

Asimismo cabe señalar la existencia de Contratos y Convenios de Trabajo entre el Instituto y diversas entidades profesionales y sindicales que operan en el país, como son entre otras: la Federación Médica Venezolana, la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, el Colegio de Odontólogos de Venezuela, el Colegio de Bioanalistas, etc. Estos acuerdos aportan toda una serie de beneficios al personal traduciendo una verdadera política de estímulos e incentivos sociales y económicos.

Durante el ejercicio del año 1964 el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales pagó a su personal la suma de Bs. 72.795.816,00, por concepto de salario y Bs. 14.614.800.00, por concepto de beneficios derivados de los contratos y convenios de trabajo, lo que totaliza una cantidad de Bs. 174.821.232,00 destinados a la remuneración de sus trabajadores.

2.4 Actividades preventivas en favor de los asegurados y de su grupo familiar.

En Venezuela existen expresas disposiciones legales que establecen el alcance, la cobertura de las acciones de salud, fundamentalmente las que tienen carácter preventivo. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social es la unidad ejecutora de tales planes y en consecuencia su jurisdicción exclusiva; ello determina la referencia permanente de pacientes protegidos por el Seguro Social a los Centros de prestación de servicios del citado Ministerio.

Paralelamente a la situación antes establecida, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, desarrolla a nivel de sus Centros Ambulatorios y Hospitalarios una labor típicamente preventiva de la salud de sus beneficiarios y considerando los factores ecológicos que inciden en la vida de los grupos familiares asegurados, logra desarrollar un efectivo plan de prevención que clasificamos así:

- a) Prevención de enfermedades comunes; orientando a la totalidad del grupo familiar y curplido a diario dentro del volumen de consultas ordinarias.
- b) Prevención de la maternidad; va sólo a un sector de sus beneficiarios pero con un alto grado de desarrollo, puesto de relieve por la existencia, con carácter de riesgo específico de seguridad social en nuestra legislación vigente.
- c) Prevención de riesgos profesionales; dirigidos a los trabajadores cotizantes, hemos logrado un relevante grado de desarrollo en lo que a Medicina del Trabajo, Higiene y Seguridad Industriales se refiere, pudiendo asegurarse que sin incurrir en exageraciones la División correspondiente del seguro venezolano es factor fundamental de tal actividad en el ámbito nacional.

Resultado de las acciones preventivas

Las ventajas derivadas de esta actividad son notables, por sus repercusiones positivas a nivel segurista, social, médico, económico y fundamentalmente nacional, ya que según esta política, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales no sólo colabora en el mantenimiento y

protección de la salud del pueblo venezolano sinó evita egresos indirectos al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social al complementar coordinadamente con acciones de alto tenor científico las labores preventivas sanitarias que el Ejecutivo Nacional desarrolla.

- 2.5 Relaciones jurídicas y administrativas entre las instituciones de Seguridad Social y los Ministerios de Salud con especial referencia a la administración superior de éstas instituciones y al origen de sus directivas.

Las relaciones jurídico-administrativas entre el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, está perfectamente normadas por el Estatuto Orgánico del Seguro Social Obligatorio y su Reglamento General, las cuales nos permitimos clasificar así:

Aspecto Asistencial: El Estatuto en su Art. 31 y el Reglamento General en sus artículos 6-10; 52-2 inal; 53-3; 146 y 147 confiere al Ministerio de Sanidad las siguientes atribuciones:

- a) El Ministerio es el órgano del Ejecutivo Federal para dirigir y vigilar la marcha de los servicios sanitarios del Seguro Social; con jurisdicción hasta para emitir opinión sobre las necesidades de edificaciones y equipos asistenciales que alegue o solicite el Instituto.
- b) El Ministerio está expresamente facultado para controlar los servicios médicos del Seguro, indicar, modificar e inclusive sancionar el incumplimiento a tales recomendaciones.
- c) Los servicios médicos del Seguro están obligados a coordinar sus actividades con los servicios sanitarios nacionales.

Aspecto Administrativo: El Reglamento General del Estatuto Orgánico, establece en su Art. 6 aparte 9 y 10 una fluida y permanente comunicación entre el Ministerio de Sanidad y el Seguro Social en los siguientes términos:

- a) El Instituto enviará anualmente al Ministerio, una copia de la MEMORIA de Actividades que presente al Ejecutivo Nacional.
- b) El Ministerio queda facultado para solicitar del Seguro, cualquier información que requiera, cada vez que lo juzgue necesario.

Aspecto Legal: Contenido en el Art. 6 aparte 5 del Reglamento, el Ministerio de Sanidad queda facultado conjuntamente con el Ministerio del Trabajo, para aprobar con carácter de requisito de vigencia, los Estatutos del Seguro Social.

Administración Superior del Instituto

La administración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, está a cargo de un Consejo Directivo que ejerce funciones de órgano superior administrativo y de un Director General que es el órgano Ejecutivo. El Consejo esta compuesto de seis miembros principales con sus respectivos suplentes, distribuidos así:

Dos Representantes del Ejecutivo Federal
Dos Representantes de los Asegurados
Dos Representantes de los Patronos

Su calificación y nombramiento corresponde al Presidente de la República por órgano del Ministerio del Trabajo con las siguientes particularidades: los representantes del Ejecutivo, son de libre elección y remoción del Presidente de la República; los Representantes de patronos y asegurados, son escogidos entre las postulaciones que hace cada sector y duran dos años en sus funciones. La presidencia del Consejo Directivo la ejerce cualquiera de sus miembros, designado por el Presidente de la República a través del Ministerio del Trabajo.

- 2.6 Descripción de cualquier ensayo de coordinación de servicios de nivel local entre Seguro Social y Servicios Públicos Gubernamentales, especialmente en las áreas rurales.

Desde el año 1961 el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales tiene con el Hospital Central de las Fuerzas Armadas un plan de coordinación para 320 camas, en la zona de San Martín. Este sistema ha venido funcionando sin complicaciones de ninguna naturaleza y ha traducido en la práctica que si se puede llevar a efecto; lo que representa grandes ventajas por cuanto permite a dos Instituciones ayudarse en forma mutua y beneficiarse en la reducción de gastos que la coordinación deriva.

El Sistema se basa en que el Hospital de las Fuerzas Armadas pone a disposición del Instituto las camas, más los servicios comunes de mantenimiento general, de luz y fuerza eléctrica, de teléfonos, de alimentación, de lavandería, de estacionamiento, de esterilización, etc. El Instituto por su parte, a un precio establecido según los costos, paga el valor de las camas, pero el personal tanto médico, paramédico, como administrativo corre por cuenta del Instituto, quien a su vez es responsable de los compromisos contractuales con los organismos profesionales y sindicales. Conviene definir que el personal que rige por los reglamentos del Seguro, de acuerdo a predicciones del convenio suscrito con la Federación Médica Venezolana, el cual establece como obligación del Instituto al contratar servicios, que el personal médico y paramédico sea por su cuenta y bajo su dirección, aunque ciertas normas del Hospital una vez que son estudiadas por ambos organismos, pueden aplicarse.

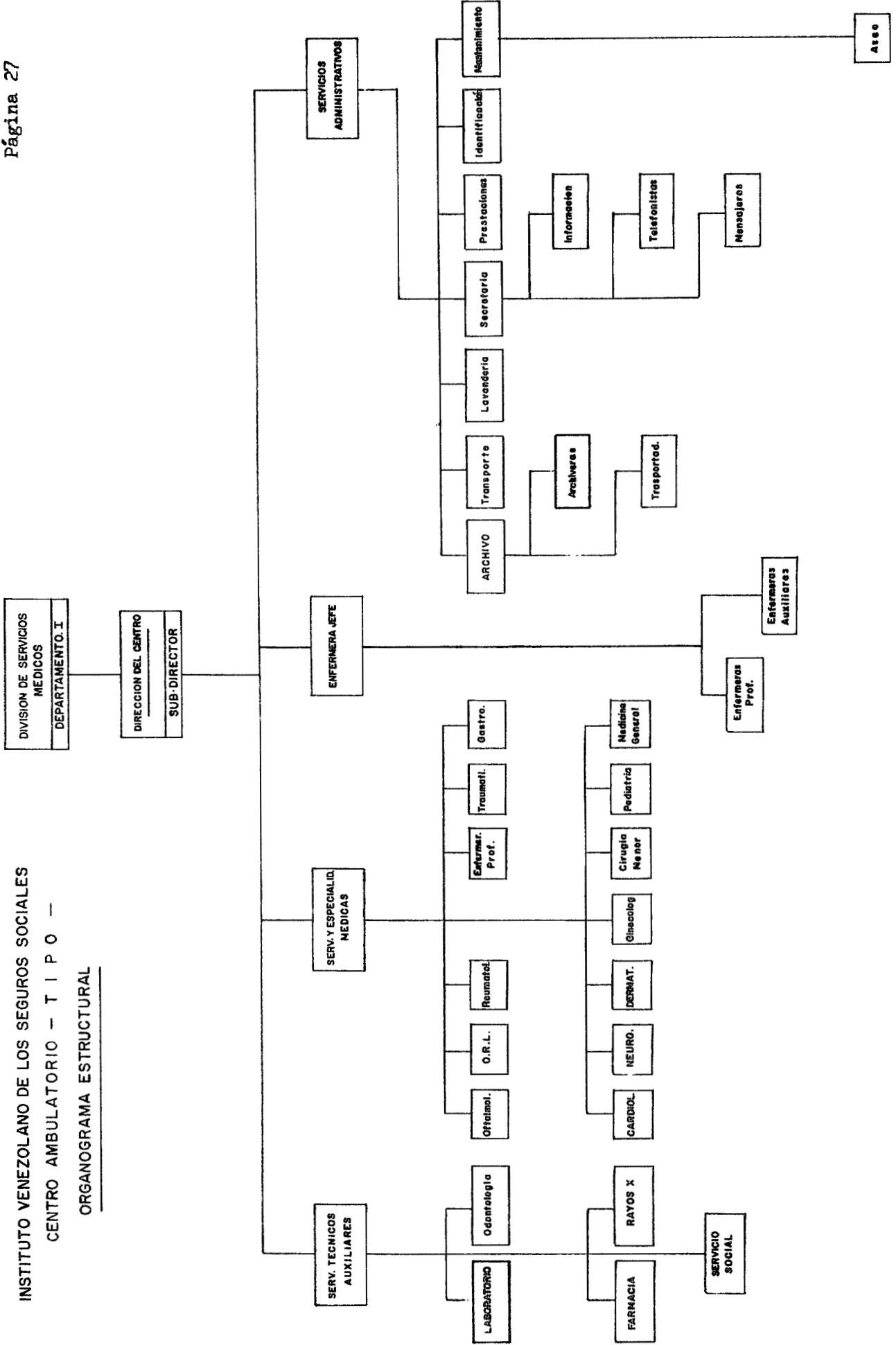
Hasta ahora, el servicio que se presta ha sido satisfactorio, no ha ofrecido ningún inconveniente y los contratos son prorrogados a su vencimiento; aplicando esta experiencia en el interior del país se han firmado contratos de servicios, en coordinación con el Ministerio de Sanidad en las ciudades de Barcelona y Valera, esperándose la firma de un documento similar para el Hospital de San Cristóbal en el Estado Táchira.

- 2.7 Indicar si los beneficiarios del Seguro tienen en su totalidad acceso a los servicios médicos existentes en la seguridad social y, en caso negativo qué medios se utilizan para ofrecerles prestaciones médicas a aquellos asegurados que tienen derecho a atención, pero no tienen acceso a los servicios existentes.

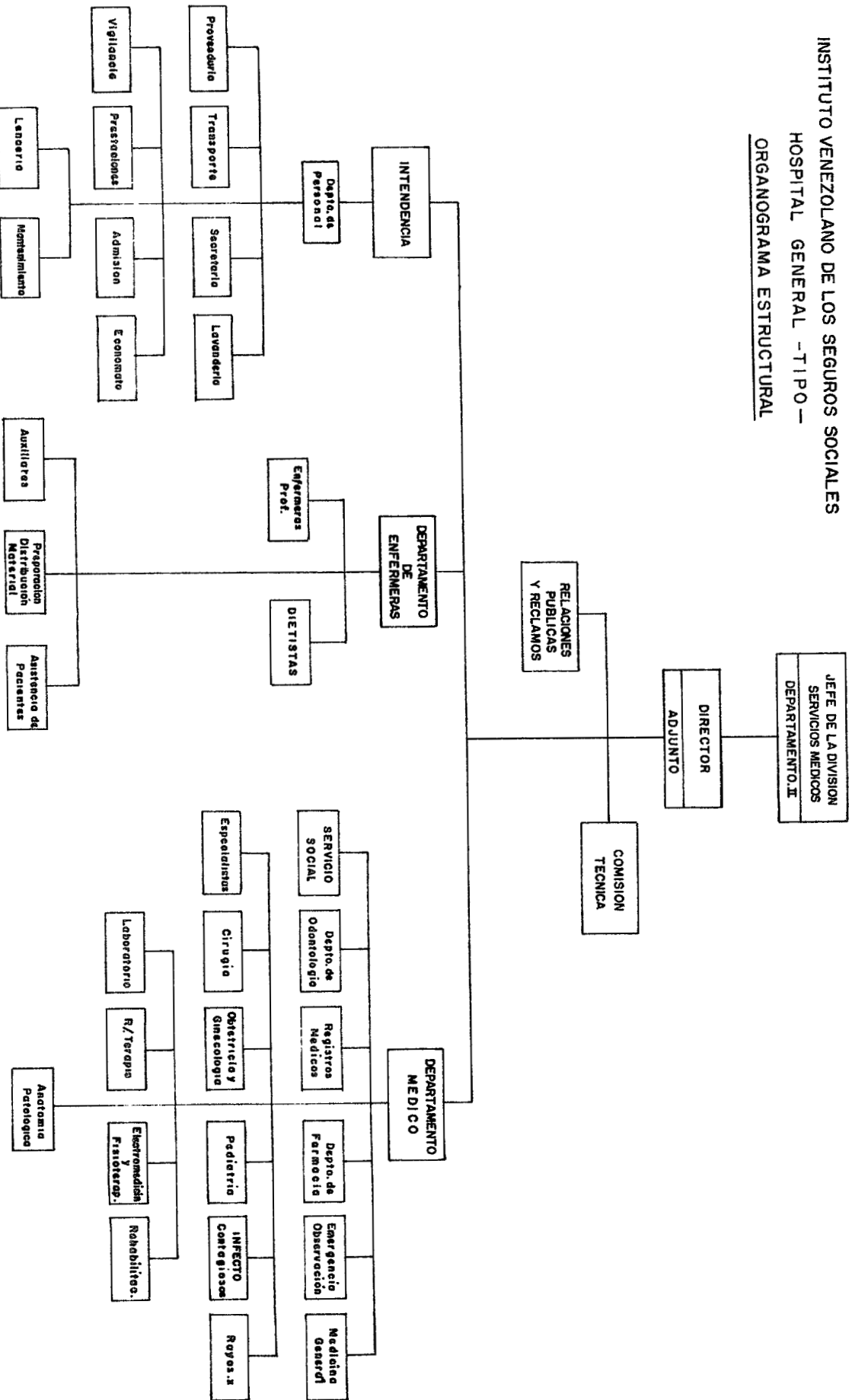
En Venezuela todos los grupos familiares tienen acceso a los servicios médicos del I.V.S.S., ya que la población amparada por el régimen de seguridad social, se encuentra ubicada fundamentalmente en centros urbanos dotados con suficiencia de medios de comunicación.

Cuando las características de un tratamiento especial, motivan el traslado del paciente de una ciudad a otra, el Seguro Social provee los recursos necesarios a tal fin.

INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
 CENTRO AMBULATORIO - T I P O -
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL



INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
 HOSPITAL GENERAL - TIPO -
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL



CUADRO I

Número de hospitales y camas hospitalarias. Tasas por 1.000 habitantes, Venezuela, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Población abarcada | Número | | | | Tasa por 1.000 habitantes | | | |
|---|--------------------|--------|--------|---------------|------------------------------|---------------------------|-------|---------------|------------------------------|
| | | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos | Camas | Altas | Días-paciente | Consultas pacientes externos |
| Ministerio de Sanidad y Asistencia Social | 463 936 | 1 150 | 31 279 | 341 469 | 338 459 | 2.5 | 67.4 | 736.0 | 729.5 |
| 4 hospitales generales | 766 940 | 305 | 810 | 72 694 | 8 084 | 0.4 | 1.1 | 94.8 | 10.5 |
| 2 hospitales especializados | 46 096 | 23 | 749 | 2 449 | 35 484 | 0.5 | 16.2 | 53.1 | 769.8 |
| 4 medicaturas rurales | | | | | | | | | |
| Seguro Social | | | | | | | | | |
| 15 hospitales generales | 2 097 230 | 1 671 | 52 687 | 482 141 (a) | 1 426 883 | 0.8 | 25.1 | 229.9 | 680.4 |

(a) Días del censo.

CUADRO II

Indices de utilización de hospitales, Venezuela, 1964

| Hospitales o grupo de hospitales | Permanencia media | Tasa de movimiento de pacientes | Indice de ocupación |
|---|-------------------|---------------------------------|---------------------|
| Ministerio de Sanidad y Asistencia Social | | | |
| 4 hospitales generales | 10.9 | 27.2 | 84.0 |
| 2 hospitales especializados | 89.7 | 2.7 | 92.2 |
| 4 medicaturas rurales | 3.3 | 32.6 | 28.8 |
| Seguro Social | | | |
| 15 hospitales generales | *9.2 | 31.5 | 78.8 |

*A base de los días del censo.

CUADRO IV

Proporciones en la distribución de personal hospitalario, Venezuela, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Proporciones | | | | Aux. de enferm. | Porcent. de aux. de enf. adiestr. | Porcentaje de personal en la asistencia médica |
|---|------------------------|-----|---------------------------|------|-----------------|-----------------------------------|--|
| | Enfermeras por médicos | | Pers. enferm. por médicos | | | | |
| | (1) | (2) | (1) | (2) | | | |
| Ministerio de Sanidad y Asistencia Social | | | | | | | |
| 4 hospitales generales | 0.5 | 0.9 | 2.1 | 4.0 | 3.4 | 45.9 | 69 |
| 2 hospitales especializados | 2.5 | 5.0 | 5.0 | 10.0 | 1.0 | 100.0 | 64 |
| 4 medicaturas rurales | 0.2 | 0.4 | 3.7 | 8.8 | 21.0 | 19.0 | 83 |
| Seguro Social | | | | | | | |
| 16 hospitales generales | 0.6 | 0.9 | 2.4 | 3.5 | 2.7 | 100.0 | 61 |

CUADRO V

Tiempo* (en minutos) de servicios médicos y de enfermería
por día y por cama ocupada, Venezuela, 1964

| Hospital o grupo de hospitales | Médicos | Personal de enfermería | |
|--|---------|------------------------|------------|
| | | Total | Enfermeras |
| Ministerio de Sanidad y Asistencia Social | | | |
| 4 hospitales generales | 33 | 148 | 33 |
| 2 hospitales especializados | 7 | 97 | 48 |
| 4 medicaturas rurales | 97 | 288 | 13 |
| Seguro Social | | | |
| 16 hospitales generales | 66 | 302 | 82 |

CUADRO VII

Número y clase de instituciones de consulta externa que informaron, Venezuela, 1964

| Hospital | Total | Número medio de salas de examen | Número de instituc. con serv. de lab. | Número de instituc. con serv. de rayos X |
|---|-------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ministerio de Sanidad y Asistencia Social | | | | |
| Hospitales generales | 4 | 18 | 4 | 4 |
| Hospitales especializados | 2 | 6 | 1 | 1 |
| Centros de salud | 1 | 13 | 1 | 1 |
| Medicaturas rurales | 7 | 2 | - | 2 |
| Seguro Social | | | | |
| Hospitales generales | 12 | 9 | 11 | 9 |
| Consultorios | 23 | 7 | 20 | 14 |
| Consultorios auxiliares | 7 | 2 | - | - |
| Consultorios especializados | 7 | 2 | 2 | 4 |

CUADRO IX

Personal de instituciones de consulta externa, Venezuela, 1964

| Hospital | Médicos | | Dentistas | | O t r o p e r s o n a l | | | | Tiempo de médico consulta (en minutos) | Tiempo de enfermería por consulta Total Enfém. | | | |
|---|----------|-------|-----------|-------|-------------------------|------------|---------------|------------|--|--|----------|----|----|
| | Personas | Horas | Personas | Horas | Total | Enfermería | | Otro pers. | | | | | |
| | | | | | | Total | Enfer. Auxil. | | | | Parteras | | |
| Ministerio de Sanidad y Asistencia Social | | | | | | | | | | | | | |
| 3 hospitales generales | 212 | 494 | 5 | 7 | a) 463 | 118 | 20 | 98 | - | a) 348 | 27 | 35 | 6 |
| 2 hospitales especializados | 6 | 12 | 2 | ... | 22 | 5 | 2 | 3 | - | 17 | 23 | 77 | 31 |
| 1 centro de salud | 17 | 96 | 3 | 9 | 106 | 84 | 11 | 37 | 36 | 22 | 36 | 51 | 7 |
| 7 medicaturas rurales | 10 | 58 | 5 | 5 | 68 | 59 | 1 | 32 | 26 | 9 | 15 | 59 | 1 |
| Seguro Social | | | | | | | | | | | | | |
| 12 hospitales generales | 294 | 706 | 37 | 158 | 836 | 189 | 32 | 157 | - | 647 | 12 | 16 | 3 |
| 23 consultorios auxiliares | 895 | 2 400 | 131 | 550 | 1 741 | 613 | 130 | 483 | - | 1 128 | 15 | 19 | 4 |
| 7 consultorios especializados | 15 | 52 | 1 | 4 | 47 | 24 | 2 | 22 | - | 23 | 23 | 36 | 3 |
| | 90 | 208 | 6 | 32 | 175 | 42 | 8 | 34 | - | 133 | 21 | 16 | 3 |

a) Se observa cierta duplicación con el personal hospitalario.

CUADRO XPromedio del costo por consulta de pacientes externos, Venezuela, 1964

| Hospital | Costo medio | Costo mediano |
|---|-------------|---------------|
| Ministerio de Sanidad y Asistencia Social | | |
| 4 hospitales generales | 15.22 | 14.55 |
| 1 hospital especializado | 17.65 | 17.65 |
| 1 centro de salud | 15.74 | 15.74 |
| 7 medicaturas rurales | 9.39 | 10.03 |
| Seguro Social | | |
| 9 hospitales generales | 13.31 | 12.01 |
| 23 consultorios | 11.78 | 11.89 |
| 7 consultorios auxiliares | 10.90 | 11.32 |
| 7 consultorios especializados | 22.15 | 14.74 |