

INDEXED

DISCUSIONES TECNICAS
XVII Conferencia Sanitaria Panamericana

COORDINACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

SUPLEMENTO

Informes de diez países



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1968

INDEXED

Discusiones Técnicas
XVII Conferencia Sanitaria Panamericana

**COORDINACION DE LOS
SERVICIOS MEDICOS**

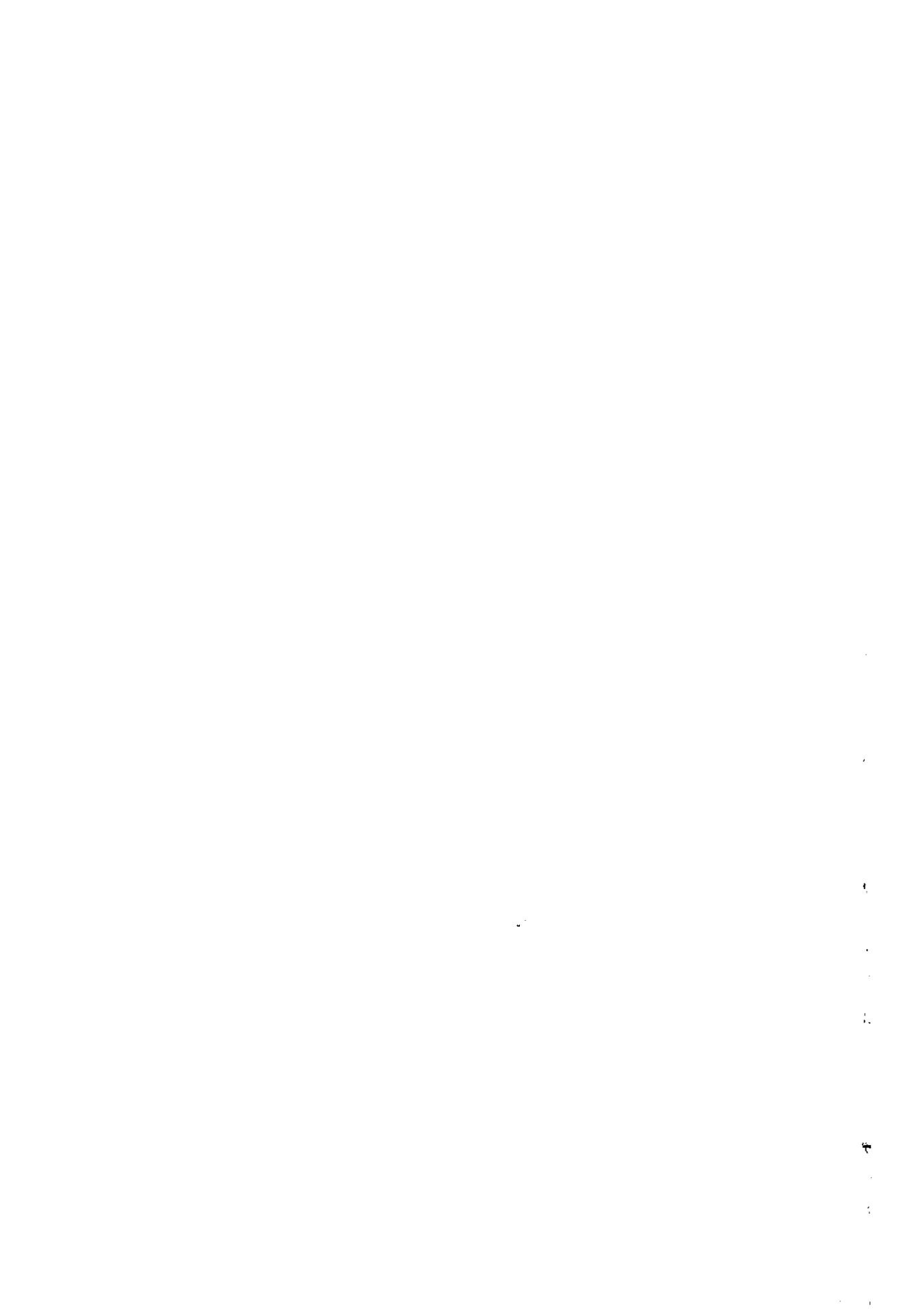
SUPLEMENTO
Informes de diez países



Publicación Científica No. 154-A

Diciembre de 1968

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.



CONTENIDO

	<u>Página</u>
Introducción.....	v
Informe del Brasil.....	1
Cuadros.....	21
Informe de Colombia.....	30
Cuadros.....	33
Informe de Costa Rica.....	46
Cuadros.....	62
Informe de Chile.....	72
Cuadros.....	86
Informe de El Salvador.....	96
Cuadros.....	105
Informe de Honduras.....	115
Cuadros.....	125
Informe de México.....	134
Cuadros.....	147
Informe de Panamá.....	189
Cuadros.....	205
Informe del Perú.....	214
Cuadros.....	222
Informe de Venezuela.....	232
Cuadros.....	253

INTRODUCCION

Las Discusiones Técnicas celebradas durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., 30 de septiembre y 1 de octubre de 1966) versaron sobre 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 desarrollan actividades relacionadas con la salud".

Como paso preliminar en la preparación de las Discusiones, la Organización Panamericana de la Salud decidió llevar a cabo una encuesta con el fin de recoger datos básicos y ofrecer sus resultados a los participantes de las Discusiones Técnicas, a fin de ilustrar sus debates con información realista sobre la situación actual del asunto en la América Latina.

Dicha encuesta se llevó a cabo, con la colaboración de la Organización de los Estados Americanos, en los siguientes países que se mostraron interesados: Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Perú 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 seguridad social. Estas personas recibieron indicaciones detalladas de parte de funcionarios de la OPS y de la OEA y fueron asesoradas durante el tiempo que duró la recolección de los datos.

En esta publicación--suplemento de la Publicación Científica 154, que contiene el Informe Final y los documentos de trabajo de las Discusiones Técnicas--se presentan los informes sometidos por los países con motivo de la encuesta.

INFORME DEL BRASIL

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS¹

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 también a la acción conjugada de una serie de factores demográficos, sociales y económicos.

Ante todo, conviene describir la estructura política del 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 la defensa de la integridad nacional, la repulsión de una invasión extranjera y la solución de luchas civiles internas.

La Constitución de la República asigna específicamente al Gobierno Federal las siguientes funciones relacionadas con la salud:

- a) organizar la defensa permanente contra las epidemias rurales;
- b) legislar sobre las normas generales de defensa y protección de la salud y sobre los requisitos para ejercer las profesiones técnicas, científicas y liberales;
- c) disponer que se incluyan 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;
- d) establecer con carácter obligatorio, en todo el territorio nacional, la asistencia a la maternidad, la infancia y la adolescencia.

De conformidad con estas disposiciones, el Gobierno Federal lleva a cabo, por medio de diversos organismos, numerosas actividades de salud que pueden clasificarse de la manera siguiente:

^{1/} Participaron en la elaboración del presente trabajo los siguientes técnicos: Hugo Alqueres Batista, Nilson L. de A. Moraes, Antônio Jorge de Almeida, Plínio 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. Carvalho, Oslas de Araújo Pinheiro, Graciliano Muniz.

- 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 privadas;
- c) preparación y perfeccionamiento del personal especializado;
- 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 de aplicación en todo el territorio nacional;
- h) mantenimiento de laboratorios de referencia para diagnósticos;
- i) supervisión de la recopilación 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, el Gobierno Federal 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 los que participa, atendiendo a su personal o a determinados grupos.

Los estados, que se rigen por constituciones y leyes propias, 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 privadas;
- c) preparación del personal para los servicios de salud, principalmente a nivel 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 cabe destacar los de abastecimiento de agua y de eliminación de basuras y desechos.

No existe en el Brasil ninguna disposición constitucional o legal que obligue al Gobierno Federal, 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 del Gobierno Federal y de los estados cuando está a cargo de instituciones privadas.

El 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, que figura en los cuadros 1 y 2, da una idea de la participación de cada sector en la prestación de asistencia médica.

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 a seguir en cuanto a 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 facilitan servicios de salud prácticamente autónomos, sin ninguna relación con la política que sigue el Ministerio de Salud. Entre estos organismos cabe señalar los siguientes:

- a) El Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas, distribuido por todo el país.
- b) El Servicio de Asistencia a Menores (SAM) y los Servicios de Salud de los Territorios, que dependen del Ministerio de Justicia.
- c) El Ministerio del Trabajo, al que corresponde la legislación sobre higiene y seguro del trabajo. Las funciones normativas y ejecutivas de los Servicios de Higiene y Seguro del Trabajo de las delegaciones regionales del ramo 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 de los Servidores del Estado (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 dependen directamente de 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 plano 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:

- 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 del Ramo 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 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 establecidas 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 desarrolladas en el 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, presupuestos, obras de construcción, servicios de 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 privadas, ofreciéndoles orientación y asistencia técnica, y además estudiar los criterios que han de aplicarse para la concesión de ayuda y subvenciones federales desti-

nadas a la ejecución de actividades de salud. Este Departamento 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 (SPS)
- 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 privadas relacionadas con la maternidad, la infancia y la adolescencia, y comprende 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 es el organismo encargado de combatir las principales endemias de esa índole 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 los 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 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:

- a) organizar y prestar servicios de salud pública en regiones que tienen en marcha programas de desarrollo económico;
- b) estudiar, proyectar y establecer sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado;
- c) organizar, administrar y coordinar en los estados cuyos gobiernos lo soliciten, servicios destinados al desarrollo de su estructura básica en materia de salud;
- d) coordinar, organizar y administrar, de acuerdo con las municipalidades interesadas, servicios autónomos de abastecimiento de agua y de alcantarillado;
- e) realizar las investigaciones, encuestas y estudios necesarios para el desarrollo de sus actividades.

La Fundación consta de las siguientes dependencias:

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

Si bien el Ministerio de Salud ha de ser esencialmente un organismo de carácter normativo, está integrado también por organismos ejecutivos, además 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 fundamentalmente 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 distintos sectores, que después se integrarán en el Plan General de Desarrollo del Ministerio de Planificación.

Análisis resumido de los organismos federales de salud

La estructura federal de los servicios 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 el buen funcionamiento de la estructura 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 consiguientes deficiencias técnicas y administrativas.

El ejemplo más patente de esta falta de coordinación es el de los servicios del Instituto de Previsión Social en relación con el Ministerio de Salud. En efecto, las dependencias del citado Instituto 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 privadas 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.

Otro aspecto negativo en lo que se refiere al Instituto de Previsión es la falta de servicios preventivos en sus actividades. La carencia 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.

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 acentuada 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 que pueden ser nocivos para la salud de la población.

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 actividad.

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 de salud

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 sustitución de los antiguos departamentos de salud, y otros de dividir en dos secretarías la de Educación y Salud. Actualmente todos los estados tienen 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:

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD

- Gabinete del Secretario
- Departamento de Unidades Sanitarias
- Departamento de Asistencia Médico-social
- Departamento Estatal de la Infancia
- Departamento de Tuberculosis
- Departamento de Ingeniería Sanitaria
- Departamento de Lepra
- Departamento de Demografía y Educación Sanitaria
- Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica
- Departamento de Supervisión del Ejercicio de las Profesiones
- Departamento Administrativo
- Escuela de Salud Pública (en la que está integrada la Escuela de Enfermería Hermantina Beraldo)
- 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 Raúl Soares
Hospital Colonia de Barbacena
Hospital de Neuropsiquiatría Infantil (Belo Horizonte)
Hospital de Neuropsiquiatría Infantil (Oliveira)
Instituto de Psicopedagogía (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--sis 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 coordinador de normas técnicas, y cada departamento es completamente independiente, lo que entorpece 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) No existe una delimitación clara de funciones, lo que conduce a la desorganización y a la falta de coordinación entre los diversos organismos del Departamento.

d) Se carece de personal paramédico, pues el existente no está preparado en la medida que requieren las necesidades del servicio.

e) No hay una 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 utilizan de una manera provechosa debido al gran número de organismos directivos existentes.

Estructuras locales

Las observaciones expuestas permiten 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 que han de atender y a los servicios especializados de que se dispone. En cuanto al aspecto hospitalario, existen instituciones especializadas (contra la lepra, tuberculosis, etc.) y los hospitales generales provistos de servicios básicos de clínica médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica.

Además de lo ya descrito, 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 ello, 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 queda internado 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, siendo 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.

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 para la asignación de los 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 quedar terminado a fines del presente año y constituirá el primer plan a largo plazo del país.

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

Para el Plan Decenal que se está elaborando, no habrá tiempo de recopilar 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 del Gobierno Federal 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 Institutos de Jubilaciones y Pensiones (IAP), bajo la tutela del

Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Los institutos ofrecen prestaciones uniformes, entre ellas los servicios de asistencia médica y de maternidad. La población que abarcan constituida por los asegurados y los familiares a su cargo, ascendía en 1964 a 20 millones de personas. 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 adoptando 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 de los Servidores del Estado (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 abarcan 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 resultar 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 aplicación 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 en grado proporcional al sueldo del asegurado, limitado para esos efectos a varias veces el valor del mayor salario mínimo vigente en el país. El Gobierno 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 DAM, 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 DAM y sus servicios ejecutivos se facilitan en jefaturas estatales, las que a su vez controlan un gran número de puestos distribuidos por el interior de los estados.

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

- a) La multiplicidad de organismos locales de asistencia, con las diferencias consiguientes de calidad y alcance de los servicios.
- b) Las inevitables actividades duplicadas, con el encarecimiento de los servicios médicos y paramédicos y de los recursos materiales de la localidad (hospitales y equipo).
- c) 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 previsión 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: Garantizar una buena asistencia médica mediante el sistema de comunidad de servicios, y 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 valor apreciable. 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 ciñen 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, Artículo 121 del Reg. LOFS, 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 acertada en la mente del legislador, pero este 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 aferrados 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 facilitados. 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. LOP3):

"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 Previsión 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 ha indicado 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.

En el orden jurídico, las instituciones de previsión social no están directamente vinculadas con el Ministerio de Salud, aunque este, indirectamente, puede intervenir en ellas 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 tiene 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 en virtud de acuerdos suscritos. 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 médico-asistenciales

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 médico-sociales del país.

El "Programa de Acción Económica del Gobierno Federal, 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 se-

guridad 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 Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (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, 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 por 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 suscritos 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 Espiritu 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 Previsión 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 suma importancia cuando se establezca la asistencia médica a la población rural.

Cuadro 1

BRASIL: NUMERO DE HOSPITALES Y DE CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número				Índice 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				0.9			
IAPC (comerciantes)	3,100,000	690	17,800 <u>a/</u>	226,000 <u>a/</u>	...	0.2	5.7	72.9	...
IAPTEC (empleados del transporte de carga)	2,128,330	1,930				0.9			
IAPFESP (ferroviarios y empleados de servicios públicos)	1,809,232	395				0.2			
IAPI (trabajadores industriales)	7,200,000	939b/				0.1			
4 hospitales		648c/							
IAPM (marinos)									
3 hospitales	583,558					0.1			
Gobierno Federal, FSESP									
74 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 fueron en hospitales del Instituto y el resto en otras instituciones con las que se contratan los servicios.

b/ Mantiene 12,307 camas en 235 hospitales.

c/ Tiene contratos con 167 hospitales.

Cuadro 2

BRASIL: INDICES DE UTILIZACION DE LOS HOSPITALES, 1964

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice 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

Quadro 3

BRASIL: PERSONAL DE HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS, 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		
	Total	Tiempo compl.	Total	Enferm. Auxil.	Parteras	Total	Total	Total	Tiempo compl.	Total	Enferm.	Total	Enferm.	Otros		
															compl.	compl.
Gobierno Federal, FSESP	62	...	1,065	165	29	120	16	35	865	14.8	...	254.4	39.4	6.9	8.4	206.6
24 hospitales																

Cuadro 4

BRASIL: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DE PERSONAL HOSPITALARIO, 1964

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

(1) Basado en el total de médicos.

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

Cuadro 5

BRASIL: TIEMPO (EN MINUTOS) DE SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 1964

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

Cuadro 6

BRASIL: COSTOS DE HOSPITALIZACION Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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						
Cirugía-Maternidad		...		8,983		
Enfermedades mentales		69.6		2,819		
Enfermedades pulmonares		179.5		3,783		
Gobierno Federal, FSESP						
24 hospitales	153,257	6.8		6,237	42,412	2,282,700

Cuadro 7BRASIL: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA
QUE FACILITARON DATOS, 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 10

BRASIL: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS, 1964

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

INFORME DE COLOMBIA

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

A. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

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.

En virtud del Decreto No. 3224 del 9 de diciembre de 1963 se organizó el Ministerio de Salud Pública, que quedó estructurado en la siguiente forma:

Los servicios médicos se organizaron a tres niveles funcionales que cubren todo el territorio del país: a) nacional, b) regional y c) local.

A nivel nacional figura el Ministerio del Ramo, al que incumben las siguientes funciones:

- a) planeamiento general del servicio de salud pública en todo el país;
- b) elaboración de programas detallados a escala nacional, de acuerdo con el orden de prioridad establecido;
- c) establecimiento de normas generales para lograr los objetivos fijados en materia de salud pública;
- d) supervisión, asesoramiento, coordinación y evaluación, en el orden técnico y administrativo, de la ejecución de los programas del propio Ministerio;
- e) estudio de los aspectos económicos de sus planes y programas, a fin de coordinar estos últimos con el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social;
- f) programación, ejecución y supervisión del adiestramiento de personal destinado al Servicio de Salud Pública;
- g) aprobación de los estatutos, reglamentos y demás normas y disposiciones de las entidades benéficas que actúan en el campo de la salud pública, así como también de las instituciones de utilidad común que legalmente precisen tal aprobación.

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; Jurí-

dica; y Control de Drogas y Productos Biológicos. Las Divisiones son las siguientes: Atención Médica, Epidemiología, Saneamiento Ambiental, Servicios Técnicos Auxiliares y Servicios Administrativos.

Estructura de las autoridades medias y locales

La organización a nivel regional comprende una o varias divisiones político-administrativas para la distribución por zonas 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 esta organización regional corresponden las siguientes funciones: a) aplicar las funciones administrativas nacionales a nivel regional, b) adaptar los planes y programas nacionales de salud a las circunstancias y condiciones regionales y locales, c) supervisar, asesorar, coordinar y evaluar el desarrollo de los programas de salud dentro del territorio bajo su jurisdicción. La organización a nivel local está constituida por las dependencias ejecutivas del Servicio de Salud Pública y le corresponde ejecutar los programas de salud pública en una zona 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 Pública con los departamentos, intendencias y comisarías. Estas organizaciones en su gran mayoría cuentan con secciones de Atención Médica, Epidemiología, Saneamiento Ambiental, Servicios Técnicos y Auxiliares y Servicios Administrativos.

Plan Nacional Hospitalario

Existe en teoría un Plan Nacional Hospitalario, autorizado en virtud de la Ley 12 de 1963, que facultó al Poder Ejecutivo para establecer el plan. Sin embargo, todavía el Plan no se ha convertido en realidad.

Coordinación e integración de los servicios

Se están adoptando medidas para estudiar la viabilidad, desde el punto de vista jurídico, de establecer un plan nacional de coordinación e integración de los servicios de salud pública, que ha encontrado considerable resistencia en el sector privado. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud Pública, mantiene el control del ejercicio de la medicina y otras profesiones de la salud. Como en todos los países latinoamericanos, el control de los profesionales no es completo y hay gran número de personal empírico que trabaja en el campo de la atención médica.

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 esos dos planes se hace mención alguna a los programas de seguridad social.

B. INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGURO SOCIAL

La Ley No. 90 de 1946 establece que el Instituto Colombiano de Seguro Social (ICSS) debe proporcionar cobertura a toda la población trabajadora

colombiana y asumir todos los riesgos, es decir, los de enfermedad, accidente, muerte, jubilación, invalidez. En la actualidad, la cobertura de prestaciones está muy restringida a una mínima parte de la población laboral, en razón a las clasificaciones que el Código Sustantivo del Trabajo establece en relación a las obligaciones patronales en cuanto a la salud de 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 seis meses. Las cotizaciones son tripartitas (Gobierno, empleador y trabajador), y su cuantía es proporcional al monto del salario básico del trabajador.

Los servicios de atención médica están organizados mediante la contratación de determinado número de profesionales médicos, odontólogos, enfermeras, técnicos médicos, etc., que atienden bien en dispensarios permanentes, donde solamente se presta tratamiento ambulatorio o en hospitales donde solamente se proporciona tratamiento institucional. Existe también un servicio domiciliario durante las 24 horas del día. Todo el personal médico, técnico y auxiliar de cada organismo de salud está 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 un Asesor Administrativo no médico. El primero se encarga de la supervisión de los servicios científicos y el segundo de las actividades puramente administrativas del hospital.

Los nombramientos son hechos por el Gerente de cada Caja o Sección geográfica del Seguro, previa recomendación del Médico Director de la Sección. En relación con el salario, se ha establecido un promedio como resultado de acuerdos colectivos de trabajo suscritos entre las Directivas del ICSS y las del ASMEDAS, organización gremial del cuerpo médico colombiano de gran influencia en todas las esferas de la actividad nacional.

No existen programas preventivos propiamente dichos en las actividades del ICSS, salvo en cuanto a los servicios de cuidado prenatal, posnatal y de puericultura y los exámenes médicos ordinarios, abreuografías y serologías.

La única relación entre el Ministerio y el Instituto consiste en que el Ministro de Salud Pública o su representante forma parte de la Junta Directiva Nacional del ICSS.

Cuadro 1

COLOMBIA: NUMERO DE HOSPITALES Y DE CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número				Indice por 1,000 habitantes		
		Camas	Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos	Camas Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos
Ministerio de Salud Pública								
191 Hospitales generales		15,503	287,926	3,222,984	1,436,245			
12 Hospitales especializados		4,775	7,586	1,475,235	67,275			
19 Hospitales pequeños		181	3,589	21,491	48,899			
Antioquia								
29 Hospitales generales		1,430	34,194	307,953	114,948			
2 Hospitales especializados		1,580	3,071	422,925	6,238			
4 Hospitales pequeños		37	507	5,975	7,644			
Atlántico								
4 Hospitales pequeños		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 Hospitales pequeños		29	228	750	4,997			
Boyacá								
18 Hospitales generales		1,124	22,470	209,650	93,053			
2 Hospitales pequeños		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 Hospital pequeño		13	104	620	1,282			
Cauca								
1 Hospital general		422	5,858	93,355	28,290			

Cuadro 1 (cont.)

COLOMBIA: NUMERO DE HOSPITALES Y DE CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número				Índice por 1,000 habitantes			
		Camas	Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos	Camas	Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos
Cundinamarca									
21 Hospitales generales		1,662	25,730	344,589	113,967				
1 Hospital especializado		1,154	1,435	477,742	-				
1 Hospital pequeño		12	111	4,225	-				
Chocó									
2 Hospitales generales		109	2,337	18,525	12,778				
1 Hospital pequeño		10	168	1,168	858				
Huila									
8 Hospitales generales		352	5,495	64,071	25,961				
1 Hospital pequeño		8	70	211	-				
Magdalena									
Hospitales generales		149	2,258	20,107	9,337				
Meta									
4 Hospitales generales		213	5,792	49,255	18,073				
Nariño									
5 Hospitales generales		327	5,180	60,667	12,352				
1 Hospital especializado		650	349	231,323	-				
Norte de Santander									
2 Hospitales generales		200	1,430	18,267	11,716				
1 Hospital especializado		94	154	30,870	-				
Santander									
24 Hospitales generales		2,140	36,896	504,396	142,442				
Tolima									
23 Hospitales generales		1,473	22,689	259,110	93,092				

Cuadro 1 (cont.)

COLOMBIA: NUMERO DE HOSPITALES Y DE CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número				Indice por 1,000 habitantes			
		Camas	Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos	Camas	Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos
Valle									
21 Hospitales generales		2,300	48,311	460,207	309,990				
2 Hospitales especializados		495	582	80,435	19,857				
2 Hospitales pequeños		16	381	1,065	276				
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 2

COLOMBIA: INDICES DE UTILIZACION DE LOS HOSPITALES

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice 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
Hospitales pequeños	6.0	19.8	32.4
Instituto Colombiano de Seguro Social			
13 Hospitales	5.2	47.0	67.4

Cuadro 3

COLOMBIA: PERSONAL DE HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS

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		Personal enfermería		Otros cuidados	Otros servicios
	Total	Tiem. po compl.	Total	médicos	Total	Enferm.	Auxil. Par-teras	Total	asist. méd.	Otro pers.	Total	Tiem. po compl.	Total	Enferm.	dos médicos	
Ministerio de Salud Pública																
118 Hospts. grals.	...	...	8,264	3,157	246	2,911	-	292	4,815	...	...	86.8	33.2	2.6	3.1	50.6
11 Hospts. espec.	...	...	1,374	553	37	516	-	32	789	...	...	49.7	20.0	1.3	1.2	28.6
17 Hospts. pequeños	...	...	96	41	1	40	-	1	54	...	...	121.8	52.0	1.3	1.3	68.5
Antioquia																
Hospts. grals.	...	...	695	271	20	251	-	12	412							
Hospts. espec.	50	...	511	286	13	273	-	8	217							
Hospts. pequeños	...	...	20	4	-	4	-	-	16							
Atlántico																
Hospts. grals.	2	...	16	6	1	5	-	-	10							
Hospts. espec.	2	...	8	4	-	4	-	1	3							
Hospts. pequeños	8	...	26	13	-	13	-	1	12							
Bolívar																
Hospts. grals.	113	...	435	183	38	145	-	27	225							
Hospts. espec.	9	...	74	4	-	4	-	1	69							
Hospts. pequeños	6	...	13	8	-	8	-	-	5							
Boyacá																
Hospte. grals.	95	...	541	171	14	157	-	25	345							
Hospts. pequeños	1	...	8	2	-	2	-	-	6							
Bogotá																
Hospts. grals.	248	...	883	424	71	353	-	59	400							
Hospts. espec.	59	...	223	83	12	71	-	12	128							
Caldas																
Hospts. grals.	163	...	984	336	3	333	-	16	632							
Hospts. espec.	11	...	93	20	-	20	-	1	72							
Hospts. pequeños	1	...	4	1	-	1	-	-	3							

Cuadro 3 (cont.)

COLOMBIA: PERSONAL DE HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS

Hospital o grupo de hospitales	Número										Proporción por 100 camas ocupadas					
	Médicos		Total excl. médicos		Personal de enfermería			Otro pers. asist. méd.		Médicos		Personal enfermería		Otros cuidados médicos		
	Total	Tiempo compl.	Total	médicos	Total	Enferm.	Auxil. Par-teras	Otro pers. asist. méd.	Otro pers.	Total	Tiempo compl.	Total	Enferm.	Otros médicos	servicios	
Tolima																
Hospts. grals.	55		455		192	9	183	-	9	254						
Valle																
Hospts. grals.	443		1,896		735	62	673	-	65	1,096						
Hospts. espec.	20		292		119	12	107	-	6	167						
Hospts. pequeños	2		10		4	-	4	-	-	6						
Instituto Colombiano de Seguro Social																
13 Hospitales	621	362	2,327	1,365	128	1,230	7	242	720	32.3	18.8	121.0	71.0	6.7	12.6	37.4

Cuadro 4

COLOMBIA: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DE PERSONAL HOSPITALARIO

Hospital o grupo de hospitales	Proporción				Porcent. de aux. de enf. adiestr.	Porcentaje de personal en la asistencia médica	
	Enfermeras por médicos		Pers. enferm. por médicos				Aux. de enferm.
	(1)	(2)	(1)	(2)			
Ministerio de Salud Pública <u>a/</u>							
Hospitales generales	...	...	...	...	11.8	40	41
Hospitales especializados	...	...	...	...	13.9	20	43
Hospitales pequeños	...	...	...	...	40.0	62	44
Instituto Colombiano de Seguro Social	0.2	0.4	2.2	3.8	9.6		76

a/ Excluidos los médicos.

(1) Basado en el total de médicos.

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

Cuadro 5

COLOMBIA: TIEMPO (EN MINUTOS) DE SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA POR DIA Y POR CAMA OCUPADA

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

Cuadro 6

COLOMBIA: COSTOS DE HOSPITALIZACION Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS

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 consulta de paciente externo
Ministerio de Salud Pública						
191 Hospitales generales	3,222,984	11.2	1,436,245	39.33	440.50	14,395
12 Hospitales especializados	1,475,235	194.5	67,275	16.67	3,242.32	6,101
19 Hospitales pequeños	21,491	6.0	48,899	22.69	136.14	8,305
Instituto Colombiano del Seguro Social						
9 Hospitales	403,912	5.2	416,975	86.21	448.29	31,553
						17.24

Cuadro 7

COLOMBIA: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA
QUE FACILITARON DATOS

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 pa- cientes externos en hos- pitales generales	191	...	81	77
12 Consultorios de pa- cientes externos en hos- pitales especializados	12	...	6	6
19 Consultorios de pa- cientes 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

COLOMBIA: UTILIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS PRESTADOS

Institución	Población		Porcentaje de sollicitantes	Número				Índice por 100 habitantes			Consultas por 100 sollicitantes		Proporción por 100 consultas méd.										
	Abarcada	Sollicitante		Consultas Médicas	Otras	Visitas a domicilio	Inmunizaciones	Exámenes de lab.	Rayos X	Consultas		Otras Médicas											
										Médicas	Otras			Visitas a domicilio	Inmunizaciones	Exámenes de lab.	Rayos X						
Ministerio de Salud Pública	...	...	...	1,436,245	137,706	...	81,895	848,311	113,177	...	...	...	59.1	7.9						
191 consultorios de pacientes externos en hosp. generales	...	...	...	68,275	15,453	...	-	67,870	30,433	...	...	...	99.4	44.6						
12 consultorios en hosp. pec.	...	...	...	48,899	3,407	...	1,315	-	-	...	...	...	...	...				
19 consultorios en hosp. pequeños	...	...	...	2,804,012	2,645,113	290,537	756,739	587,101	136,319	...	...	...	20.9	4.9						
509 instituciones de consulta externa	...	...	...	222,756	205,792	92.4	1,241,128	593,935	38,062	89,473	506,333	59,852	557.2	266.6	17.1	40.2	603.1	288.6	40.8	4.8
Instituto Colombiano de Seguro Social	...	...	...	333,449	...	...	-	218,471	12,157	178.8	...	...	...	...	...	...	...	...	65.5	3.6
Antioquia y Valle	...	...	...	129,104	...	...	-	36,281	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	28.1	...
Bogotá	...	...	...	124,498	366,027	11,873	-	68,151	5,498	287.5	845.2	27.4	-	-	-	-	-	-	54.7	4.4
Consult. central	14,218	7,163	50.4	30,260	28,980	117	-	16,259	1,149	212.8	203.8	0.8	-	-	-	-	-	-	422.4	404.6	53.7	3.8	
Otros 9 consult. Caldas																							
5 consult. Magdalena																							

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

Cuadro 2

COLOMBIA: PERSONAL DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA

Hospital	Médicos		Dentistas		Otro personal			Tiempo del médico por consulta (en minutos)	Tiempo de enfermería por consulta	
	Personas	Horas	Personas	Horas	Total	Enfermería			Total	Enferm.
						Total	Enferm. Auxil.	Parte-ras			Otro pers.
Ministerio de Salud Pública										
119 consultorios de hospitales generales a/							...	23	2	
12 de hospitales especializados a/							...	14	1	
19 hospitales pequeños a/							...	35	1	
509 establecimientos de consulta externa	1,722	...	561	...	6,652	2,570	155	2,415	-	4,082
Instituto Colombiano de Seguro Social										
Bogotá										
10 consultorios	267	1,061	70	280	168	83	6	77	-	85
Antioquia										
1 consultorio	254	889	109	350	458	254	-	254	-	204
Caldas										
5 consultorios	60	...	15	...	45	27	-	27	-	18
Magdalena										
3 consultorios	16	37	2	5	12	8	-	8	-	4
Valle										
10 consultorios	175	459	39	155	324	140	10	130	-	184

a/ Para los datos sobre el personal, véase cuadro correspondiente a los hospitales.

Cuadro 10

COLOMBIA: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS

Hospital	Costo medio	Costo mediano
Ministerio de Salud Pública		
191 hospitales generales	7.87	
12 hospitales especializados	3.33	
19 hospitales pequeños	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	

INFORME DE COSTA RICA

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

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

En la actualidad, las actividades en el campo de la salud en Costa Rica se llevan a cabo por las siguientes instituciones:

1) El Ministerio de Salubridad Pública, que cuenta con una Dirección General de Salubridad, que se ocupa fundamentalmente de los servicios preventivos, y con una Dirección General de Asistencia Médico-Social, que tiene a su cargo el sistema hospitalario nacional.

2) La Caja Costarricense de Seguro Social, que atiende a la población asegurada (22% del total de los habitantes del país) esencialmente en el aspecto curativo y de restablecimiento.

3) El Instituto Nacional de Seguros, monopolio estatal que presta servicios de atención médica mediante profesionales que trabajan bajo contrato.

4) La Compañía Bananera, organismo privado que ayuda a sus trabajadores en materia de atención médica y en algunos aspectos del saneamiento del medio. Por otra parte, las municipalidades destinan parte de su presupuesto de salud pública a actividades de saneamiento del medio.

El Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado, que tiene a su cargo las instalaciones y actividades en ese campo específico, y otras organizaciones de salud, de carácter privado, facilitan fundamentalmente servicios de atención médica.

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

Del Despacho del Ministro dependen las Direcciones Generales de Salubridad y Asistencia Médico-Social, encargadas, respectivamente, de los aspectos de medicina preventiva y curativa, y la Dirección Administrativa, cuyas funciones son las habituales en esa materia.

La Dirección General de Salubridad es el organismo normativo en materia de prevención y promoción de la salud y dicta las medidas que han de ser aplicadas por los servicios locales. Algunos departamentos centrales tienen funciones ejecutivas correspondientes a programas o campañas sanitarias específicas cuyo desarrollo se les ha confiado.

La Dirección General de Asistencia es el organismo técnico, directivo y administrativo del "sistema hospitalario nacional". La política de los servi-

cios asistenciales está determinada por el Consejo Técnico, integrado por representantes de las instituciones que participan en el sistema.

La denominación de "sector hospitalario" sugiere algún grado de regionalización en los servicios de atención médica, pero en realidad sólo responde a una clasificación geográfica y no funcional. El paciente puede acudir libremente al consultorio o institución hospitalaria que más le convenga para el tratamiento.

La multiplicidad de instituciones y la falta de definición de los campos de actividad de cada una de ellas, ha impedido que en el pasado hubiera una coordinación eficaz de la labor que llevan a cabo.

En casi todos los aspectos 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 centralizada a la que están directamente subordinados los hospitales, unidades sanitarias o dispensarios sin que exista una coordinación de servicios a nivel local, lo que ha dado lugar a una duplicación de esfuerzos y a la utilización inadecuada de los recursos e instalaciones disponibles.

En 1965 se inició un Plan de Regionalización en Salud que cubrió inicialmente la Región I en el área noroeste del país; por otra parte está en marcha un amplio plan para la coordinación de actividades curativas y preventivas, entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salubridad Pública, a fin de evitar la superposición de zonas de competencia de los distintos servicios y lograr un mayor rendimiento.

Se calcula que los servicios de salud, integrados por unidades sanitarias y dispensarios del Ministerio de Salubridad Pública y de la Caja Costarricense de Seguro Social, cubren el 60% de la población del país.

Para ampliar el campo de acción se crearon unidades móviles que atienden a aquellas poblaciones rurales donde no hay instituciones o servicios permanentes de salud; prestan prevención y curación a unos 280,000 habitantes de dichas zonas.

Las instituciones gubernamentales, autónomas y privadas invirtieron en 1951 en diversas actividades de salud la suma de 42,194,142 colones, inversión que ascendió en 1963 a 115,096,864 colones, es decir, que en un período de trece años se triplicó. En relación al presupuesto general de la administración pública, el monto asignado a medicina preventiva disminuyó del 4.1% en 1951, al 2.0% en 1963.

En cuanto a los gastos de funcionamiento de las instituciones de atención médica dependientes del Ministerio de Salubridad Pública, en 1951 sumaron 22,568,930 colones, ascendiendo a 49,782,950 colones en 1963.

Los gastos de la Caja Costarricense de Seguro Social aumentaron de 9,366,735 colones en 1951 a 49,607,647 colones en 1963, con una población asegurada de 82,157 y 294,847 personas, respectivamente.

En general, la economía nacional pudo sostener con dificultad su ritmo de crecimiento en el período comprendido entre 1950 y 1962, y más bien existió

una tendencia a la disminución de dicho ritmo a partir de 1965, año en que comenzaron a bajar los precios del café en el mercado mundial.

Si se mantiene la elevada tasa de crecimiento de la población, que es del 3.7% anual, el número de habitantes del país, que según el censo de 1954 ascendía a 1,356,000, se duplicará en un período de 19 años. Costa Rica es un país de "población joven", que acusa una alta natalidad y un descenso en la mortalidad general e infantil. Esa "población joven" representa un factor muy importante y costoso para la nación en el contexto de su desarrollo social.

Una característica notable en la estructura de la economía costarricense es la alta concentración de la población y de la actividad socioeconómica en la meseta central.

El Censo Industrial efectuado en 1958 indicó que el 83.6% de los bienes de capital del país estaban instalados en dicha región.

La serie de problemas sociales planteados en esa zona geográfica, tales como los de la vivienda, escuelas y servicios de salud, exige un cambio de política.

Esos problemas se agudizaron con la erupción volcánica registrada en 1963-1964, que afectó la zona más poblada y de más actividad económica del país, es decir, la meseta central. La ceniza volcánica produjo grandes estragos en los animales y equipo y además la erupción dió lugar al cambio de cauce de algunos ríos produciéndose inundaciones en una época y escasez de agua en otra, así como la destrucción de importantes instalaciones industriales.

El censo de 1963 señaló que el 34.5% de las viviendas estaban en estado regular y el 33.8% 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 condiciones salubres. El 25.3% de las viviendas carecen de servicios sanitarios y el 50% no disponen de instalaciones con las mínimas condiciones indispensables.

En cuanto a la instrucción, el censo de 1963 dió una proporción de 14.6% analfabetos, mayores de 10 años, en el conjunto de la población.

La tasa de mortalidad general por 1,000 habitantes fue del 12.2 en 1950, reduciéndose al 8.5 en 1962. La tasa de mortalidad infantil registrada en 1950 fue del 90.2 por 1,000 nacidos vivos, disminuyendo al 65.8 en 1962. La tasa de mortalidad que más descendió en dicho período fue la correspondiente al grupo de 1 a 4 años registrándose un 16.3 por 1,000 en 1950 y un 7.5 en 1962.

Los porcentajes de mortalidad de 0 a 4 años sobre la mortalidad general en el período citado se mantuvo entre 50.6 y 52.3, aunque la población en ese grupo de edad aumentó del 16.5% al 20.7% en 1963, con respecto a la población total.

En los últimos diez años, las diez primeras causas de defunción se han mantenido sin variación alguna y las cuatro primeras han sido las siguientes: gastroenteritis y colitis; enfermedades del aparato circulatorio; tumores, neumonía y bronconeumonía, y representaron el 42.1% del total de las defuncio-

nes ocurridas en 1962.

B. PLANES NACIONALES DE SALUD

En 1963-1964, se hizo un estudio nacional del sector salud que comprendió los siguientes aspectos: 1) conocimiento básico preliminar; 2) información sobre el estado de salud del país; 3) examen de los problemas y finalidad del plan; 4) plan de acción a desarrollar. El estudio sirvió de base para establecer un orden de prioridades, teniendo debidamente en cuenta las necesidades más apremiantes de los grupos sociales de bajos ingresos del país.

Para preparar el citado estudio se creó la Oficina de Planificación, que realizó su labor a nivel central, por no disponerse de datos sobre la situación general ni de personal capacitado para su recopilación.

La citada Oficina de Planificación del Ministerio de Salubridad Pública colaboró estrechamente con los servicios competentes en materia de educación, vivienda, transportes, agua y alcantarillado, coordinando sus actividades a nivel de la OFIPLAN (Oficina Nacional de Planificación).

A través de la OFIPLAN se integró el Plan de Salud, en sus lineamientos generales, a los planes de desarrollo social y económico.

En 1955 se pasó de un período de conversión de una programación ortodoxa a una planificación metodológica, que en la actualidad se está aplicando en parte.

Se han formulado programas en escala nacional, estableciéndose metas anuales basadas en los recursos disponibles y los previsibles. Además se han establecido normas de rendimiento a fin de evaluar el progreso de los programas.

Con el propósito de coordinar las actividades de planificación entre los distintos subsectores en el campo de la salud se celebran reuniones para establecer unidades de planificación, determinar sus funciones, el adiestramiento de personal y las bases metodológicas para revisar la situación y formular planes de aplicación en el campo de actividades de cada subsector.

En algunos programas de salud iniciados en 1965, han participado otros sectores activos en el proceso de desarrollo, como por ejemplo el de educación, y se ha contado también con la participación económica de las municipalidades.

Uno de los objetivos del Plan Nacional de Salud consiste en facilitar mejor atención a un sector y servicios amplios a la población, perfeccionando para ello las técnicas y adoptando nuevos métodos para extender la cobertura.

Se ha establecido asimismo un plan de inversiones, ya se trate de ampliar o modernizar las instituciones de salud existentes o construir otras nuevas. La política del cuatrienio 1965-1968 es aprovechar mejor las instituciones con que cuenta la Caja Costarricense de Seguro Social. La expansión progresiva del número de asegurados de esta Caja hace necesario ampliar durante dicho cuatrienio en 1,500 las camas disponibles en sus instituciones, distribuidas en cuatro establecimientos, así como la construcción y habilitación

de 16 nuevos dispensarios.

C. LEY GENERAL DE ASISTENCIA MEDICO-SOCIAL

A continuación figuran las principales disposiciones de esta Ley que rige la prestación de asistencia médico-social en el país:

"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 5 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".

D. REGLAMENTO GENERAL DE LOS HOSPITALES NACIONALES

He aquí las disposiciones más importantes del Reglamento que rige el funcionamiento de los 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 colones o una renta fija anual menor de 5,000 colones 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 colones por cada persona a su cuidado, ya sea menor de edad, anciano o inválido.

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

E. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Finalidades y campos de actividad de la Caja

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 en la Constitución Política de Costa Rica y la Ley Constitutiva de la Caja.

Esta institución fue creada en virtud de la Ley No. 17, de 22 de octubre de 1943, cuyo Artículo 1 dice así:

"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".

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 este cometido, la Caja se ha organizado para atender los servicios que demandan sus asegurados en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, con protección familiar; así como para administrar los fondos y abonar las prestaciones a los trabajadores asegurados en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. El trabajador asegurado de acuerdo con esos regímenes recibe protección desde que nace hasta que muere.

Dentro del Régimen de Enfermedad y Maternidad, con protección familiar, la Caja protege al trabajador y a los familiares a su cargo. 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 incluyó un artículo transitorio, en virtud del 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 supuesto 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 dar una idea más exacta de los objetivos de la Caja Costarricense de Seguro Social y sus campos de actividad, a continuación se reproducen los Artículos 2, 3, 4 y 5 de la Ley por la que fue creada. Dicen así:

"Artículo 2. 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 3. 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) 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 estos 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 1,000 colones por mes (Modificado en virtud de la Ley No. 2278 de 28 de octubre de 1958).

Artículo 4. 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 aquellos 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 5. 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 3, los beneficios a que tendrá derecho el interesado".

Organización administrativa y técnica de la Caja

Para hacer frente a las obligaciones y cumplir los objetivos que señala la Ley indicada, la Caja Costarricense de Seguro Social procedió a la organización administrativa y técnica necesaria.

En sus 21 años de funcionamiento, ha logrado ocupar un puesto relevante en la organización de Instituciones de Seguridad Social, hasta el punto de que se le consulta y se solicita su asesoramiento en otros países de Centroamérica. Por otra parte, su organización administrativa y técnica ha dado los resultados satisfactorios previstos tanto para el país como para los asegurados. Se trata, pues, de una organización consolidada, responsable de su misión y celosa en el cumplimiento de sus atribuciones.

La administración superior de la Caja está confiada a la Junta Directiva, integrada 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.

Los miembros de la Junta designan un Vicepresidente cada período anual.

A la Junta Directiva le corresponde fijar la orientación general de la Caja; formular su política; aprobar sus programas y presupuestos; resolver las apelaciones que se presenten sobre resoluciones de la Gerencia, nombrar al Gerente, Subgerente y Auditor; dictar los reglamentos; supervisar la gestión administrativa; y ejercer todas aquellas funciones necesarias en las actividades extraordinarias de la Institución.

La Junta Directiva tiene una Secretaría, que depende administrativamente de la Gerencia y se encarga de levantar las actas de las reuniones que celebra, en las que se consignan sus deliberaciones y resoluciones, así como de la comunicación de acuerdos y demás actividades corrientes.

La Junta Directiva nombra al Auditor, quien tiene a su cargo las actividades financieras y fiscaliza en todas las dependencias de la Caja. Por lo tanto, le corresponde vigilar la estricta aplicación del presupuesto; verificar la contabilidad; y efectuar arqueos y comprobaciones de cuentas. Para desempeñar tales funciones, la Auditoría cuenta con los inspectores y auxiliares necesarios, y tiene una Sección de Control, que específicamente atiende los casos en que se requiere efectuar investigaciones y ejercer las actividades de fiscalización que concretamente le encomiende el Auditor.

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

La Gerencia cuenta, para el cumplimiento de sus funciones, con las siguientes dependencias: Departamento Financiero con sus Secciones Departamento Actuarial; Organización Médica con sus dependencias; Departamento Legal; 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 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 ello los registros contables y los controles necesarios; la Sección de Tesorería, que se encarga de custodiar los valores de la Caja y manejar los fondos que ingresan y egresan de la Institución; la Sección de Almacenes, que recibe, custodia y distribuye los materiales, equipo, mercancías, etc., que necesitan las diferentes dependencias de la Caja; la Sección de Prestaciones en Dinero, que tramita todos los servicios y garantías que en dinero efectivo corresponden a los asegurados, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias de la Caja; la Sección de Contabilidad, que lleva los libros y registros, 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; la administración y ejecución 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 base a la política institucional y a la labor de dirección de la Gerencia. Para su trabajo cuenta con la Sección de Estadística, que se encarga de la investigación y el control estadístico de todas las operaciones de la institución, sobre todo las que se refieren a los servicios que se prestan a los asegurados, facilitando elementos de juicio valiosos para la administración.

Departamento Legal. Le corresponde asesorar a la Junta Directiva y a la Gerencia en materias 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 asesores jurídicos.

Secretaría General. Le corresponde ayudar a la Gerencia en la tramitación de reclamaciones, peticiones, resoluciones, así como en la gestión administrativa de la Caja, y dirigir y supervisar directamente a las siguientes dependencias: la Oficina de Servicios Misceláneos, que presta servicios de encuadernación, reproducción, reparación de máquinas y equipo de oficina, y otras labores similares; la Oficina de Transportes, que maneja los vehículos de la Caja, los mantiene y repara, y presta los servicios de transporte requeridos; la Oficina de Archivo, que es depositaria de todas las nóminas 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 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; la Sección de Afiliación, que aplica y supervisa el empadronamiento de los asegurados y verifica la vigencia de sus derechos; y 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.

Además existen 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 por los procedimientos definidos de licitación privada o pública.

Sección de Personal. Se ocupa de la administración de personal, conforme las normas establecidas 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 la Finca "La Caja". 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 relacionados con el funcionamiento de esta finca.

Sección de Máquinas IBM. Tiene a su cargo y ejecuta todos los procedimientos mecanizados en la Caja y 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 se encarga del planeamiento de las obras que realiza la Caja en sus programas de extensión, así como del 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 un estrecho contacto entre esta Sección y la Subgerencia, 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 conservación y reparación de las diversas instalaciones de la Institución.

Sección de Sucursales. Le incumbe 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.

Organización Médica

La Organización Médica de la Caja, 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 directamente a cargo de la Subgerencia, que tiene un Asistente encargado de supervisar la labor de los dispensarios y hospitales regionales. En esta forma se ejecuta la política que determinen 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.

E. REGLAMENTO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

He aquí las principales disposiciones que rigen la aplicación de este Seguro:

"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 indican;
- 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.

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 aquellos en posesión notoria de estado, sujeta a comprobación por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (Acordado en Sesión No. 3130, Artículo 6, 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 esta 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 1
COSTA RICA: NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número				Índice 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	481,956	1,170	34,600	409,869	195,453	2.4	71.8	850.4	405.5
Seguro Social									
Hospital Central	128,343	428	13,265	136,470	440,796	3.3	103.4	1,063.3	3,434.5
Ministerio de Salubridad Pública									
16 hospitales generales	1,267,158 a/	3,360	110,818	870,578	447,953	2.7	87.5	687.0	353.5
Seguro Social									
3 hospitales generales	331,363	544	19,143	166,144	499,439	1.6	57.8	501.4	1,507.2
Ministerio de Salubridad Pública									
16 centros rurales	236,307 a/	202	4,666	14,331	9,628	0.9	19.7	60.6	40.7
4 hospitales especializados	1,387,000	1,793	2,299	401,851	13,442	1.3	1.7	289.7	9.7
Total del 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 2

COSTA RICA: INDICES DE UTILIZACION DE LOS HOSPITALES, 1964

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice 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 3

COSTA RICA: PERSONAL DE HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS, 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		Total	Total	tiempo compl.	Total	Total Enferm.	Otros médicos	Total	Otros servicios		
Ministerio de Salubridad Pública	185	142	1,051	475	60	415	-	31	545	14.9	11.5	84.9	38.4	4.8	2.5	44
San Juan de Dios																
Seguro Social	66	...	500	254	90	164	-	12	234	17.7	...	134.0	68.1	24.1	2.1	63
Hospital Central																
Ministerio de Salubridad Pública	393	302	2,949	1,185	186	999	-	122	1,642	14.7	11.3	110.0	44.2	6.9	4.6	61
16 hospits. generales																
Seguro Social	79	...	637	296	97	199	-	20	321	16.3	...	131.1	60.9	20.0	4.1	66
3 hospits. generales																
Ministerio de Salubridad Pública	17	11	108	44	16	28	-	3	61	35.4	22.9	225.0	91.7	33.3	6.2	127
16 centros rurales																
4 hospits. espec.	55	...	746	146	31	115	-	33	567	3.3	...	45.1	8.8	1.9	2.0	34

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 de que en Costa Rica las parteras sean enfermeras-parteras.

Cuadro 4

COSTA RICA: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DE PERSONAL HOSPITALARIO, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Proporción					Porcent. de aux. de enf. adiestr.	Porcentaje de personal en la asistencia médica
	Enfermeras por médicos		Pers. enferm. por médicos		Aux. de enferm.		
	(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 5

COSTA RICA: TIEMPO (EN MINUTOS) DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA
POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 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 6

COSTA RICA: COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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 Salubridad Pública						
San Juan de Dios	414,055 a/	11.8	195,453	33.27 b/	392.59	12,177
Seguro Social						
Hospital Central	136,470	10.3	440,796	75.72 b/	779.92	27,714
Ministerio de Salubridad Pública						
16 hospitales generales	891,818 a/	7.9	447,953	39.20 b/	309.68	14,347
Seguro Social						
3 hospitales generales	166,144	8.7	499,439	72.12 c/	627.44	26,395
Ministerio de Salubridad Pública						
16 centros rurales	15,703 a/	3.1	9,628	55.85 b/	173.14	20,441
4 hospitales especializados	603,098 a/	174.8	13,442	16.97	2,966.36	6,211

a/ Días del censo.

b/ Excluidos los costos de amortización y reformas locales, y sobre la base del supuesto de que el costo de cinco consultas externas equivale a un día de hospitalización.

c/ Incluidos los gastos de capital, que ascienden aproximadamente al 5% de los egresos correspondientes a 1964.

Cuadro 7

COSTA RICA: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA
QUE FACILITARON DATOS, 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 10

COSTA RICA: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS, 1964

Hospital	Costo medio	Costo mediano
Ministerio de Salubridad Pública		
Departamentos hospitalarios de pacientes externos	7.84 <u>a/</u>	...
Centros de salud	29.30	...
Seguro Social	21.70	20.63

a/ Sobre la base del supuesto de que el costo de cinco consultas de pacientes externos equivale a un día-paciente de hospitalización.

INFORME DE CHILE

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 este 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 único "encargado de proteger la salud por medio de acciones sanitarias y de asistencia social y atenciones médicas preventivas y curativas".

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) Prestar 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 prenatal y puerperal, con el pago de un subsidio de maternidad; y dar auxilio de lactancia a las que amamanten a sus hijos, siempre que estos no reciban alimentos suplementarios; y
- 5) Otorgar subsidios de reposo preventivo a sus imponentes.

Doctrina y política del Servicio Nacional de Salud

El contexto doctrinario que informa las actividades del Servicio Nacional de Salud, es la respuesta a los problemas del país en ese aspecto y está en consonancia con el proceso evolutivo y con las transformaciones que ha experimentado su medio socioeconómico 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 medicosocial. En consecuencia, su doctrina tiene fundamentos sociológicos, económicos, médicos, administrativos y legales, y en virtud de estos, sostiene que:

1) La salud no es un atributo del hombre aislado. La comunidad está influida, 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 este, 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 aquella, realizar los esfuerzos necesarios, tendientes a modificar los demás elementos del medio que quedan fuera del radio específico de acción del Servicio, como son: el salario, la alimentación, la vivienda, la educación, el recreo, las 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 actividades que se propone, el Servicio Nacional de Salud ha definido 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 otro de los principios que inspiran su labor. 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.

De acuerdo con los conceptos enunciados, la política de acción del Servicio Nacional de Salud responde a los siguientes principios fundamentales:

- 1) La asistencia médica debe ser racional, económica y humanitaria, lo que implica orientación científica y planificación de sus actividades, máxima eficiencia o productividad de los recursos combinados que se emplean y respeto a la dignidad humana.
- 2) La elaboración de los planes, programas y proyectos, debidamente valorados en su contenido científico, técnico y económico, son los elementos fundamentales de su política de acción, de 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 vista de 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, estos deben abordarse a través de una planificación local por "áreas programáticas". En consecuencia, ha creado la estructura de "Área Hospitalaria", cuya delimitación prevé 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 contribuyan a su autosuficiencia.
- 4) Reconociendo que la salud es un proceso local, concede 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 máxima prioridad a la recuperación de la salud, sin que ello signifique subvalorar los otros aspectos o menoscabar su armónica interrelación.
- 6) Por razones similares, se 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 con las necesidades de salud de las comunidades.
- 8) El perfeccionamiento constante de su sistema de asistencia médica es también parte integrante de esta política.

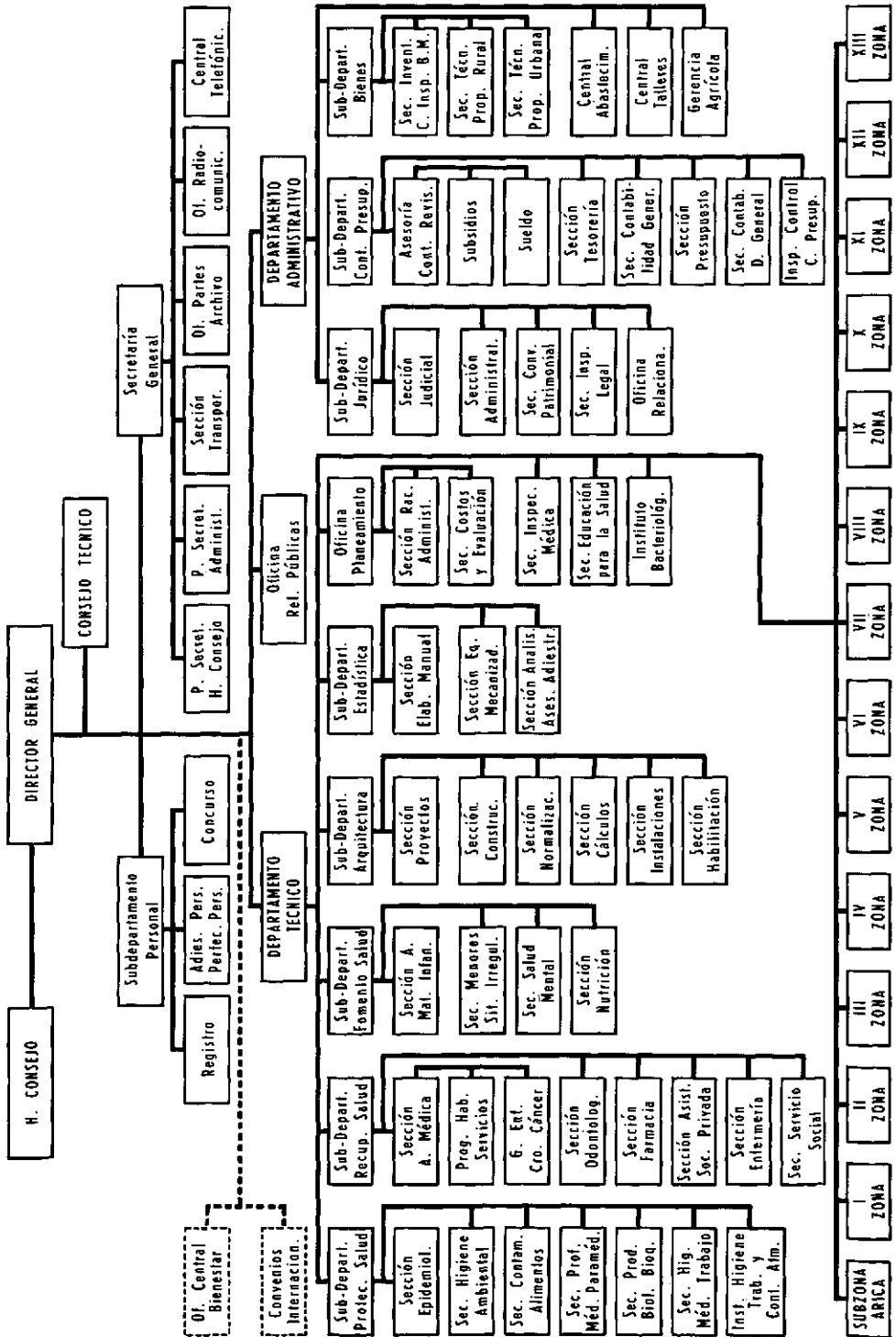
Organización y estructura

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 Secretaría 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.

GRAFICA DE ORGANIZACION DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD DE CHILE, 1966



La Dirección General ejerce su autoridad a través de sus dos Departamentos, que tienen competencia nacional y bajo los cuales se encuentran las dependencias que integran el Servicio.

El Departamento Técnico tiene funciones normativas, de asesoría, inspección técnica y de control, planificación y evaluación. Cuenta con los Subdepartamentos de Protección, Fomento y Recuperación de la Salud; Arquitectura; Estadística, y la Oficina de Planeamiento. Entre otras, existen las Secciones de Inspectoría Médica; Costos y Evaluación; Educación para la Salud; Instituto Bacteriológico, e Higiene Ambiental.

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

La composición de todos los Subdepartamentos y Secciones puede verse en el organograma adjunto.

La Secretaría General es el organismo coordinador de los servicios internos de la Dirección, sin funciones directivas ni ejecutivas.

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 de las actividades de la Dirección General, y llevan a cabo su labor por medio de los hospitales.

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

El sistema de asistencia médica

La asistencia médica se presta mediante un sistema funcional, en el que participan diversos organismos.

Para los efectos de la organización administrativa y técnica el país está dividido en Zonas de Salud y estas 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, pero se considera que es 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 que aconseje el proceso de desarrollo.

Las Zonas son las dependencias regionales descentralizadas del Servi-

cio, cuyas Direcciones tienen a su cargo la coordinación y la responsabilidad del cumplimiento de los programas, en su territorio jurisdiccional.

Áreas Hospitalarias. Las Zonas de Salud están divididas en Áreas 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 Áreas 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 material médico de este territorio.

El número de Áreas Hospitalarias asciende en la actualidad 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, equipo, condiciones estructurales, recursos económicos, etc.--para la labor de fomento, protección y educación hacia el exterior, y dispone de camas para enfermos, con el objeto de perfeccionar un diagnóstico o efectuar un tratamiento que obligue al internamiento del enfermo.

En consecuencia, este hospital es la base fundamental en la cual descansa 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, suburbana 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 socioeconómica de su población y limitada por la capacidad actual de sus establecimientos. De todo ello se desprende que, a medida que los grupos de población se alejan de los centros hospitalarios, estos no son capaces, por sí mismos, de proporcionar 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 médicas rurales; pero la suma de todas las actividades desarrolladas 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 actividades encargadas a los hospitales por medio de los denominados Consultorios Externos, Consultorios Especializados, Consultorios Generales, Consultorios Maternoinfantiles o Periféricos, Servicios de Urgencia, Hospitales Tipo "D", Postas y Estaciones Médicas 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.

Importancia de los consultorios en la asistencia médica

El Servicio Nacional de Salud considera los Consultorios como el principal elemento del sistema de asistencia médica, porque es en ellos donde mejor se pueden cumplir las prestaciones, en atención a las características de la morbilidad en el país, cantidad y calidad de los recursos, y el marcado predominio de la patología de menor gravedad.

Los Consultorios desempeñan, además, un importante papel en los programas de recuperación de la salud. En ellos, el Servicio tiene el primer contacto con el enfermo para formular una hipótesis diagnóstica, hacer un diagnóstico, facilitar 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 interrelación entre la labor de recuperación, protección, fomento y educación para la salud, pues en él se efectúan las inmunizaciones, el suministro 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 la eficacia o deficiencia de nuestra organización.

B. SERVICIO MEDICO NACIONAL DE EMPLEADOS

El Servicio Médico Nacional de Empleados se estableció 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 semifiscal 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 preside;
- b) El Vicepresidente Ejecutivo, que lo preside 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 Nacional;
- 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 el Servicio

El Artículo 4 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 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 No. 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 2% 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 Subsección de 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 reconocida, 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) Prestar 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 para servicios médicos y dentales a los imponentes activos y pasivos, de acuerdo con el reglamento;

12) Conceder a los empleados particulares, imponentes activos de la Caja de Previsión de Empleados Particulares, las ayudas económicas establecidas en el Art. 4 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 Subsección de 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 facilita el Servicio

En primer lugar es necesario destacar que el Servicio Médico Nacional de Empleados tiene 437,000 afiliados, de los cuales 180,000 son imponentes públicos, 220,000 empleados particulares, 25,000 pertenecen a Organismos Auxiliares de Previsión y 12,000 a la Caja de la Marina Mercante Nacional.

Los empleados particulares reciben 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 los familiares a su cargo--que suman 434,000--en lo relativo a la medicina curativa.

Atenciones que presta el Servicio. El Servicio Médico Nacional de Empleados, a través de sus diferentes servicios regionales, equipos y delegaciones médicas, presta las siguientes atenciones:

- 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 del recién nacido;
- f) atenciones dentales;
- g) exámenes de jubilación, y
- h) exámenes de admisión.

Beneficios en efectivo:

- a) subsidios maternales;
- b) lentes y aparatos ortopédicos;
- c) subsidios de reposo según las Leyes 6,174 y 11,462;
- d) auxilios para el traslado de enfermos;
- e) auxilios a empleados particulares en virtud del Decreto No. 2,096;
- f) auxilios a imponentes por cáncer;
- g) pensiones de invalidez y jubilación, y
- h) préstamos para servicios médicos.

Financiamiento del Servicio

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

- 1) Con la cotización patronal del 1% sobre los sueldos, comisiones y jornales que establece el Artículo 8 de la Ley 6,174;
- 2) Con el aporte del 2.5% de los ingresos brutos de las Instituciones de Previsión que se indican en el Decreto con Fuerza de Ley 286, de 1960, establecido en el Artículo 8 de la misma Ley;
- 3) Con los aumentos del 50% de los aportes establecidos en los párrafos anteriores, que haya decretado o decreto el Presidente de la República en virtud de la autorización que le confiere el Artículo 9 de la Ley 6,174;
- 4) Con el 2% de los ingresos brutos de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, en conformidad con lo dispuesto en el Artículo 45 del Decreto con Fuerza de Ley 1,340 bis;
- 5) Con el 4% de los ingresos de la Subsección de Imprentas y Obras del Departamento de Periodistas de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, conforme a lo establecido en el Artículo 68 de la Ley 10,621;

6) Con el aporte del 5% de los ingresos a que se refiere el Artículo 67 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;

7) Con el 2% 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;

8) Con el 1% del interés que producen los capitales acumulados, a que se refiere el Artículo 4 del Decreto con Fuerza de Ley 2,096, de 31 de diciembre de 1927;

9) 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;

10) Con los ingresos propios derivados de las prestaciones tarifadas que otorga el Servicio;

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

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

13) 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 16;

14) Con el aporte señalado en el Artículo 45 de la Ley 10,223, para cuyo efecto deben consultarse los fondos necesarios en la Ley de Presupuestos de la Nación;

15) Con las multas que se apliquen de conformidad con lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 6,174, debiendo entenderse que la referencia del Artículo 1, 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

16) Con los demás ingresos que estipulen las leyes.

El presupuesto para el ejercicio de 1965 alcanzó la suma de 38,805,000 escudos.

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 semifiscal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyas relaciones con el 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.

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

El Consejo Directivo está integrado por los siguientes miembros:

- 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

Son las siguientes:

- a) Contratar el seguro de accidentes del trabajo y otorgar las prestaciones medicoasistenciales y pecuniarias que procedan, respecto a los trabajadores accidentados cuyos patronos o empleadores se encuentren cubiertos por pólizas suscritas con la Caja;
- b) Calificar y aceptar la garantía que deben constituir los patronos no agrupados, de conformidad con lo dispuesto en el inciso 3o. del Artículo 261 del Código del Trabajo;
- c) Calificar y aceptar la garantía que deben constituir los patronos 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 lo estipulado en el párrafo 1 del Artículo 22 de la Ley 4,055, de accidentes del trabajo; (hoy 10,383);
- d) Efectuar el servicio de pensiones, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2 del Artículo 22 de la Ley 4,055; (hoy 10,383);
- e) Administrar el Fondo de Garantía establecido por la Ley 4,055, de conformidad a las normas de dicha ley y de los reglamentos correspondientes;
- f) Proponer al Ministro del Trabajo y Previsión Social, por 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 be-

neficiarios de accidentes del trabajo, en el que deberán figurar todos los accidentados que sufran incapacidades para el trabajo y las personas que tengan 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 deberá 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 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 facilita la Caja

Es importante señalar que la Caja de Accidentes del Trabajo cubre a una población aproximada de 350,000 empleados y obreros.

En cuanto a los beneficios que reciben estos trabajadores podemos señalar los siguientes:

1) Beneficios en efectivo:

- 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) ayuda para los gastos de entierro.

2) Beneficios en servicios:

- a) atención médica;
- b) atención hospitalaria;
- c) atención de farmacia, y
- d) asesoría técnica a los patronos en materia de prevención de accidentes.

3) Beneficios en especies:

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

Patrimonio de la Caja

El patrimonio de la Caja está integrado por los siguientes recursos:

1) Las primas que percibe en virtud de seguros contratados por la Caja;

2) Las sumas que percibe por la contratación de servicios de pensiones;

- 3) Los aportes previstos en los Artículos 28 de la Ley 9,689, de 20 de septiembre de 1950, y 45 de la Ley 10,223, de 6 de diciembre de 1951;
- 4) Con las rentas, intereses y beneficios que produzcan sus bienes;
- 5) Con las herencias, legados y donaciones que se le hagan;
- 6) Con las aportaciones que ingresen a la cuenta de Fondo de Garantía, sin perjuicio de las limitaciones que establecen las leyes, y
- 7) Con los demás ingresos que establezcan las leyes.

Cuadro 1

CHILE: NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964 ó 1965

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada		Número				Indice por 1,000 habitantes		
	Camas	Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos a/	Camas	Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos	
Servicio Nacional de Salud									
164 hospitales generales	8,391,000	21,233	633,193	6,173,658	5,534,857	2.5	75.5	735.7	659.6
16 hospitales especializados	8,391,000	8,386	27,779	2,359,144	160,480	1.0	3.3	278.8	19.1
12 "Delegados"	...	918	24,874	214,147	333,722	...	...	...	...
Caja de Accidentes de Trabajo									
12 hospitales b/	...	817	3,879	165,987	31,307	...	...	...	...
Servicio Médico Nacional de Empleados b/									
1 hospital general	651,000	72	2,818	21,370	59,992	0.1	4.3	32.8	92.2
3 hospitales especializados	651,000	323	530	117,237	-	0.5	0.8	180.1	-

a/ Consulta médica, incluidos los casos de urgencia.

b/ Año 1965.

Cuadro 2

CHILE: INDICES DE UTILIZACION DE HOSPITALES, 1964 ó 1965

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice 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

Quadro 3

CHILE: PERSONAL DE HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS, 1964 ó 1965

Hospital o grupo de hospitales	Número										Proporción por 100 camas ocupadas							
	Médicos		Total excl. médicos		Personal de enfermería		Otro pers. asist. médt.		Otro pers.		Médicos		Total excl. médicos		Personal enfermería		Otros cuida- dos médi- cos	
	Total	Tiempo compl.	Total	Auxil. Par- teras	Total Enferm.	Total	Otro asist. médt.	Total	Otro pers.	Total	Total	Tiempo compl.	Total	Enferm.	Total	Otros cuida- dos médi- cos	Otro servi- cios	
																		Personal enfermería
Servicio Nacional de Salud																		
147 hospts. grals.	3,156	2,312	30,206	17,527	810	16,088	629	1,332	11,347	16.6	12.1	158.4	91.9	4.2	7.0	59.5		
10 hospts. espec.	257	219	3,123	992	88	880	24	176	1,955	4.2	3.6	50.6	16.1	1.4	2.9	31.7		
5 "Delegados"	43	43	532	308	48	237	23	18	206	8.5	8.5	105.3	61.0	9.5	3.6	40.8		
Caja de Accidentes de Trabajo																		
12 hospts.	33 ^{a/}	23	407	104	5	99	-	18	285	7.4	5.1	90.8	23.2	1.1	4.0	63.6		
Servicio Médico Nacional de Empleados																		
1 hospital general	9	5	151	63	7	47	9	1	87	15.3	8.5	257.2	107.3	11.9	1.7	148.2		
3 hospts. espec.	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 4

CHILE: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DEL PERSONAL HOSPITALARIO,
1964 ó 1965

Hospital o grupo de hospitales	Proporción				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 5

CHILE: TIEMPO (EN MINUTOS) DE SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA
 POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 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

CHILE: COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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
Servicio Nacional de Salud						
147 hospitales generales	5,922,467	9.8	5,274,334	19.13	187.47	7,002
10 hospitales especializados	2,236,486	84.2	105,875	7.39	622.24	2,705
12 "Delegados"	208,957	8.6	333,772	...	...	...
Caja de Accidentes de Trabajo						
12 hospitales	157,865	42.8	31,307	26.88	1,150.46	9,838
Servicio Médico Nacional de Empleados						
1 hospital general	21,478	7.6	59,992	107.36	815.94	39,294
3 hospitales especializados	109,337	221.2	-	23.01	5,089.81	8,422
						21.47
						-

CHILE: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA
QUE FACILITARON DATOS, 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

CHILE: UTILIZACION DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS PRESTADOS, 1964 ó 1965
Cuadro 8

Institución	Población		Porcentaje de solicitantes	Número			Tasa por 100 habitantes			Consultas por 100 solicitantes			Proporción por 100 consultas médicas. Exámenes de Rayos X				
	Abarcada	Solicitante		Consultas Médicas	Otras	Visitas a domicilio	Exámenes de lab.	Rayos X	Consultas Médicas		Otras						
									Medicinas	Otras							
Ministerio de Salud Pública																	
168 departamentos hospitalarios de consulta externa	8,391,000	...	...	5,698,149	2,375,933	559,276	4,631,405	3,260,945	478,571	67.9	28.3	6.7	55.2	...	...	57.2	84.4
23 consultorios	8,391,000	...	...	1,907,177	90,489	21,581	-	209,819	130,350	22.7	1.1	0.3	-	...	...	11.0	6.8
"Pelegados"																	
1 departamento hospitalario de consulta externa	...	...	...	14,485	2,134	-	-	13,948	3,547	...	...	...	...	...	...	96.3	24.5
Otro consultorio de pacientes externos	...	...	...	9,247	-	1,514	-	-	-	...	...	...	...	...	...	...	...
Caja de Accidentes de Trabajo																	
Departamento hospitalario de consulta externa	...	...	...	31,307	...	...	-	-	28,776	...	...	...	-	...	...	-	91.9
Servicio Médico Nacional de Empleados																	
28 consultorios	651,000	...	...	387,958	125,196	177,364	60,794	229,771	219,995	59.6	19.2	27.2	9.3	...	...	59.2	56.7

Cuadro 9

CHILE: PERSONAL DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA, 1964 ó 1965

Hospital	Médicos		Dentistas		Otro personal			Tiempo del médico por consulta (en minutos)	Tiempo de enfermería por consulta	
	Personas	Horas	Personas	Horas	Total		Otro pers.			
					Enfermería	Parte-pers.				
										Enferm. Auxil.	ras
Servicio Nacional de Salud	...	...	...	...	...	...	6	63	3
Consulta externa	...	...	...	...	...	...	10	33	3
19 consultorios de pacientes externos	265	899	79	273	46	433	28	463	3	
"Delegados"										
1 consulta externa hospitalaria a/	...	...	...	...	...	...	4	42	6
1 consultorio de pacientes externos	1	6	-	-	4	4	-	1	10	54
Caja de Accidentes de Trabajo b/										
12 consultorios hospitalarios de pacientes externos	...	...	...	...	...	...	3	16	1
Servicio Médico Nacional de Empleados	218	731	169	553	107	290	25	1,054	61	120
27 consultorios					422	422				30

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

Cuadro 10

CHILE: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS, 1964 ó 1965

Hospital	Costo medio	Costo mediano
Servicio Nacional de Salud		
147 departamentos hospitalarios de consulta externa	3.83	...
11 consultorios	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

INFORME DE EL SALVADOR

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

A. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

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, a saber, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

La Dirección General de Salud ejerce sus funciones a través de un organismo normativo a nivel central formado por los Directores de División (Epidemiología, Nutrición, Higiene Maternoinfantil, 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 estos gozan de cierta autonomía en lo que a presupuestos y equipo se refiere.

Desde 1954 existe un sistema regional de salud y el país está dividido a estos efectos en cuatro regiones de salud conocidas con los números I, II, III y IV o regiones occidental, central, paracentral y oriental. Ultimamente, por su importancia y sus múltiples problemas, se está individualizando, dentro de la región central, el área metropolitana (que comprende la capital del país y los alrededores).

Cada una de estas regiones está a cargo de un Director Regional, del que dependen los servicios de medicina preventiva con consulta externa ambulatoria de unidades de salud, puestos de salud y unidades móviles rurales, así como 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).

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 y supervisar al personal técnico a distintos niveles; sin embargo, el Ministerio tiene una "Unidad de Planificación y Eva-

luación" que asesora a las autoridades del ramo. Este organismo fue creado por Acuerdo Ejecutivo No. 997.

Existe un plan nacional de salud conocido como "Primer Plan Decenal de Salud, 1964-1973". En su formulación se han incluido 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 está comprendido en dicho Plan.

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

Los presupuestos de salud se formulan en las distintas dependencias del Ministerio, a base de los programas, teniendo como característica "agrupar las distintas acciones que cumplen los organismos en categorías de unidades programáticas--programas, subprogramas, actividades, etc.--y procede 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 coordina los presupuestos de las distintas dependencias vinculadas a salud, analiza los programas por actividades, por regiones y los de los hospitales y a su vez formula los programas de carácter central: adiestramiento, investigación, lucha antipalúdica, programas de penetración, etc., y los envía al Ministerio para su estudio; este a su vez los examina con el Jefe del Poder Ejecutivo de la República y una vez aceptados son enviados a la Asamblea Nacional Legislativa para su conocimiento, examen y aprobación.

El monto del presupuesto de salud pública y asistencia social representa 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 extiende el acuerdo de nombramiento.

Hay una Ley de Servicio Civil promulgada por el Decreto Legislativo No. 507, que establece normas sobre nombramientos, selección de personal, derechos y deberes de los funcionarios y empleados, sanciones, etc., y existe un tribunal de servicio civil para las 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 los 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.

B. 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 (ISSS), organismo autónomo de derecho público, vinculado al 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 (véase el organograma adjunto). El primero constituye la autoridad superior en el orden administrativo, financiero y técnico, y está integrado por 12 miembros, a saber:

- 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, y de Salud Pública y Asistencia Social;
- c) Dos miembros representantes de los trabajadores, elegidos por los Sindicatos de Trabajadores;
- d) Dos miembros representantes patronales, elegidos por las organizaciones patronales más caracterizadas;
- e) Un miembro representante del Colegio Médico de El Salvador;
- f) Un miembro representante de la Sociedad de Odontología de El Salvador, y
- g) El Director General del Instituto, o en su defecto, el Subdirector 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, o en su defecto, el Subdirector General.

La Auditoría Contable depende directamente del Consejo Directivo.

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

La Dirección General cuenta con 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 Médico-Hospitalarios, 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 Médico-Hospitalarios.

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 imponible a efectos del 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 perciba de conformidad a su Ley y Reglamento.

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

De acuerdo con lo dispuesto en su Reglamento, destina una cantidad para establecer reservas, a fin de hacer frente a las situaciones de emergencia 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 excedan de la cuantía que, conforme al 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 computan como ingresos ordinarios del Instituto.

Al Instituto le está prohibido desarrollar actividades con fines lucrativos. De conformidad con lo estipulado en la Ley, en caso de superávit real al final de un ejercicio presupuestario, aquel se podrá utilizar únicamente para ampliar y mejorar los servicios permanentes o para el establecimiento de nuevos servicios de esa índole. A intervalos no mayores de cinco años, y en el momento en que el Consejo Directivo lo juzgue conveniente, se efectúan 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.

Datos generales sobre la preparación del presupuesto del Instituto

Según estipula la Ley, se aplican las reglas siguientes:

- 1) La parte de "ingresos" contiene 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 considerarse 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 establece 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 establece la debida separación entre las partidas que autoricen los gastos destinados a los siguientes fines:

- a) administración;
- b) operación y mantenimiento de los diferentes servicios establecidos para beneficio de los asegurados;
- c) pago de prestaciones a los asegurados o beneficiarios;
- d) estudios y planificación;
- e) adquisición de bienes de capital;
- f) establecimiento de reservas reglamentarias, y
- g) 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.

Campo de actividad

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 sólo eventualmente trabajan para un patrono;
- d) a los trabajadores que ganan más de 500 colones 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 cinco 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, indica la evolución del campo de actividad del Seguro Social desde 1955, que fue el primer año completo de su funcionamiento.

Trabajadores cotizantes, patronos activos y beneficiarios, 1955-1965

<u>Año</u>	<u>Trabajadores cotizantes</u>	<u>Patronos activos</u>	<u>Beneficiarios</u>
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.

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 dan al asegurado servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios y de laboratorio. En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, se conceden también los aparatos de prótesis y ortopedia que los médicos y odontólogos aconsejan para la rehabilitación del paciente.

Se conceden también pensiones vitalicias por incapacidad permanente, total o parcial, cuando se debe a enfermedad profesional o accidente de trabajo. En caso de muerte por riesgo profesional, se conceden pensiones de sobrevivientes a favor del cónyuge o la compañera de vida, e hijos menores del asegurado. Los beneficios por maternidad cubren también a la esposa o compañera de vida del asegurado. Además de prestaciones médicas en los casos de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales, se conceden subsidios en dinero por incapacidad temporal.

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 las aseguradas y las beneficiarias.

Coordinación de servicios a nivel local entre el Instituto del Seguro Social y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Cuando se inició la prestación de servicios médico-hospitalarios, el Instituto celebró contratos con el Ministerio a fin de disponer de camas de hospital mientras construía sus propios establecimientos. Es así como ocupa locales para sus pacientes en el Hospital Rosales (Centro Médico Nacional) y 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 al Ministerio una cantidad estipulada por cama disponible que comprende: arrendamiento de local, alimentación y gastos administrativos; pero es el Seguro Social quien financia los gastos del personal médico, paramédico, administrativo y de servicio. En el Hospital Psiquiátrico el pago se efectúa por paciente atendido, con arreglo a la Ley de Salarios del Instituto.

En el Consultorio No. 6 de Apopa, el Seguro Social ocupa el local y al personal administrativo y de enfermería de Salud Pública y Asistencia Social, pagándoles un sobresueldo. 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 (Departamento de La Libertad), para lo cual se ha llegado a un acuerdo entre ambas instituciones.

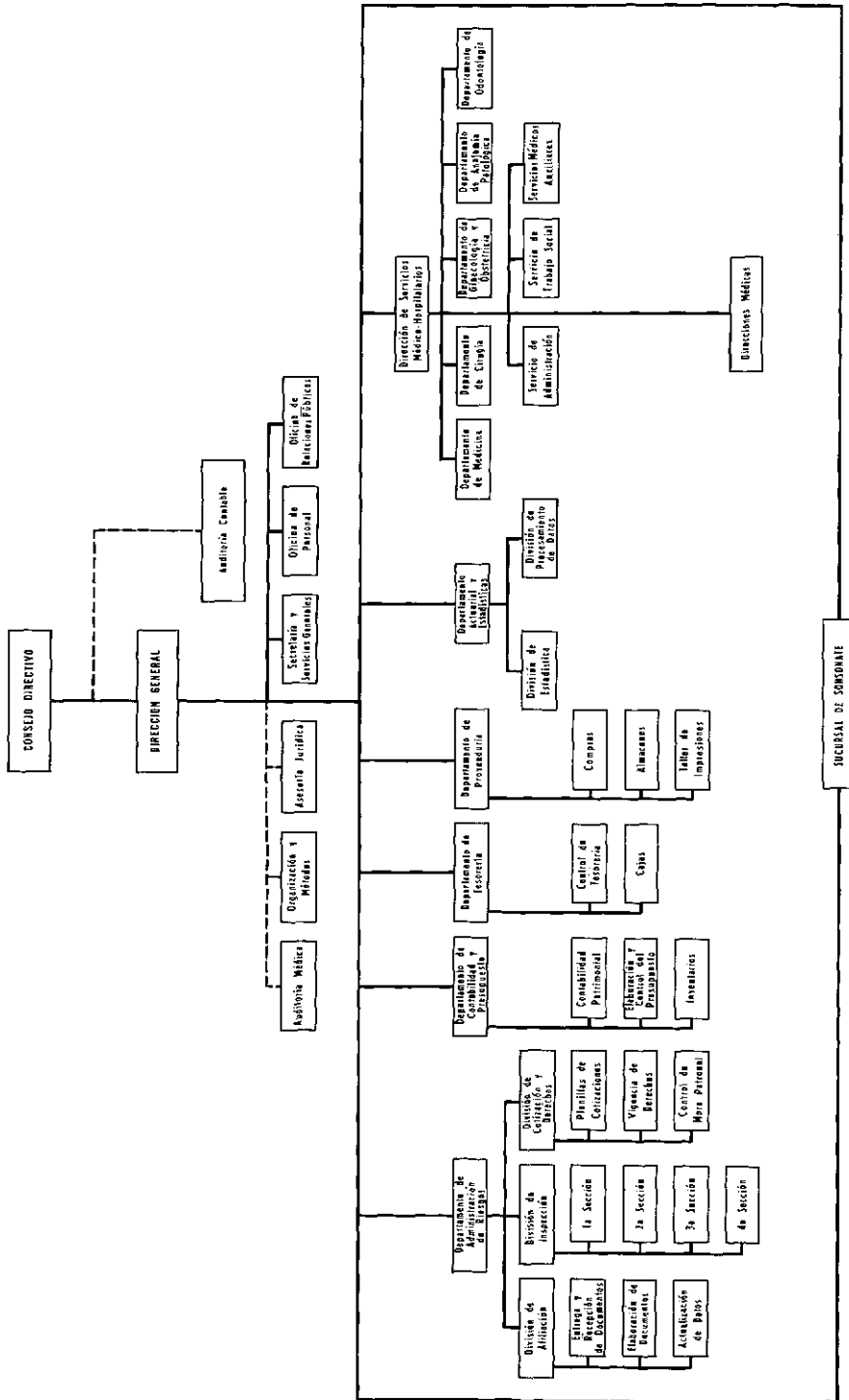
Accesibilidad de los servicios médicos

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

Construcción del Hospital del ISSS

Actualmente se llevan a cabo los trabajos de construcción de los edificios de hospitalización y consultorios del Instituto, que vendrán a resolver uno de los más urgentes problemas que confronta la institución, es decir, la

ORGANIGRAMA DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL



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 construida</u>		19,560 m ²
Consulta externa.....	5,665 m ²	
Hospital.....	12,670 m ²	
Casa de máquinas.....	1,225 m ²	
<u>Obras exteriores</u>		7,640 m ²
Plaza.....	2,100 m ²	
Accesos y estacionamiento.....	3,470 m ²	
Jardines.....	2,070 m ²	
Area Total.....		27,200 m ²
<u>Servicio de hospitalización</u>		
Número de camas.....		417
Maternidad y Ginecología.....	135	
Pediatria.....	45	
Medicina general.....	110	
Cirugía.....	110	
Salas de partos.....	4	
Salas de Rayos X.....	5	
Quirófanos.....	8	
<u>Servicio de consulta externa</u>		
Número de consultorios.....		43
Costo total (Estimación).....		¢ 8,000,000

(Tomado de la "Memoria Anual de la Dirección General, 1965".

Extensión 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 conscientes 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 en las ciudades de Santa Ana (la segunda en importancia después de San Salvador), Chalchupapa, 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 ha señalado anteriormente, y se proyecta incluir en las prestaciones médicas a los hijos menores de dos años, para empezar la cobertura del núcleo familiar.

En resumen; 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.

Cuadro 1

EL SALVADOR: NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número			Indice 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									
Hospital Rosales	767,900	727	11,296	284,073	166,247	0.9	14.7	369.9	216.5
Seguro Social									
Hospital Rosales	45,925	136	3,994	44,746	17,164	3.0	87.0	974.3	373.7
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social									
8 hospitales que facilitaron datos	1,017,700	3,132	88,722	945,305	381,333	3.1	87.2	928.9	374.7
Seguro Social									
6 hospitales que facilitaron datos (excluidos los de tuberculosis)	68,147	206	10,388	65,174	21,238	3.0	152.4	956.4	311.6
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social									
2 centros de salud que facilitaron datos	97,100	83	3,573	15,058	13,925	0.9	36.8	155.1	143.4

Cuadro 2

EL SALVADOR: INDICES DE UTILIZACION DE LOS HOSPITALES, 1964

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice 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 3

EL SALVADOR: PERSONAL DE LOS HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Número						Proporción por 100 camas ocupadas									
	Médicos		Personal de enfermería		Otro pers.		Médicos		Personal enfermería		Otros					
	Total	excl. médicos	Total	Auxil. enferm.	Par- te- méd.	Otro pers. asist.	Total	excl. médicos	Total	Enferm.						
											compl.	compl.	compl.	compl.		
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 facilitaron datos Seguro Social	48	48	364	147	30	117	-	11	206	25.3	25.3	191.6	77.4	15.8	5.8	108.4
6 hospitales que facilitaron datos Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	6	6	57	26	9	17	-	2	29	12.2	12.2	116.3	53.1	18.4	4.1	59.2
2 centros de salud que facilitaron datos																

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

Cuadro 4

EL SALVADOR: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DE PERSONAL HOSPITALARIO, 1964

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

a/ Incluido el número total de médicos.

(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 5

EL SALVADOR: TIEMPO (EN MINUTOS) DE SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA
POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 1964 ^{a/}

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 facilita- ron datos	19	138	33
Seguro Social			
6 hospitales que facilita- ron datos	65	264	54
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social			
2 centros de salud que facilitaron datos	31	181	62

^{a/} Sobre la base del supuesto de que los médicos trabajan seis horas al día y las enfermeras ocho horas.

Cuadro 6

EL SALVADOR: COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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 9.81 a/
Seguro Social						
Hospital Rosales	45,069 b/	11.2	17,164	36.36 c/	407.23	13,308 7.27 b/
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social						
10 hospitales que facilitaron datos	972,361	10.3	408,795	5.90	60.77	2,159 8.92 a/
Seguro Social						
6 hospitales que facilitaron datos	65,465 b/	6.3	21,238	33.96 c/	213.95	12,429 6.79 b/
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social						
2 centros de salud que facilitaron datos	15,058	4.2	13,925	3.40	14.28	1,244 6.81 a/

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

Cuadro 7EL SALVADOR: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA
QUE FACILITARON DATOS, 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	11	1	11	2
Seguro Social	6	3	6	6

Cuadro 8

EL SALVADOR: UTILIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS PRESTADOS, 1964

Institución	Población		Porcentaje de solicitudes		Número			Tasa por 100 habitantes			Consultas por 100 solicitantes		Proporción por 100 consultas méd.	
	Abarcada	Solicitante	Consultas Médicas	Otras	Visitas a domicilio	Exámenes de Rayos X	Consultas Médicas	Otras	Visitas a domicilio	Inmunizaciones	Médicas	Otras	Exámenes de Rayos X	Exámenes de Rayos X
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	252,300		75,291	129,479	16,301	114,552	...	15,553	29.8	15.3	6.5	45.4	...	20.7
Seguro Social	68,147		350,764	258,421	-	-	98,924	23,595	514.7	379.2	-	-	28.2	6.7

Quadro 9
EL SALVADOR: PERSONAL DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA, 1964

Hospital	Médicos		Dentistas		Total	Otro personal			Tiempo del médico por consulta a/ (en minutos)	Tiempo de enfermería por consulta b/			
	Per-sonas	Horas	Per-sonas	Horas		Total	Enfermería				Otro pers.		
							Total	Auxil. Partes				ras	
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	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/ Sobre la base de horas de servicio de médicos y odontólogos.
b/ Basado en el total de consultas.

Cuadro 10

EL SALVADOR: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS, 1964

Hospital	Costo medio	Costo mediano
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	4.88	3.69
Seguro Social	5.54	5.86

INFORME DE HONDURAS

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

A. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

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

El Ministerio tiene por misión el fomento, protección y recuperación de la salud, y sus servicios cubren todo el país. Esta labor se realiza por tres Direcciones Generales: la Dirección General de Asistencia Médico-Social, la de Salud Pública y la del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM).

El Ministerio recibe el asesoramiento técnico de la OPS/OMS, la FAO, el INCAP, el UNICEF, la AID, la CARE y el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades, todos ellos organismos internacionales, algunos de los cuales le proporcionan también equipo, materiales, etc. El Patronato Nacional de la Infancia (PANI) coopera asimismo con el Ministerio, ya que constituye un organismo descentralizado del mismo.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está dirigido por el Ministro del Ramo, quien actúa por intermedio de las Direcciones Generales antes citadas.

El Ministro cuenta, en sus funciones rectoras, con el Subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social, quien en ausencia del titular asume toda la responsabilidad del Ministerio.

Como oficial de enlace entre el Ministerio y las Direcciones Generales, actúa el Oficial Mayor de aquel. Este funcionario da curso a todas las disposiciones del Ministerio y Subsecretaría y las comunica a las distintas dependencias subordinadas. También tramita la correspondencia internacional del Ministerio.

Dependen directamente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social los siguientes órganos:

La Dirección General del SNEM, organismo descentralizado, que está encargado de la campaña de erradicación de la malaria en todo el país. Tiene independencia de acción y actúa a través de sus Departamentos de Educación Sanitaria, Evaluación, Rociado y Administrativo.

El Departamento de Servicios Administrativos, que controla los ingresos

y egresos del Ministerio y sus dependencias, cuenta con las Secciones de Contabilidad, Compras, de Personal y Transporte. Ejerce vigilancia administrativa sobre el Departamento Administrativo de la Dirección General de Salud Pública.

La Auditoría, que, como su nombre lo indica, fiscaliza las cuentas de todas las dependencias y servicios del Ministerio.

El Departamento de Asesoría Jurídica, encargado de las funciones específicas que indica su título.

La División de Bioestadística, que, en virtud de disposición especial, depende directamente del Ministerio, pero sirve a todas las dependencias del mismo.

La Dirección General de Salud Pública, asesorada por un Consejo Técnico, cuenta con un Departamento Administrativo que se encarga de las funciones de esa índole. Entre esas funciones figuran las siguientes: elaboración de las nóminas de pagos, compra de equipo y material a nivel local, distribución de estos a las distintas dependencias, administración de los viáticos, control de los transportes, y mantenimiento de los edificios e instalaciones dependientes de la Dirección.

La Dirección General de Salud Pública está a cargo del Director General del Ramo. Ejerce sus funciones a través de la Subdirección de Servicios Locales y la Subdirección Normativa. La primera tiene funciones ejecutivas y se encarga de la aplicación de las normas y técnicas que elabora la Subdirección Normativa por medio de sus propias dependencias.

La Subdirección de Servicios Locales de Salud Pública tiene siete distritos sanitarios, cada uno de los cuales dirige, técnica y administrativamente, las unidades locales de salud pública, es decir, los centros de salud distritales, centros de salud, subcentros de salud, clínicas maternoinfantiles y puestos de salud.

Dependen directamente de la Subdirección de Servicios Locales de Salud Pública los Jefes Distritales, cargos que, en la medida posible, desempeñan médicos sanitarios. El Jefe Distrital tiene funciones ejecutivas y técnicas en la zona de su jurisdicción, ejerce la administración de todas las dependencias del Distrito, aplica las normas y las adapta a las condiciones locales, recibe informes estadísticos, prepara informes generales para la Subdirección de Servicios Locales, supervisa y evalúa las unidades de su jurisdicción.

Todas las unidades de los Distritos ejercen funciones de medicina preventiva y de recuperación de la salud en forma ambulatoria.

La Subdirección Normativa está dirigida también, como la de Servicios Locales, por un médico sanitario, quien ejerce además, en ausencia del titular, las funciones de Director General de Salud Pública. Está integrada por las Divisiones siguientes:

División Normativa y Ejecutiva de Saneamiento Ambiental, que actúa por medio de los Departamentos de Agua Potable y Alcantarillados, Sección de Perforación de Pozos, Sección de Aguas para el Medio Rural, Sección de Saneamiento

to General y Sección de Construcción de Letrinas. Las funciones de estas secciones están claramente definidas.

La División de Epidemiología, que cuenta con los Departamentos de Cáncer, Lepra y Salud Pública Veterinaria, ejerce funciones específicas en relación con epidemias y enfermedades infectocontagiosas, establece normas, dirige las campañas de inmunización y desempeña, además, funciones de supervisión y evaluación en su campo de actividad.

La División de Tuberculosis se encarga de la prevención y tratamiento ambulatorio de dicha enfermedad. Actúa en las regiones rurales por medio de unidades móviles. Dicta normas y procedimientos de trabajo y ejerce funciones de supervisión y evaluación de las actividades que desarrollan en ese campo específico.

La División de Fomento de la Salud está compuesta por los Departamentos de Higiene Materno-infantil, Nutrición, y Odontología Sanitaria. Su labor es normativa, de supervisión y evaluación. El Departamento de Odontología Sanitaria desempeña además funciones ejecutivas y administrativas en relación con los servicios dentales de los centros de salud.

La División de Laboratorios está integrada por distintas secciones, y ejerce funciones de orden normativo, administrativo y de ejecución en su campo específico de actividades.

La División de Servicios Generales consta de dos Departamentos: el de Educación Sanitaria y el de Enfermería Sanitaria. Ejerce funciones normativas y de supervisión. El Departamento de Enfermería Sanitaria desempeña además funciones de carácter ejecutivo.

La Dirección General de Asistencia Médico-Social, establece normas de trabajo, administra, supervisa y evalúa el funcionamiento de los distintos hospitales del Estado, así como la unidad hospitalaria del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Ejerce funciones de vigilancia sobre los hospitales privados del país.

Existe un Plan Nacional de Salud Pública, pero sólo abarca las instituciones dependientes de la Dirección General de Salud Pública. Forma parte de un Plan General de Desarrollo Económico y Social del país.

Los programas de trabajo son elaborados por cada una de las Divisiones teniendo en cuenta los recursos disponibles para alcanzar metas específicas.

El Presupuesto General de Gastos de la Secretaría se formula por las Direcciones Generales, a través de sus respectivos Departamentos administrativos, prestándose la debida atención a la marcha de los programas y a los objetivos establecidos.

El monto del presupuesto de gastos de la Secretaría fue de 7,544,427 lempiras. Existen otras aportaciones que provienen del PANI, de las municipalidades, instituciones políticas y de otra índole. El Estado paga cuotas a distintos organismos internacionales. No existen normas específicas para el nombramiento y administración del personal.

B. INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

El régimen del Seguro Social en Honduras se estableció en virtud de la Ley del Seguro Social del 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, se aprobó el Reglamento de Aplicación del Seguro Social Obligatorio, adoptado por la Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), de conformidad con lo previsto en el Artículo 182 de la citada ley.

El Seguro Social de Honduras es el de más reciente creación de América Latina, ya que si la ley correspondiente se promulgó en 1959, sus servicios médicos no se inauguraron hasta el 1 de marzo de 1962, es decir, cuatro años más tarde.

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 va implantando 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 Comayagüela, cubriendo a los trabajadores del área del Distrito Central.

El órgano de enlace 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 concede 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 normativo, y el Director General, que es el jefe ejecutivo del mismo.

La Junta Directiva está integrada por los siguientes miembros:

- 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 del país.

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 la que corresponde cerciorarse de que las operaciones del Instituto se han realizado legalmente, debiendo informar a la Junta Directiva de cualquier irregularidad o infracción que observe.

Financiamiento

Fondos de Reserva. El Instituto cuenta con un fondo para hacer frente a emergencias, cuya cuantía se fija por las disposiciones pertinentes. Las sumas que excedan de esta cuantía han de invertirse en títulos de crédito emitidos y garantizados por el Estado.

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

Recursos. Los recursos proceden de las siguientes fuentes:

- 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) Cualesquier otros valores, bienes o recursos que en virtud de otras leyes se asignen al Instituto.

Las cotizaciones y contribuciones de trabajadores y patronos se determinan 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, han de contribuir con el 75%, con excepción de los municipios que sólo contribuyen como patronos.

Campo de aplicación

Están sujetos al Seguro Social Obligatorio:

- a) Los trabajadores particulares que presten 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.

Están provisionalmente exentos de la afiliación al Seguro:

- a) Los trabajadores a domicilio;
- b) Los trabajadores domésticos;
- c) Los trabajadores estacionales;
- 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 que estipulan 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 este, y los miembros de las Fuerzas Armadas.

Prestaciones

El Seguro Social cubre 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 fijan los reglamentos respectivos, a las prestaciones siguientes:

- a) Asistencia médico-quirúrgica, general y especializada, asistencia hospitalaria y farmacéutica que sea necesaria y atención dental, excepto trabajos de prótesis.
- b) En caso de incapacidad laboral reconocida, un subsidio en efectivo 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 los gastos de funerales. El accidente común se equiparará a los casos de enfermedad no profesional.

El Instituto proporciona, 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 fijan los reglamentos.

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

Maternidad. En caso de maternidad, las aseguradas tienen derecho, den-

tro de las limitaciones y condiciones que establecen los reglamentos, a las prestaciones siguientes:

- a) Atención médica prenatal, natal y posnatal, en la medida que sea necesaria;
- b) Un subsidio en efectivo, siempre y cuando la asegurada no efectúe trabajo alguno remunerado durante el tiempo que reciba dicho subsidio, y por una cantidad equivalente al 66% del salario base diario;
- c) El Instituto puede asimismo otorgar una ayuda de lactancia, en especie o en efectivo, 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 respectivo Reglamento; 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 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 de funerales en caso de muerte del asegurado, que se pagará a sus deudos 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 prescriban 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 tiene 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 período de tiempo que esta dure o hasta la consolidación de la lesión, pero sin que pueda exceder en ningún caso de 52 semanas. Al cabo de dicho período se determina si existe incapacidad para el trabajo, estableciéndose el grado de la misma por los médicos al servicio de la institución, mediante dictamen basado en la naturaleza de la lesión, el trastorno funcional, estado general, edad, ocupación, capacidad física y mental, calificación profesional antes y después del accidente, determinando si se trata de incapacidad total o parcial permanente para los efectos del pago de la renta.

El Instituto realiza propaganda sistemática sobre la 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, hayan 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 registrados hasta 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%, y Estado, 2 1/2%. El Estado, cuando concurre como tal y como patrono, contribuye con el 7 1/2%, y en tales condiciones lo hacen las instituciones autónomas y semiautónomas, excepto los municipios que contribuyen con el 5 por ciento. Una vez obtenido el monto de ingresos probables, se procede a distribuirlo de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 2 del Reglamento Financiero, así:

<u>Para cubrir las necesidades siguientes</u>	<u>Porcentaje</u>
Prestaciones en servicios y en especie	4.17 <u>1/</u>
Subsidios por incapacidad temporal	1.67 <u>1/</u>
Pensiones, rentas y gastos de sepelio	0.87
Gastos administrativos	1.50
Patrimonio básico	1.79
 	<hr/>
Total de los salarios cotizados	10.00

Los intereses, multas e ingresos por otros conceptos incrementan el patrimonio básico.

El presupuesto para 1966 fue elaborado por programas, en la forma siguiente:

Programa de Dirección y Administración Superior	L 603,900
Programa de Fiscalización	44,075
Programa de Consulta Externa	718,781
Programa de Servicios Hospitalarios	1,334,250
Programa de Inversiones	990,500
Programa de Transferencias	1,254,294
 	<hr/>
Total	L4,945,800

1/ En estos porcentajes se incluyen los gastos correspondientes a los riesgos de enfermedad y maternidad.

Los ingresos probables se calcularon en los siguientes montos:

Cotizaciones	L4,820,800
Multas y recargos	15,000
Varios e imprevistos	110,000
Total	L4,945,800

Servicios médicos

Las prestaciones médicas se proporcionan actualmente en dos unidades: el Consultorio Externo y el Hospital, regidas, cada una, por un Director que depende del Departamento de Servicios Médicos y este 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 Externo. 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:

	<u>No. de médicos</u>	<u>Horas diarias</u>
Medicina general	9	30
Pediatría	9	22
Clínica del niño sano	1	3
Clínica prenatal	4	9
Consulta extemporánea	1	6
Odontología	5	15
Especialidades	12	20
Servicio a domicilio	1	6
Total	42	111

Los turnos son: de 8 de la mañana a 12 y de 2 a 6 de la tarde.

Los médicos trabajan de acuerdo con un sistema de horarios, que comprende de 2 a 4 horas, algunos trabajan seis horas, repartidas en dos jornadas, de 8 de la mañana a 12 y de 2 a 6 de la tarde. No se cuenta con médicos a tiempo completo; únicamente los Jefes de Unidad. Hay escasez de personal, sobre todo en medicina especializada.

Se cuenta con servicio a domicilio para aquellos casos en que el derechohabiente está imposibilitado para presentarse al Hospital o al consultorio, o para los pacientes recién egresados del Hospital que han de ser objeto de observación ulterior.

El Hospital. Cuenta con 130 camas y 47 cunas para recién nacidos. Está dividido en las siguientes secciones: 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 un sector de observación para adultos y niños. Además se atienden otras especialidades, a saber: Cirugía del Tórax, Urología, Neurocirugía, Traumatología y Ortopedia,

Cardiología, Gastroenterología, Neurología, Psiquiatría, Dermatología, Cirugía Plástica, etc.

Tiene su propio Laboratorio y Banco de Sangre, Departamento de Rayos X, Encefalografía, etc. Los médicos trabajan generalmente por la mañana, quedando el Hospital en manos de los médicos internos y aquellos en llamada para casos de urgencia. Hay 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 permitirá prestar servicios más eficaces.

Las actividades preventivas se han limitado a la labor personal de los médicos, a conferencias de enfermeras especializadas y de algunos médicos en servicio. La vacunación DPT es obligatoria, así como la de BCG, la antivariólica y antitifoidea para los recién nacidos. Estas últimas se exige lo hagan en dependencias de salud pública.

Se establecerá próximamente el Servicio de Medicina Preventiva, a cargo de un médico especializado, que está encargado de dirigir, coordinar y controlar las actividades de fomento y protección de la salud en los establecimientos del IHSS, teniendo bajo su dependencia las de epidemiología y educación sanitaria. Su labor abarca principalmente los siguientes aspectos:

- a) prevención de enfermedades infecto-contagiosas;
- b) lucha contra la tuberculosis;
- c) lucha contra la sífilis y demás enfermedades venéreas;
- d) educación sanitaria;
- e) docencia, y
- f) investigación.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social no tiene ninguna relación jurídica con el Ministerio de Salud Pública. Hasta ahora las relaciones se limitan a la contratación de servicios para el tratamiento de internados en el Sanatorio Nacional para Tuberculosos, y con el Hospital General para el tratamiento de Radioterapia, Radium y Cobaltoterapia, así como para niños atacados de poliomielitis.

No ha sido posible establecer la debida coordinación con los servicios de salud pública, sobre todo en lo que se refiere a medicina preventiva. Algunas veces se ha conseguido el suministro de dosis de vacuna para los afiliados, por ejemplo durante una reciente epidemia de poliomielitis.

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 la duplicación de servicios, mayor costo y menor beneficio para la comunidad.

Los beneficiarios de las prestaciones a que tienen derecho de acuerdo con los reglamentos vigentes son atendidos, en su totalidad, por los Servicios Médicos.

Cuadro 1

HONDURAS: NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número			Índice 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	2.9	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 2

HONDURAS: INDICES DE UTILIZACION DE LOS HOSPITALES, 1964

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice de movimiento de pacientes	Indice de ocupación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social			
San Felipe	26.3	10.2	72.9
Seguro Social			
Hospital	5.9	36.4	58.3
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social			
8 hospitales generales	15.4	17.6	74.2
3 hospitales especializados	203.4	2.1	...

Cuadro 4

HONDURAS: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DE PERSONAL HOSPITALARIO, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Proporción					Porcent. de aux. de enf. adiestr.	Porcentaje de personal en la asistencia médica
	Enfermeras por médicos		Pers. enferm. por médicos		Aux. de enferm.		
	(1)	(2)	(1)	(2)			
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social							
San Felipe	0.5	...	4.2	...	6.9	...	62
Seguro Social							
Hospital	0.5	1.0	2.6	5.5	4.5	...	62
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social							
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 5

HONDURAS: TIEMPO (EN MINUTOS) DE SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Médicos	Personal de enfermería	
		Total	Enfermeras
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social			
San Felipe	...	102	13
Seguro Social			
Hospital	54	564	72
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social			
8 hospitales generales	...	107	10
3 hospitales especializados	...	...	...

Cuadro 6

HONDURAS: COSTOS DE HOSPITALIZACION Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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						
San Felipe	372,474	26.3	221,806	6.22	163.59	2,277
Seguro Social						...
Hospital	25,567	5.9	17,983	36.74 ^{a/}	216.77	13,447
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social						...
8 hospitales generales	619,379	15.4	317,764	5.45	83.93	1,995
1 hospital psiquiátrico	...	253.6	4,563	3.25	824.20	1,190
2 hospitales antituberculosos	...	174.2	868	6.06	1,055.65	2,218

^{a/} Difiere de los datos del formulario sobre gastos.

Cuadro 7

HONDURAS: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA
QUE FACILITARON DATOS, 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 8

HONDURAS: UTILIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS PRESTADOS, 1964

Institución	Población		For- centa- je de soli- cita- ntes	Número		Tasa por 100 habitantes		Consultas por 100 so- licitantes		Proporción sultas méd.							
	Abarca- da	Solici- tante		Consultas Médicas	Otras	Visitas a domi- cilio	Immu- niza- ciones	Exámenes de lab.	Rayos X	Medi- cas	Otras	Exáme- nes de lab.	Rayos X				
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	2,092,000	...	...	317,764	...	-	-	325,672	43,367	15.2	...	-	102.5	13.6	-	-	
Hospitales gene- rales	513,564	152,282	29.7	214,225	-	20,680	91,540	159,183	56,865	41.7	-	4.0	17.8	74.3	26.5	140.7	-
Centros de salud	330,084	72,879	22.1	126,688	-	6,130	32,787	45,613	-	38.4	-	1.9	9.9	36.0	-	173.8	-
Subcentros de salud	112,620	18,680	16.6	37,393	-	2,014	1,337	-	-	33.2	-	1.8	1.2	-	-	200.2	-
Puestos de salud	124,286	...	...	79,775	67,376	12,092	12,127	-	-	64.2	54.2	9.7	9.8	-	-	...	-
Unidades móviles a/ Consultorios de higiene materno- infantil	342,816	42,379	12.4	94,994	-	8,700	9,242	24,484	-	27.7	-	2.5	2.7	25.8	-	224.2	-
Seguro Social	41,649	27,479	66.0	122,780	-	3,621	389	...	5,254	294.8	...	8.7	0.9	...	4.3	446.8	-

a/ Datos sobre ecis unidades únicamente.

Cuadro 9

HONDURAS: PERSONAL DE LAS INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA, 1964

Hospital	Médicos		Dentistas		Total	Otro personal				Tiempo del médico por consulta (en minutos)	Tiempo de enfermería por consulta			
	Personas	Horas	Personas	Horas		Total	Enfermería	Partes	Auxil.		ras	Otro pers.	Total	Enferm.
Mínisterio de Salud Pública y Asistencia Social	
Hospitales generales a/	33	164	8	18	243	66	15	51	177	...	21	2		
Centros de salud	25	102	8	23	135	41	6	35	94	12	38	9		
Subcentros de salud	5	20	-	-	16	11	-	11	5	13	40	6		
Puestos de salud	8	64	-	-	27	27	-	27	-	8	37	-		
Unidades móviles	29	104	4	11	74	31	3	28	43	13	42	-		
Consultorios de higiene materno-infantil	35	88	5	13	55	25	2	23	30	17	41	4		
Seguro Social										11	25	2		

a/ En los formularios no fue posible establecer una distinción entre el personal que atendía a pacientes internos y el que se ocupaba de los externos.

Cuadro 10

HONDURAS: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS, 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 maternoinfantil	...	...
Seguro Social	5.30	5.30

INFORME DE MEXICO

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

A. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA 1/

La atención médica en México ha sufrido cambios importantes en su filosofía, en sus procedimientos y en sus volúmenes durante las últimas décadas. 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 con formación cultural adecuada para utilizarlos. Estos servicios eran proporcionados por médicos preparados para realizar una medicina de tipo individual, que trabajaban aisladamente 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 posprofesional 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.

Posteriormente otras instituciones médicas, que hace mucho tiempo pertenecían a organizaciones benéficas privadas, fueron pasando a manos del Estado, el que las mantenía 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, recurriendo, 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 km², lo que da una densidad de población de 21.5 habitantes por km². La tasa de incremento anual, para el último decenio, ha sido de 3.2%, lo que implica un aumento bruto aproximado de 1,200,000 habitantes por año, con tenden-

1/ Fuente: La atención médica en México, Dr. Pedro Daniel Martínez, Subsecretario de Salubridad; Dr. Luis Méndez, Subdirector Médico, Instituto Mexicano del Seguro Social, y Dr. Francisco Fonseca, Subdirector Médico, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Trabajo presentado en la XXIV Reunión de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad (6-10 de junio de 1966, Saltillo, Coahuila).

cia manifiesta a un ascenso rápido, por lo que se calcula que en 1969 este será de 1,500,000 seres humanos.

La población nacional es, como todas las de América Latina, una población joven, integrada en el 44.21% por menores de 14 años; igualmente constituye todavía una alta proporción (49%) la población rural, aun 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 habitantes en 1934 y descendió a 10.3 por 1,000 habitantes 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 salud pública traducen estas cifras, las principales causas de muerte en el país siguen siendo las enfermedades infecciosas y los accidentes, aun cuando progresivamente han aumentado 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.

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 hace cada vez más desfavorable.

La procedencia social de los médicos, en el México actual, es predominantemente del estrato medio popular, con un porcentaje significativo de elementos que proceden de los sectores obrero y campesino. 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 los estratos sociales de los que proceden sus integrantes, el hecho de que el creciente desarrollo industrial del país ofrece, cada vez en mayor número, oportunidades de más alto atractivo económico y tal vez también social, para otras actividades profesionales.

La proporción de médicos que se benefician con cursos formales de adiestramiento para posgraduados es muy limitada y existe aún un alto número de médicos que trabajan solos en pequeñas comunidades.

El número de hospitales existentes en el país, así como el de camas en proporción con la población, aportan índices de los más bajos de América, lo

que significa que el médico mexicano tiene muy limitadas posibilidades para prepararse en los hospitales y para ejercer en ellos. A lo anterior se debe agregar que 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.

Hasta hace pocos años, la atención obstétrica se efectuaba casi exclusivamente a domicilio; sin embargo, en las últimas dos décadas se ha elevado considerablemente la proporción de atención institucional de los partos, aun 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 se destinaba 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 prenatal. Se dispone de 1,380 camas hospitalarias. Los derechohabientes de estos servicios suman 569,261 y se tiene bajo control sanitario una población de 1,356,608.

En 1943 se emitió la Ley que creó 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 a pacientes de enfermedades no profesionales y maternidad 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 Instituto Mexicano del Seguro Social incorporó en su esfera de protección a los siguientes grupos de trabajadores:

- a) Personas vinculadas a otras por un contrato de trabajo.
- b) Los que prestan sus servicios en virtud de un contrato de aprendizaje.
- c) Los miembros de sociedades cooperativas de producción.
- d) Los miembros de sociedades ejidales.
- e) Trabajadores asalariados del campo.
- f) Trabajadores estacionales del campo.
- g) Los productores de caña de azúcar.
- h) Los trabajadores asalariados y permanentes de los productores de caña de azúcar.
- i) 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.
- j) Trabajadores eventuales y temporales urbanos.
- k) Ejidatarios y pequeños propietarios agrícolas de no más de diez hectáreas de riego o su equivalencia en otra clase de tierras.
- l) Trabajadores agrícolas migratorios.
- m) 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 y cesantía.

En 1966 la población derechohabiente 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 de hospitales T-1	43

Clínicas de hospitales T-2	36
Clínicas de hospitales auxiliares	205
Clínicas generales	45
Clínicas auxiliares	168
Puestos de enfermería	75
Puestos de fábrica	243
	<hr/>
Total	841

Servicio contratado

Hospitales generales	31
Hospitales de especialidad	43
	<hr/>
Total	74

Total general 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 de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 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 derechohabientes, de los cuales 271,022 son trabajadores y el resto sus beneficiarios.

Del total de derechohabientes corresponden al Distrito Federal 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

a) En el Distrito Federal:

Hospital general	1
Hospitales especializados	3
con	1,162 camas
Se subrogan	360 camas
Total de camas	1,522

b) Foráneos:

Hospitales regionales	8
Hospitales locales	16
con	694 camas
Se subrogan	551 camas
Total de camas	1,245
Total de camas en la República	2,767

2) De consulta

Clínicas en el Distrito Federal	38
Clínicas foráneas	95
Jefaturas estatales	28
Puestos periféricos	285

Se impartieron 7,549,113 consultas en el año, de las cuales correspondieron 2,340,178 a los Servicios Médicos Foráneos y 5,208,935 al Distrito Federal.

La atención médica privada se realiza todavía, siguiendo las formas tradicionales que se describieron antes, en aquellas comunidades pequeñas a las que no llega la seguridad social, o en las grandes ciudades para aquellos 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 total 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, y 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 enferme-

dades 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 esto 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 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 instituciones.

Hemos señalado ya que el crecimiento del cuerpo médico, factor de primera 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 capacidad 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 aun se ha deteriorado, aquel tipo de atención médica que requiere un trato integral de la personalidad individual y un manejo adecuado de las interrelaciones del grupo social.

La seguridad social requiere, por 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 po-

sibilidad 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 estas 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 derechohabientes 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 cien por ciento 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. En cambio, muy diferente 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.

Por último, debemos 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, consistente en 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 interrelación con el grupo familiar y con el grupo social.

B. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Disposiciones legales sobre la cobertura del Seguro Social

A continuación se reproduce el texto de las principales disposiciones vigentes en esa materia:

"Artículo 6 de la Ley del Seguro Social Mexicano. El Poder Ejecutivo Federal, previo estudio y dictamen 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 refieran 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 la 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 patrones 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	
	Más de	Promedio	Hasta	Del patrón	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 patrones y los trabajadores y de la contribución que corresponda al Estado".

Ingresos

En 1964, los ingresos del IMSS por cuotas de enfermedades no profesionales y maternidad, fueron de \$1,957,765,339.67.

Organización administrativa de los servicios médicos

La autoridad suprema del Instituto Mexicano del Seguro Social es la Asamblea General, integrada por 30 miembros: diez que representan al Ejecutivo Federal, diez a las Organizaciones Patronales y diez a las Organizaciones de Trabajadores. El mandato de estos miembros dura seis años, pudiendo ser reelegidos.

Siguen en orden jerárquico, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Director General.

En 1965 la Dirección General contaba con las siguientes Subdirecciones:

- 1) Administrativa
- 2) Adquisiciones y Almacenes
- 3) Inmuebles y Construcción
- 4) Jurídica
- 5) Técnica
- 6) Médica

Además contaba con otros organismos, tales como los de Asuntos Internacionales, Contraloría, Tesorería, Prensa y Difusión, Relaciones Públicas, Servicios Generales, Secretaría General y Asesoría.

Ahora bien, de la Subdirección Médica dependen seis Departamentos, a saber:

- 1) Departamento de Servicios Médicos en el Distrito Federal
- 2) Departamento de Servicios Médicos Foráneos
- 3) Departamento de Medicina Preventiva
- 4) Departamento de Planeación Técnica de los Servicios Médicos
- 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 recae en los Directores de las mismas.

Formulación y monto del presupuesto

Para la formulación del presupuesto se siguen dos procedimientos: el llevado a cabo por el Departamento de 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 (estatales o regionales) que se encuentran en cada uno de los estados de la República. Este procedimiento se aplica por igual tanto para los ingresos como para los egresos.

Para la formulación del presupuesto de ingresos, el Departamento Actuarial basa sus estimaciones en las cifras facilitadas por el Departamento de Contabilidad y no en el ingreso efectivo registrado en años anteriores, y examina las tendencias y causas que pueden influir en el ingreso. Esto se hace también por cada circunscripción.

Para la formulación del presupuesto de egresos, el Departamento Actuarial analiza, asimismo, todas aquellas causas y tendencias que puedan hacerlo variar. Toma además en cuenta otros factores que pueden alterar los egresos, tales como los siguientes:

- a) la incorporación de nuevos municipios o categorías de asegurados;
- b) los salarios del personal (crecimiento natural o extraordinario);
- c) los nuevos asegurados;
- d) la vigilancia en las tasas de cobro en la rama de riesgos profesionales, ya que varía de año en año;
- e) la variación de los salarios mínimos en el país y en cada estado;
- f) la revisión del contrato colectivo de trabajo, y
- g) el costo promedio por asegurado-año.

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 de trabajo. Se tiene en cuenta la jornada de trabajo y la continuidad o discontinuidad de la jornada.

En cuanto al personal médico, existen ciertos requisitos que rigen su nombramiento. Deben aquellos 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.

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 se extienden a sus familiares y a 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 su lugar de empleo; campañas contra las enfermedades infecto-contagiosas; detección del cáncer, la tu-

berculosis, la fiebre reumática tanto en la población infantil como en la adulta; la vacunación contra la difteria, tos ferina y tétanos, viruela, poliomielitis, fiebre tifoidea, etc.

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.

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 a nivel nacional.

Ahora bien, en áreas rurales ya existen en la actualidad convenios o normas establecidas para la coordinación de los servicios médicos. Ejemplo de ello son las unidades médicas de otras instituciones de salud, con las cuales el Instituto Mexicano del Seguro Social ha suscrito contratos de servicios (camas de hospitalización, rayos X, laboratorios, consulta externa, etc.).

Accesibilidad de los servicios

Este aspecto puede examinarse desde tres ángulos diferentes, a saber:

1) No toda la población amparada por el Instituto tiene acceso a los servicios médicos, ya que existen empresas que tienen convenios de reversión de cuotas para el otorgamiento de esta prestación; por ejemplo: las empresas que disponen de sus propios servicios médicos. Otra modalidad es la que tienen los trabajadores de las instituciones bancarias que administran y controlan también sus propios servicios médicos.

2) Existe cierto número de asegurados o derechohabientes que, habiendo solicitado los servicios médicos al Instituto, este no se los ha otorgado por carecer de cupo en los hospitales. Sin embargo, el costo de esta atención se cubre por el Instituto previa comprobación oportuna y a base del costo promedio diario fijado por las autoridades.

3) Todos los derechohabientes tienen acceso a los servicios médicos, aun cuando estos se encuentren en distintos lugares del país. El Departamento de Vigilancia de Derechos extiende, en cada caso, una tarjeta para la prestación de los servicios médicos en sus propias unidades y por el tiempo que dure la ausencia del trabajador o su familia de su lugar de adscripción.

Cuadro 1

MEXICO, D.F.: NUMERO DE HOSPITALES Y DE CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número				Indice 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 ^{a/}	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		

^{a/} No se facilitaron las cifras estimadas.

Cuadro 2

MEXICO, D.F.: INDICES DE UTILIZACION DE HOSPITALES, 1964

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice 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 <u>a/</u>
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/ A base del día de alta.

Cuadro 3

MEXICO, D.F.: PERSONAL DE LOS HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Número										Proporción por 100 camas ocupadas					
	Médicos		Total excl. médicos		Personal de enfermería			Otro pers. asist. méd.		Médicos		Total excl. médicos		Personal enfermería		Otros servicios
	Total	Tiempo compl.	Total	Enferm.	Auxil.	Parteras	Otro pers. asist. méd.	Total	Tiempo compl.	Total	Enferm.	Total	Otros médicos	Total	Otros servicios	
																compl.
Secretaría de Salubridad y Asistencia																
8 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

Cuadro 4

MEXICO, D.F.: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DE PERSONAL HOSPITALARIO, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Proporción					Porcent. de aux. de enf. adiestr.	Porcentaje de personal en la asistencia médica
	Enfermeras por médicos		Pers. enferm. por médicos		Aux. de enferm.		
	(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, D.F.	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 de médicos.
 (2) Médicos a tiempo completo.

Cuadro 5

MEXICO, D.F.: TIEMPO (EN MINUTOS) DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA
POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 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 Servi- cios Sociales de los Trabaja- dores 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 Servi- cios Sociales de los Trabaja- dores del Estado			
Hospital "20 de Noviembre"	130	743	354

MEXICO, D.F.: COSTOS DE HOSPITALIZACION Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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						
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 7

MEXICO, D.F.: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA
QUE FACILITARON DATOS, 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	22 <u>a/</u>	10	19	18
19 centros de salud B	19 <u>a/</u>	6	8	5
4 consultorios especiali- zados	5	6	2	-
4 consultorios	4	18.5	4	4
Instituto Mexicano del Seguro Social				
Consulta externa del Hospital General	10 <u>b/</u>	28	10	10
Consulta externa de hospi- tal especializada	4	20	4	3
Consultorios generales	19	33	19	14
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado				
Consulta externa hospi- talaria	1	...	1	1
Consultorios generales	29	6	1	1
Consultorios especiali- zados	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 hospitalizados.

Cuadro 9

MEXICO, D.F.: PERSONAL DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA, 1964

Hospital	Médicos		Dentistas		Total	Otro personal				Tiempo del médico por consulta (en minutos)	Tiempo de enfermería por consulta	
	Personas	Horas	Personas	Horas		Enfermería		Otro pers.	Total			
						Total	Auxil. teras					
Secretaría de Salubridad y Asistencia												
1 departamento hospitalario de pacientes externos	20	160	3	20	27	14	2	12	13	20	14	2
22 centros de salud	331	1,067	51	141	1,303	587	132	439	16	716	64	15
19 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	23	5
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado												
19 consultorios de pacientes externos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	26	150
29 consultorios generales de pacientes externos	426	1,572	47	152	1,079	375	51	324	-	704	34	49
4 consultorios especializados de pacientes externos	150	538	64	195	527	149	17	132	-	378	34	55
											Total	Enferm.

Cuadro 10

MEXICO, D.F.: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS, 1964

Hospital	Costo medio	Costo mediano
Secretaría de Salubridad y Asistencia		
Departamento hospitalario de consulta externa	...	...
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 externa	...	...
General		
Especializado		
Consultorio de pacientes externos	...	...
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado		
Departamento hospitalario de consulta externa	...	...
Consultorios generales de pacientes externos	...	...
Consultorios especializados de pacientes externos	...	...

Cuadro 1

GUERRERO E HIDALGO, MEXICO: NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número			Indice por 1,000 habitantes				
		Camas	Altas paciente	Días-paciente	Consultas pacientes externos	Camas	Altas paciente	Días-paciente	Consultas pacientes externos
GUERRERO									
Secretaría de Salubridad y Asistencia									
1 hospital general	150,000	50	3,048	18,052	680	0.3	20.3	120.3	4.5
19 centros de salud con hospital	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	149 a/	4,114	22,898 b/	306,738	2.8	7.7	43.0	575.6
HIDALGO									
Secretaría de Salubridad y Asistencia									
1 hospital general	209,800	150	2,389	26,602	2,058	0.7	11.4	126.8	9.8
26 sanatorios-centros de salud	870,444	408	7,897	46,942	59,264	0.5	9.1	53.9	68.1
1 hospital especializado	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	13,183 b/	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 2

GUERRERO E HIDALGO, MEXICO: INDICES DE UTILIZACION DE HOSPITALES, 1964

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice de movimiento de pacientes	Indice de ocupación
GUERRERO			
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	36.4 <u>a/</u>	55.4 <u>a/</u>
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	43.2 <u>b/</u>	45.6 <u>b/</u>

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 3

GUERRERO E HIDALGO, MEXICO: PERSONAL DE HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Número											Proporción por 100 camas ocupadas					
	Médicos		Total excl. médicos		Personal de enfermería			Otro pers. asist. méd.		Médicos		Total excl. médicos		Personal enfermería		Otros servicios	
	Total	Tiempo compl.	Total	médicos	Total	Enferm.	Auxil.	Parteras	Otro pers. asist. méd.	Total	Tiempo compl.	Total	médicos	Total	Enferm.	Otros médicos	Otros servicios
GUERRERO																	
Secretaría de Salubridad y Asistencia																	
1 hospital general	6		64	21	-	20	1	4	19	12.0	12.0	88.0	42.0	-	8.0	38.0	
19 centros de salud con hospital	36	27	162	76	6	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	105	8	97	-	38	152	22.6	22.6	128.3	45.7	3.5	16.5	66.1	
HIDALGO																	
Secretaría de Salubridad y Asistencia																	
1 hospital general	17	6	58	27	2	25	-	2	29	23.0	8.1	78.6	36.6	2.7	2.7	39.3	
26 sanatorios-centros de salud	32	32 a/	249	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	-	-	8	30.1	30.1	82.7	22.6	22.6	-	60.2		
Instituto Mexicano del Seguro Social																	
6 hospitales generales	51	51	175	58	8	46	4	28	89	31.1	31.1	106.6	35.3	4.9	17.1	54.2	

a/ Todos indicaron seis horas, con excepción de un hospital.

Cuadro 4

GUERRERO E HIDALGO, MEXICO: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DEL PERSONAL HOSPITALARIO, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Proporción				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

(1) Total de médicos.

(2) Médicos a tiempo completo.

Cuadro 5

GUERRERO E HIDALGO, MEXICO: TIEMPO (EN MINUTOS) DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 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 6

GUERRERO E HIDALGO, MEXICO: COSTOS DE LA HOSPITALIZACION Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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	18,052	5.9	680	24.36	143.72	8,916
17 sanatorios-centros de salud	23,219	6.1	64,236	49.58	302.44	18,146
Instituto Mexicano del Seguro Social						
4 hospitales	22,898	5.6	306,738	...	...	...
HIDALGO						
Servicios Coordinados de Salud Pública						
1 hospital general	26,602	11.1	2,058	25.82	286.60	9,450
26 sanatorios-centros de salud	46,942	5.9	59,264	57.90	341.61	21,191
1 hospital especializado	4,869	135.3	-	12.32	1,666.90	4,509
Instituto Mexicano del Seguro Social						
6 hospitales generales	13,183	3.9	234,566	...	...	...

a/ Según datos recibidos.

b/ Se supone que el costo de cinco consultas equivale al de un día-paciente.

Cuadro 7

GUERRERO E HIDALGO, MEXICO: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA QUE FACILITARON DATOS, 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 8

CUERRERO E HIDALGO, MEXICO: UTILIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS PRESTADOS, 1964

Institución	Población		Por- centa- je de soli- citan- tes	Número		Índice por 100 habitantes			Consultas por 100 con- sultantes		Proporción por 100 con- sultas méd.						
	Abercada	Solicitan- te		Consultas Médicas	Otras	Visitas a domi- cilio	Exámenes de lab.	Rayos X	Consultas Médicas	Otras		Médicas	Otras				
														21,948	371	394	300	0.5	14.6	-	0.2	24.8	800.1	57.9	44.1
GUERRERO																	
Secretaría de Sa- ludridad y Asistencia																	
1 consult. hos- pitalario de pacientes externos	150,000	2,743	1.8	680	21,948	-	371	394	300	0.5	14.6	-	0.2	24.8	800.1	57.9	44.1
24 sanatorios- centros de salud	323,347	129,951	40.2	131,516	120,571	40,902	199,709	33,868	6,699	40.7	37.3	12.6	61.8	101.2	92.8	25.8	5.1
1 centro de salud	57,761	24,529	42.5	22,021	2,656	9,860	41,938	25,064	13,474	38.1	4.6	17.1	72.6	89.8	10.8	113.8	61.2
41 centros rura- les de salud	95,597	41,843	43.8	46,942	36,312	41,760	102,735	-	-	49.1	38.0	43.7	107.5	112.2	86.8	-	-
Instituto Mexicano del Seguro Social																	
4 consultorios hospitalarios	53,294	...	...	306,738	-	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	28.0	...	...	-	-
HIDALGO																	
Servicios Coordi- nados de Salud Pública																	
1 hospital ge- neral a/ 26 sanatorios- centros de salud	870,444	53,394	6.1	59,264	71,874	43,654	144,013	12,983	1,868	6.8	8.3	5.0	16.5	111.0	134.6	21.9	3.2
Instituto Mexica- no del Seguro Social																	
6 hospitales generales	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 10GUERRERO E HIDALGO, MEXICO: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA
DE PACIENTES EXTERNOS, 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 <u>a/</u>	5.16	...
26 sanatorios-centros de salud <u>a/</u>	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 1

SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO: NÚMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número			Índice por 1,000 habitantes				
		Camas Altas	Días-a/paciente	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 2

SAN LUIS POTOSI, MEXICO: INDICES DE UTILIZACION DE HOSPITALES, 1964

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice 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 4

SAN LUIS POTOSI, MEXICO: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DE
PERSONAL HOSPITALARIO, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Proporción				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

(1) Total de médicos.

(2) Médicos a tiempo completo.

Cuadro 5

SAN LUIS POTOSI, MEXICO: TIEMPO (EN MINUTOS) DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 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 6

SAN LUIS POTOSI, MEXICO: COSTOS DE HOSPITALIZACION Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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	11,014	6.0	13,390	68.86	413.16	25,203	13.77
5 sanatorios-centros de salud	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 7SAN LUIS POTOSI, MEXICO: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE
CONSULTA EXTERNA QUE FACILITARON DATOS, 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 8

SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO: UTILIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS PRESTADOS, 1964

Institución	Población		Porcentaje de solicitantes	Número			Índice por 100 habitantes			Consultas por 100 solicitantes		Proporción por 100 consultas méd.						
	Abarcada	Solicitante		Consultas Médicas	Consultas Otras	Exámenes de lab.	Rayos X	Consultas Médicas	Consultas Otras	Visitas a domicilio	Inmunizaciones		Médicas	Otras				
															Exámenes de lab.	Rayos X	Visitas a domicilio	Inmunizaciones
Secretaría de Salubridad y Asistencia																		
2 hospitales	200,000	22,511	11.3	32,955	11,497	362	877	20,138	3,073	16.5	5.7	0.2	0.4	146.4	51.1	61.1	9.3	
5 consultorios-centros de salud	194,833	50,114	25.7	10,153	6,746	2,880	82,987	2,428	-	5.2	3.5	1.5	42.6	20.3	13.5	23.9	-	
21 centros de salud																		
11 con la población	346,472	73,295	21.2	61,126	40,632	22,553	391,272	22,446	4,892	17.6	11.7	6.5	112.9	83.4	55.4	36.7	8.0	
10 sin la población	...	6,492	...	1,162	27,326	2,085	29,950	89	-	...	...	...	...	17.9	420.9	7.7	-
Instituto Mexicano del Seguro Social																		
3 hospitales consultorios	78,270	...	...	288,421	-	12,821	10,707	62,785	10,150	368.2	-	16.4	13.7	...	...	21.8	3.5
1 consultorio	56,103	...	...	141,245	-	10,409	4,118	-	-	251.8	-	18.6	7.3	...	...	-	-
6 consultorios auxiliares	68,525	...	...	94,161	-	7,240	636	3,098	592	137.4	-	10.6	0.9	...	...	3.3	0.6

a/ Ambos utilizados en San Luis Potosí.

Cuadro 9

SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO: PERSONAL DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA, 1964

Hospital	Médicos		Dentistas		Total	Otro personal				Tiempo del médico por consulta (en minutos)	Tiempo de enfermería por consulta				
	Personas	Horas	Personas	Horas		Total	Enfermería		Otro pers.		Total	Enferm.	Enferm.		
							Total	Enferm. Auxil.						Partes	ras
Secretaría de Salubridad y Asistencia															
1 hospital general a/	10	20	1	2	22	12	6	6	-	10	18	77	38		
1 hospital infantil	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	12	44	7
5 sanatorios-centros de salud a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	11	100	24
21 centros de salud	24	70	2	6	92	81	19	60	2	11	19	78	18		
Instituto Mexicano del Seguro Social															
3 hospitales a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	16	29	12
1 consultorio	14	114	2	...	58	13	2	11	-	45	13	11	2		
6 consultorios auxiliares	11	71	1	...	33	10	-	10	-	23	12	13	-		

a/ El mismo personal que en el cuadro correspondiente al personal hospitalario.

Quadro 10

SAN LUIS POTOSI, MEXICO: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA
DE PACIENTES EXTERNOS, 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 1

SONORA Y YUCATAN, MEXICO: NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número			Indice por 1,000 habitantes				
		Camas Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos	Camas Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos		
SONORA									
Secretaría de Salubridad y Asistencia									
2 hospitales generales	110,000	394	8,719	28,625	64,096	3.6	79.3	260.2	582.7
1 hospital especializado	500,000	38	110	12,065	1,153	0.1	0.2	24.1	2.3
6 centros de salud	82,175	57	1,916	5,262	26,364	0.7	23.3	64.0	320.8
Instituto Mexicano del Seguro Social									
10 hospitales generales	169,930	469	15,504	105,702	755,862	2.8	91.2	622.0	4,448.1
YUCATAN									
Secretaría de Salubridad y Asistencia									
5 hospitales generales	200,000	761	13,432	138,847	368,195	3.8	67.2	694.2	1,841.0
4 hospitales especializados	...	256	1,329	82,128	7,823	...	...	...	...
14 sanatorios-centros de salud	300,007	170	1,707	8,058	178,566	0.6	5.7	26.9	595.2
Instituto Mexicano del Seguro Social									
2 hospitales generales	65,650	132	4,916	28,612	362,188	2.0	74.9	435.8	5,517.0

Cuadro 2

SONORA Y YUCATAN, MEXICO: INDICES DE UTILIZACION DE LOS HOSPITALES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice 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	33.9 a/	63.1 a/
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	41.1 b/	65.4 b/

a/ Cuatro hospitales abiertos durante 10.3 meses.

b/ Un hospital abierto durante 1.5 meses.

Cuadro 3

SONORA Y YUCATAN, MEXICO: PERSONAL DE HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Número											Proporción por 100 camas ocupadas					
	Médicos		Total excl. médicos		Personal de enfermería			Otro pers. asist. méd.		Médicos		Total excl. médicos		Personal enfermería		Otros cuidados médicos	Otros servicios
	Total	tiempo compl.	Total	tiempo compl.	Total	Enferm.	Auxil. Far-teras	Otro pers. asist. méd.	Total	tiempo compl.	Total	Enferm.	Total	Enferm.	Otros cuidados médicos	Otros servicios	
SONORA																	
Secretaría de Salubridad y Asistencia																	
2 hospitales generales	47	16	213	125	40	83	2	28	60	41.6	14.2	188.5	110.6	35.4	24.8	53.1	
1 hospital especializado	4	1	15	9	1	8	-	2	4	11.9	3.0	44.6	26.8	3.0	6.0	11.9	
6 centros de salud	14	3	88	38	1	37	-	4	46	48.6	10.4	30.6	131.9	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	2.3	12.0	52.3	
YUCATAN																	
Secretaría de Salubridad y Asistencia																	
5 hospitales generales	110	59	676	259	21	218	20	43	374	18.9	10.2	116.4	44.6	3.6	7.4	64.4	
4 hospitales especializados	24	18	101	34	5	29	-	18	49	10.5	7.9	44.1	14.8	2.2	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	0.8	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	5.1	16.3	61.2	

Cuadro 4

SONORA Y YUCATAN, MEXICO: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DEL PERSONAL HOSPITALARIO, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Proporción					Porcent. de aux. de enf. adiestr.	Porcentaje de personal en la asistencia médica
	Enfermeras por médicos		Pers. enferm. por médicos		Aux. de enferm.		
	(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

(1) Total de médicos.

(2) Médicos a tiempo completo.

Cuadro 5

SONORA Y YUCATAN, MEXICO: TIEMPO (EN MINUTOS) DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 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 6

SONORA Y YUCATAN, MEXICO: COSTOS DE HOSPITALIZACION Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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
SONORA						
Secretaría de Salubridad y Asistencia						
2 hospitales generales	28,625	3.3	64,096	133.98	442.13	49,037
1 hospital especializado	12,065	109.7	1,153	53.02	5,816.29	19,405
6 centros de salud	5,262	2.7	26,364	183.64	495.83	67,212
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	39.20 ^{a/}	2,422.56	143,472
14 sanatorios-centros de salud	8,058	4.7	178,566	39.54	185.84	14,471
Instituto Mexicano del Seguro Social						
2 hospitales generales	28,612	5.8	362,188	...	...	...

México 183

^{a/} Sólo para dos hospitales.

Cuadro 7

SONORA Y YUCATAN, MEXICO: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA QUE FACILITARON DATOS, 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 8

SONORA Y YUCATAN, MEXICO: UTILIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS PRESTADOS, 1964

Institución	Población		Porcentaje de solici- tantes	Número		Indice por 100 habitantes			Consultas por 100 so- licitantes		Proporción por 100 con- sultas méd.			
	Abarcada	Solici- tante		Médicas		Rayos X	Otras	Médicas	Otras	Médicas		Otras		
				Consultas	Exámenes de lab.								Visitas a domicilio	Exámenes de lab.
SONORA														
Secretaría de Salubridad y Asistencia														
3 hospitales generales	274,145	...	...	77,191	-	2,827	55,531	7,098	28.2	-	1.0	...	71.9	9.2
1 hospital especializado	500,000	1,104	2.2	1,153	-	-	1,343	1,149	2.3	-	-	104.4	-	116.5
6 sanatorios-centros de salud	82,175	17,834	21.7	26,364	28,973	18,877	5,716	4,580	32.1	35.3	23.0	147.8	162.5	21.7
3 clase A	254,927	52,043	20.4	65,492	-	22,139	157,058	18,101	23.7	-	8.7	125.8	-	35.9
22 centros de salud	90,284	...	...	7,453	21,835	9,502	38,351	-	8.3	24.2	10.5	42.5	...	...
Instituto Mexicano del Seguro Social														
8 hospitales generales	159,810	...	...	696,677	-	8,645	35,811	151,082	435.9	-	5.4	22.4	...	21.7
24 consultorios auxiliares	...	...	...	217,072	-	5,413	505	1,474	...	...	...	...	...	0.7

Cuadro 9

SONORA Y YUCATAN, MEXICO: PERSONAL DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA, 1964

Hospital	Médicos		Dentistas		Total	Otro personal				Tiempo del médico por consulta (en minutos)	Tiempo de enfermería por consulta	
	Personas	Horas	Personas	Horas		Total	Enfermería	Otro pers.			Total	Enferm.
								Enferm.	Auxil. teras			
SONORA												
Secretaría de Salubridad y Asistencia												
2 hospitales generales a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	7	75	24
1 hospital especializado a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	18	2
6 centros de salud con camas a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	5	84	3
3 centros de salud con camas	32	63	6	10-1/2	83	54	1	53	-	29	103	2
Otras 22 instituciones	13	15	-	-	44	44	-	44	-	31	187	-
Instituto Mexicano del Seguro Social												
8 hospitales generales	160	926	...	...	...	...	...	...	...	21	32	2
24 consultorios auxiliares	28	232	1	-	34	27	-	27	-	17	16	-
YUCATAN												
Secretaría de Salubridad y Asistencia												
5 hospitales generales a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	6	30	2
4 hospitales especializa-	...	...	...	...	...	...	...	...	...	4	10	2
dos a/	13	40	4	10	69	36	10	26	-	33	73	20
1 centro de salud A	...	...	...	...	...	...	...	...	...	7	31	1
14 centros de salud B a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	7	31	1
23 centros rurales	20	28.4	-	-	41	26	-	26	-	15	30	-
Instituto Mexicano del Seguro Social												
1 hospital general	...	...	...	...	...	...	...	...	...	17	28	3
6 consultorios auxiliares	7	20.5	-	-	20	9	-	9	-	25	83	-

a/ El mismo personal que para los hospitales.

Cuadro 10SONORA Y YUCATAN, MEXICO: PROMEDIO DEL COSTO POR
CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS, 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	...	...

INFORME DE PANAMA

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

A. MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA

Este Ministerio se creó en virtud del Decreto Legislativo No. 1 del 15 de junio de 1945, como consta en la Gaceta Oficial No. 9760, del 27 de julio de ese mismo año, a raíz de un golpe de estado que cambió toda la estructura oficial. Antes las funciones oficiales en materia de salud formaban parte de un Ministerio denominado de Salubridad y Obras Públicas, que databa de 1931. Al establecerse la Asamblea Constituyente, dictó el Decreto Legislativo No. 1 y luego el No. 6 de 6 de julio (que apareció en la Gaceta Oficial No. 9763, del 31 de julio de 1945), que creó las estructuras del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. La reglamentación de la mencionada Ley se hizo por Decreto Ejecutivo Nacional No. 31, del 14 de agosto de 1945, que apareció en la Gaceta Oficial No. 9788, del 30 de agosto de 1945. Posteriormente, se introdujeron modificaciones y ampliaciones por medio de la Ley No. 65, del 19 de diciembre de 1956 y la Ley No. 13, del 25 de enero de 1961 (Gaceta Oficial No. 13192 del 11 de marzo de 1957, y No. 14338 del 27 de febrero de 1961, respectivamente).

Esa misma Asamblea Constituyente estableció en el Capítulo 50, Artículo 92, la función de la salud como un deber del Estado y del ciudadano. Dice así la Constitución a ese respecto:

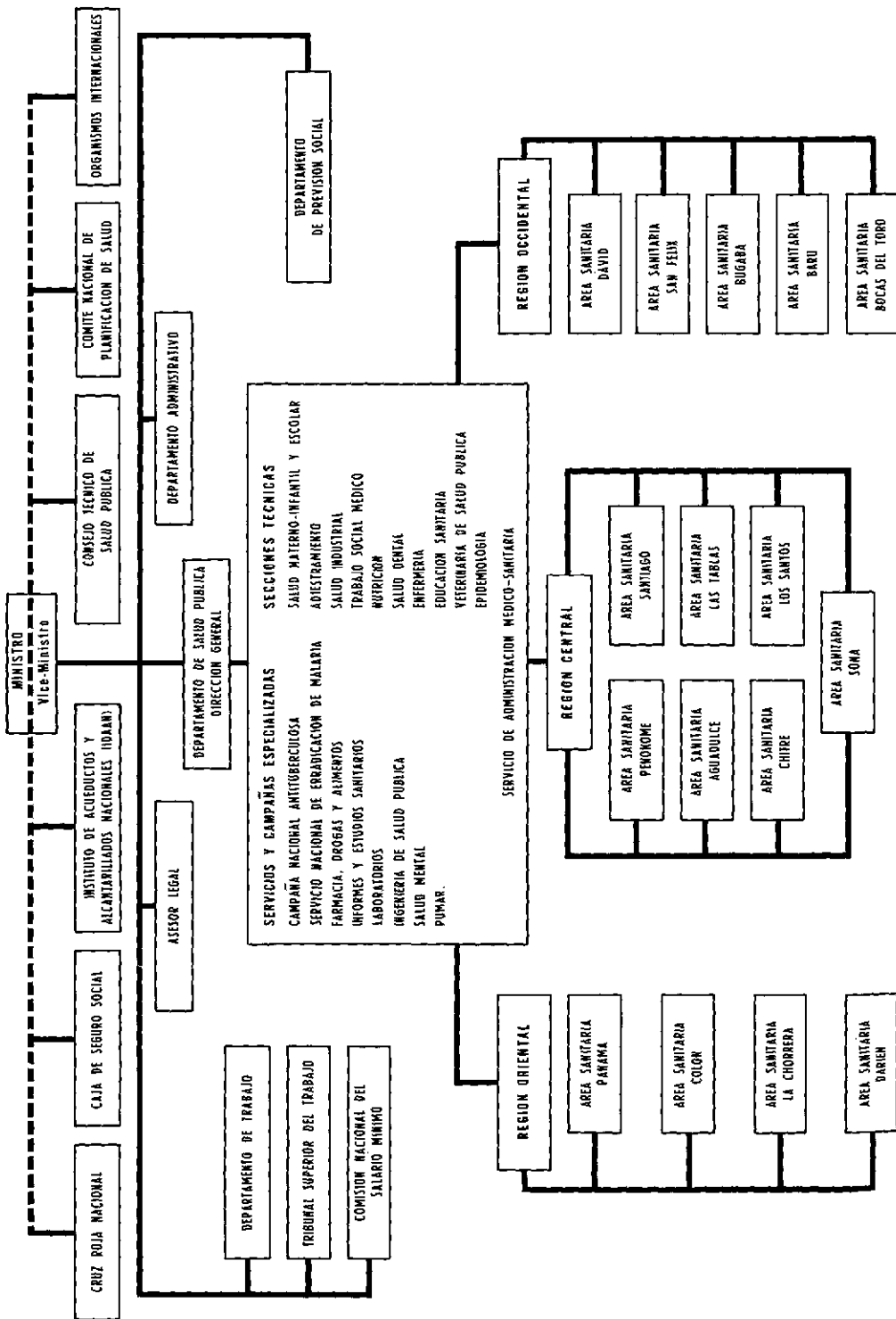
"Capítulo 50--Salud Pública y Asistencia Social

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 presten servicios y suministren medicamentos gratuitos a quienes carezcan de recursos pecuniarios, y

MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA DE PANAMA, 1963-1970



- e) Divulgar sistemáticamente los principios de alimentación científica, de higiene personal y de sanidad del hogar".

La Asamblea Nacional expedirá el Código Sanitario.

Son funciones del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública:

- a) Organización, dirección y supervisión de los programas de asistencia y previsión social (lo que establece el Departamento de Previsión Social).
- b) 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).
- c) 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% de los empleados y 92.6% de los gastos del Ministerio en 1964).

El Ministerio se compone de tres departamentos y la Sección Administrativa. Recientemente se ha creado el cargo de Vice-Ministro de Trabajo y Previsión, con lo 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: el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

La partición, en la forma que está propuesta y que se supone será aprobada por la ley 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

Departamento de Salud Pública

El Departamento nació como entidad oficial en 1925, al dictarse la Ley No. 12 del 17 de enero de ese año. En esa época quedó dividido en las siguientes instituciones: Departamento de Higiene y Salubridad Pública y Departamento de Puericultura e Higiene Escolar.

Antes de esa fecha no existía como tal, pero el Estado tenía un presupuesto de salud con el cual mantenía varias instituciones y organizaciones de salud. Por ejemplo, ya desde 1907 había partidas para pagar médicos

oficiales, farmacias y hospitales y, en 1908 se creó la Escuela de Obstetricia (Decreto No. 58, de 6 de diciembre), se organizó el Hospital Santo Tomás (Decreto No. 61 de 14 de diciembre) y se estableció la Escuela de Enfermería. En 1917 se encomendó a la Cruz Roja Nacional la responsabilidad de atender al bienestar del niño y en 1918 se le encargó que atendiera a los tuberculosos. En 1914, la Fundación Rockefeller estudió y realizó trabajos demostrativos de prevención y tratamiento de la uncinariasis y la malaria y sugirió la creación de la primera Unidad Sanitaria en Bejuco.

En 1926 se nombró el primer Director de Salud Pública, Dr. Guillermo García de Paredes (Decreto No. 30, de 31 de mayo). A partir de 1927 fueron creándose una serie de dependencias de dicho Departamento, que forma parte del Ministerio de Salubridad y Obras Públicas.

Puede decirse que así se cumplió la primera gran etapa de la salubridad panameña en la cual cabe incluir todo el período pre-republicano.

El 14 de mayo de 1941 se dictó la Ley No. 50 (Gaceta Oficial No. 8516, de 20 de mayo de 1941) que creó el Departamento de Salud Pública. Desde dicha fecha hasta 1944 se dictaron una serie de leyes complementarias que fueron dando cuerpo al Departamento de Salud Pública y que constituyen la segunda etapa de la historia de la salubridad panameña.

Con las leyes que crearon el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud se transfirieron las dependencias del Departamento de Salud Pública al Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. Se dictaron una serie de decretos y leyes que estructuraron el Departamento Nacional de Salud Pública, a saber:

<u>Decretos o Leyes</u>	<u>Gaceta Oficial</u>
Decreto No. 8 (13 de julio de 1945)	No. 9789 (31 de agosto de 1945)
Decreto No. 810 (9 de junio de 1945)	No. 9722 (9 de junio de 1945)
Decreto No. 31 (14 de agosto de 1945)	No. 9788 (30 de agosto de 1945)
Decreto No. 95 (27 de abril de 1946)	No. 9988 (6 de mayo de 1946)
Ley No. 20 (21 de agosto de 1946)	No. 10093 (9 de septiembre de 1946)
Ley No. 66 (10 de noviembre de 1947)	No. 10467 (6 de diciembre de 1947)
Código Sanitario <u>1/</u>	
Decreto Ley No. 1 (27 de junio de 1949)	No. 10939 (6 de julio de 1949)
Decreto No. 1136 (7 de noviembre de 1951)	No. 11699 (4 de febrero de 1952)
Ley No. 3 (16 de enero de 1956)	No. 12935 (19 de abril de 1956)
Decreto No. 104 (30 de enero de 1956)	No. 13638 (11 de septiembre de 1958)
Ley No. 26 (29 de enero de 1962)	No. 14574 (16 de febrero de 1962)
Decreto Ley No. 6 (18 de abril de 1963)	No. 14868 (2 de mayo de 1963)

En este período surgieron dos planes regionales, el de la Región Occidental (que no siguió una metodología bien definitiva y no llegó a ponerse en

1/ Es la ley orgánica de la salud panameña, aprobada por la Asamblea Constituyente, conjuntamente con el Código de Trabajo, en el cual también se incluyen aspectos de salud obrera. El Código del Trabajo es la Ley No. 67 del 11 de noviembre de 1947.

práctica) 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. Con este plan 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, se estableció 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 fueron incorporados al Programa de Desarrollo del país.

En el Plan Nacional se establecen varios objetivos importantes, entre los cuales cabe destacar los siguientes:

- a) Integración de los servicios preventivos y curativos de salud.
- b) Establecimiento de las tres divisiones regionales (Oriental, Central y Occidental).
- c) Énfasis en las áreas médico-sanitarias como la estructura operacional de la política sanitaria nacional a nivel local. Se crean 16 áreas de esa clase con todas las características de la corporación administrativa aplicada al campo de la salud. Esta atención preferente a las áreas médico-sanitaria es parte de la política de desconcentración administrativa.^{2/}
- d) Coordinación con otras instituciones de salud, como el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAA), el Seguro Social, las entidades privadas, etc.

El plan se comenzó a aplicar entre 1961 y 1962, con la creación de las 16 áreas médico-sanitarias y con la conversión del Area 5, de Penonomé, en área piloto.

El enorme esfuerzo realizado pareció ser la culminación de esta tercera 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, se dará paso a la cuarta etapa de la labor desarrollada en ese aspecto.

Nivel nacional

El Departamento de Salud Pública tiene servicios de asesoramiento, establecimiento de normas y políticas sanitarias y de supervisión y ejecución a nivel nacional. Estas funciones se realizan a través de secciones, servicios y campañas. Además, los jefes de estos servicios, facultados para adoptar decisiones, y técnicos que han estudiado planificación, integran un grupo de trabajo en esta materia. Las secciones a nivel nacional son las siguientes:

^{2/} El plan usa el antiguo término "descentralización".

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.
Ingeniería de Salud Pública, 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 Maternoinfantil y Escolar.
Enfermería.
Trabajo 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)

Sistema regional

Existe un Director Médico Regional con personal administrativo y de supervisión. Coordina las distintas áreas médico-sanitarias de su región. Este Director Regional con los Directores Médicos de las áreas integran el Consejo Regional.

En cada Area Médico-Sanitaria hay un hospital general que comprende un centro de salud 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 de higiene maternal (con número limitado de camas para partos) y estación pediátrica (con un número limitado de camas para niños graves o casos "agudos").

Un centro de salud puede tener tanto un anexo de higiene maternal como una estación pediátrica, o sólo uno de estos servicios.

Existen algunos de estos centros de salud que poseen, además, camas para la atención de urgencia y de enfermos graves, como en el caso de Cañazas, San Félix, etc.

También 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 utilizado en forma rotatoria de un lugar a otro. En cuanto al personal médico, este sistema encierra una ventaja, porque el médico de un centro de salud periférico 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.

Del centro de salud o del centro médico integrado, dependen subcentros de salud que son atendidos en días fijos y en número de veces por mes o semana, también fijos, por personal del centro del cual dependen. En tal 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 área guía de Penonomé, con 23 de ellos, que cuentan además, con parteras empíricas adiestradas en el centro médico integrado (Véase organograma funcional, página 196).

Disposiciones legales

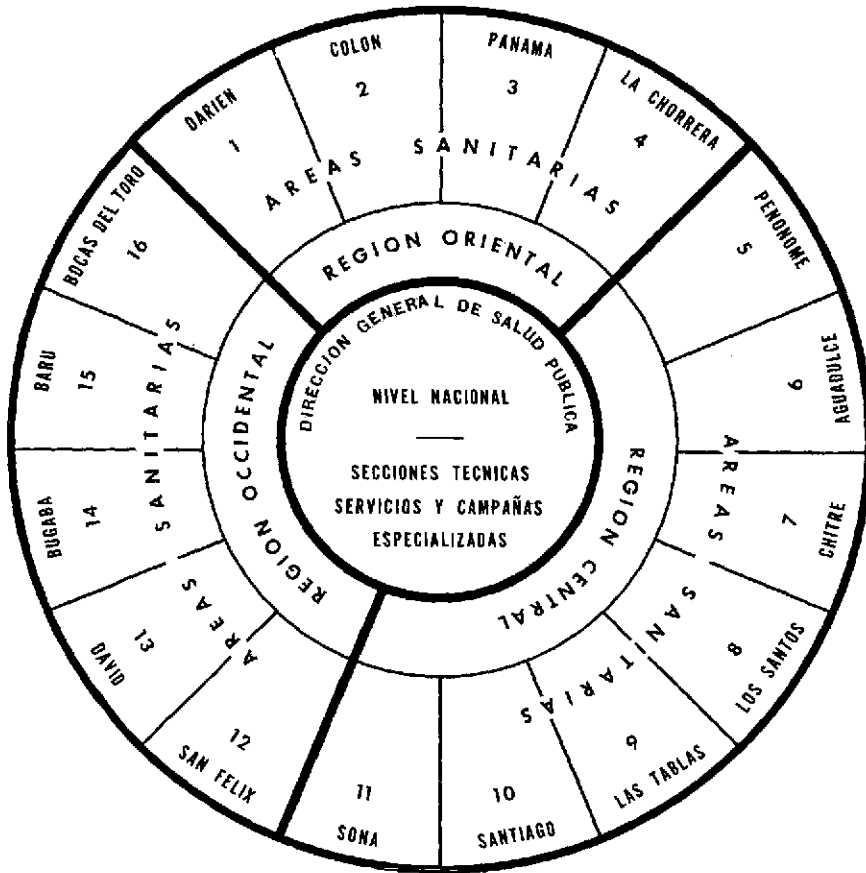
Este punto ha sido tratado en párrafos anteriores. Cabe sólo agregar que las normas han venido evolucionando según las necesidades de la salud pública panameña. Generalmente las decisiones en cuanto a estas normas se adoptaron en las reuniones mensuales (último martes de cada mes) de jefes de secciones y regionales y después se aplican o adaptan en cada área médico-sanitaria. Las decisiones discutidas en las reuniones mensuales son objeto de un previo estudio 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 la aprobación final de las decisiones.

De lo anterior se deduce que, además del Código Sanitario y las otras leyes especiales sobre las distintas materias que existen en el país, hay una serie de decisiones de orden técnico-ejecutivo que se van implantando y forman las estructuras sanitarias, sin necesidad de disposiciones legales especiales. Son, generalmente, de carácter administrativo y técnico y tienden a aprovechar al máximo los recursos disponibles para lograr mayor eficiencia en la prestación de los servicios.

Esto explica por qué, con escasos recursos, el rendimiento parece elevado en la mayoría de las instituciones más cercanas de las sedes de las áreas médico sanitarias, y cómo se ha podido conceder especial atención a los servicios de consulta externa a fin de poder facilitar, gradualmente, mayores servicios al mismo costo.

La encuesta de 1964 no reveló tanto este aspecto, porque fue precisamente en ese año cuando comenzó a desarrollarse la nueva organización. En los últimos cuatro meses de dicho año se establecieron la mayoría de los

**ORGANOGRAMA FUNCIONAL
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
DE PANAMA**



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 Darién, 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 Colón, 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 Panamá, que comprende el Hospital Santo Tomás, Centro Integrado Médico-Sanitario "Emiliano Ponce", Centros de Salud de Juan Díaz, del Chorrillo, de Pueblo Nuevo, de Río 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 Penonomé, 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 Chitré, que comprende el Centro Médico Integrado Urbano "Cecilio Castellero", Centro de Salud y Estación Pediátrica de Santa María, 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 Fe, 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 Médico Integrado Urbano "Gerardino De León" y los Centros de Salud de Tonosí, Pedasí, Guararé y Paritilla, y Area Sanitaria de Soná, constituida por el Centro Médico Integrado Urbano "Ezequiel Abadía".

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 Boquete; Area Sanitaria de San Félix, 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 Barú, 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 Aserrío, y el Area Sanitaria de Bocas del Toro, constituida por el Centro Médico Integrado de Bocas del Toro.

Comités de Salud, que se encuentran en plena actividad en 1966.

Esta integración de los servicios preventivos y curativos, no sólo presupone la coordinación entre los centros de salud y hospitales, sino cambios en la política de las instituciones de salud. Por ejemplo:

a) Los hospitales (ahora centros médicos integrados) no funcionan únicamente intramuros, sino que su personal visita comunidades desprovistas de servicios médicos como hacían los centros de salud.

b) Los centros médicos realizan ahora actividades de protección y promoción de la salud no previstas antes, como las 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, prestan toda clase de servicios de curación y rehabilitación.

d) Énfasis en el paciente "vertical" o ambulatorio para contribuir así a la protección, recuperación, rehabilitación y promoción oportuna de la salud como contribución sustancial al programa de desarrollo económico y social del país. Esta atención preferente al paciente vertical se presta no sólo en los hospitales, sino por medio de 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).

Plan Nacional de Salud

Existe un Plan Nacional de Salud y, además, se está introduciendo gradualmente la Metodología de Planificación del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), de Caracas, Venezuela, con miras a su revisión, amplificación, evaluación y aplicación en el 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 de ello se participa en ciertos programas de obras de reforma de instituciones (Centro Médico Integrado Amador Guerrero de Colón, Área Médico Sanitaria No. 2; Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, Área Médico Sanitaria No. 3, etc.) y existen acuerdos para asignar a las instituciones parte del producto de las cuotas de los asegurados, del cual se dedica el 50% a una reserva para obras de reforma, 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 saldo sobrante se ingresa por estas instituciones en la Unidad de Caja de las Rentas Internas y de la Contraloría General de la República.

En relación con este convenio sobre prestación de servicios entre el Departamento de Salud Pública y la Caja de Seguro Social, es conveniente agregar dos aspectos interesantes, a saber: que en los lugares carentes de medios de hospitalización y de servicios para asegurados, los centros de salud prestan estos servicios sin costo para la Caja de Seguro Social y, además, que existe 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 para intensificar la coordinación entre las dos instituciones.

El Plan Nacional de Salud Pública, 1962-1970, forma parte del Programa Nacional de Desarrollo Económico y Social.

Programas y presupuestos

Los programas y presupuestos, como se desprende en los puntos anteriores, se elaboran por un proceso que comienza en cada institución, luego van al Grupo de Planificación, y una vez revisados pasan a la Dirección General de Salud. En el caso del presupuesto, el proyecto es sometido al Ministerio 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, en cuya Comisión de Presupuestos se examina en primer lugar y luego se discute en el pleno de la Asamblea; finalmente, tras un tercer debate se aprueba como ley de la República, sujeta a sanción o veto del Presidente.

Los presupuestos de salud pública, entre 1960 y 1966 ascendieron a las siguientes cantidades:

<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

Ahora bien, los gastos presupuestarios efectivos en 1963 y 1964, fueron los siguientes:

<u>Año</u>	<u>Gastado</u>
1964	11,665,906.95
1963	12,407,839.21

El dato anterior, revela una gran realidad, pues, a pesar de ello, muchas secciones no invierten 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 saldo pendiente de deudas anteriores.

No existen normas para el nombramiento de personal, excepto para las oficinas incluidas en el sistema de Carrera Administrativa que aplica un método de selección según requisitos académicos y experiencias previos, y presentan una terna para la selección 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 extraoficial que existe entre el Ministerio y la Dirección General de Salud Pública, que es la que formula la recomendación correspondiente.

La administración del personal está a cargo de la Dirección General de

Salud Pública y, por delegación de esta, bajo cada dependencia. En algunas ocasiones, los traslados y otros movimientos de personal pueden ocurrir por decisión o solicitud del nivel ministerial. El Ministerio, por otra parte, tiene la Oficina de Personal.

La remoción de personal comprendido en el régimen de Carrera Administrativa, tiene un procedimiento o trámite que exige la tramitación de un expediente y fallo por la Dirección de Personal de la Presidencia de la República, previos a la destitución. De ocurrir esta sin ese trámite, es ilegal y el funcionario tiene un período para recurrir contra la ilegalidad y exigir que se vuelva a considerar el fallo adoptado. El funcionario que haya sido destituido ilegalmente es repuesto en su cargo y se le debe pagar los sueldos 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, no han llegado a ponerse en práctica.

Alrededor de un 40% del personal de salud está comprendido en el sistema de Carrera Administrativa. Por otra parte, desde 1961 hay un acuerdo tácito respecto a la estabilidad del profesional de la salud, lo que ha permitido el gran progreso reciente, sin que necesariamente existan leyes que lo amparen. El respeto y la dignidad profesional se han afianzado mucho desde 1961.

B. CAJA DE SEGURO SOCIAL DE PANAMA

Disposiciones legales

La Caja de Seguro Social de Panamá se creó en virtud de la Ley No. 23 de 21 de marzo de 1941. Esta ley no era perfecta. Antes por el contrario, adolecía de graves defectos técnicos, pero al menos fue el instrumento legal que estableció el régimen de seguro social panameño.

Dos años más tarde, y a la vista de las experiencias logradas, se promulgó la Ley No. 134, de 27 de abril de 1943, la cual introdujo reformas sustanciales al régimen. La Ley No. 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 semiautónomas, en relación 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 No. 134 de 1943 extendió la cobertura de los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, enunciados ya por la Ley No. 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 con mayor corrección.

La Ley No. 134 de 1943 rigió por espacio de diez años. En efecto, en 1954 se dictó el Decreto-Ley No. 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 varias modificaciones en la estructura administrativa, etc.

Posteriormente, la Ley No. 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 fueron las dictadas en el Decreto-Ley No. 9, de 1 de agosto de 1962, y la Ley No. 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 efectivo en casos de enfermedad; se redujo el período de cotización para poder disfrutar de la pensión de vejez; se aumentó el monto de las pensiones mínimas y máximas de vejez e invalidez; se legisló sobre el riesgo de muerte en forma más amplia y generosa, estableciéndose, además de los subsidios para funerales que se reconocían anteriormente, las pensiones de viudez y de orfandad para la esposa e hijos de los asegurados, etc.

El régimen cubre actualmente los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, viudez, orfandad y ayuda económica para 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 incluidos en él los siguientes distritos: Panamá, Colón, David, Boquete, Chitré, Santiago, Aguadulce, Natá, La Chorrera, Las Tablas, Bugaba, Penonomé, Boquerón y Alanje. Se están realizando estudios para incorporar nuevos distritos.

Se encuentran excluidos del régimen, los trabajadores ocasionales, estacionales, empresas agrícolas, cuando no son de carácter permanente, y 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 se han fijado para 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 presta atención médica, quirúrgica, farmacéutica, dental y de hospitalización, además de conceder un sub-

sidio de incapacidad temporal, cuando la enfermedad provoca incapacidad para el trabajo.

Dentro del riesgo de maternidad, se facilita asistencia prenatal, obstétrica y un subsidio de reposo por maternidad, cuando se reúne cierta cantidad de cuotas durante catorce semanas. Se reconoce igualmente una pensión de vejez e invalidez y dentro del riesgo de muerte se otorga, igualmente, además del subsidio para funerales, las pensiones de sobrevivientes a los beneficiarios, como ya se ha indicado.

Organización administrativa de los servicios

La Caja de Seguro Social presta 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 son el Hospital General, localizado en la ciudad de Panamá y 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, 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 está 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 atiende en forma ambulatoria a los asegurados y sus beneficiarios.

El Hospital General, con una capacidad de 261 camas, se utiliza 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 establecidas por el Seguro Social en cada una de sus agencias en el interior de la República, y en donde sólo se presta 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 1966 se ha estimado en 10,750,000 balboas 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 paramédico, sueldos similares a los que abona el Ministerio de Trabajo,

Previsión Social y Salud Pública, ya que existen disposiciones legales que regulan los sueldos que devengan estos profesionales.

Los médicos internos y residentes trabajan a tiempo completo, mientras que los médicos de plantilla son nombrados por horas de servicio y no pueden trabajar más de siete ni menos de dos horas diarias con el Seguro Social.

Por lo general las plazas vacantes se cubren 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.

Actividades de medicina preventiva

Las actividades preventivas de la Caja del Seguro Social, se limitan en la actualidad a la vacunación contra la difteria, tos ferina, tétanos 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 dicha institución.

Relaciones jurídicas con otras instituciones médicas

Los órganos superiores de administración del Seguro Social son la Junta Directiva y el Director General, que es el Jefe ejecutivo de la institución.

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 selecciona de las ternas que le presentan los respectivos sindicatos o asociaciones.

Estos nombramientos, lo mismo que el del Director General, han de ser aprobados previamente por la Asamblea Nacional.

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 proporciona a los asegurados las facilidades de los hospitales del Estado, cuando estos necesiten atención hospitalaria. Por este servicio, el Seguro paga el 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 paramédico que necesiten los asegurados para una buena atención médica.

En virtud de este convenio se ha establecido también un fondo común, aportado por partes iguales por ambas instituciones, que se emplea para mejo-

rar las instalaciones de los hospitales del Estado utilizados por los asegurados. Este fondo está administrado por el Seguro Social y todas las compras de equipo o reparaciones de los edificios tienen que ser aprobadas por ambas partes.

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 donde el Seguro no cuenta con instalaciones propias.

En aquellas regiones en que el Estado tiene hospitales, los asegurados utilizan esos establecimientos cuando necesitan ser internados. 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 donde el Seguro no tiene clínicas de consulta externa, se 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 dichas localidades.

Cuadro 1

PANAMA: NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número			Índice por 1,000 habitantes				
		Camas	Altas	Días-paciente a/	Consultas pacientes externos	Camas	Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos
Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública									
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 de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública									
Santo Tomás	...	778	35,568	247,687	300,633	...	...	...	...

a/ Días del censo.

Cuadro 2

PANAMA: INDICES DE UTILIZACION DE HOSPITALES, 1964

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice de movimiento de pacientes	Indice de ocupación
Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública			
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 de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública			
Santo Tomás	7.0	45.7	87.0

Cuadro 3

PANAMA: PERSONAL DE HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS, 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 servicios			
	Total	Tiempo compl.		Total Enferm.	Auxil. Par-teras				Total	Tiempo compl.		Total Enferm.	médicos			
Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública																
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 a/	14.6	11.6	100.0	55.1	19.8	8.6	36.3
Seguro Social	7	7	116	53	14	35	4	17	46	22.6	22.6	374.2	171.0	45.2	54.8	148.4
1 hospital general	114	86	526	225	84	126	15	35	266	59.4	44.8	274.0	117.2	43.7	18.2	138.5
Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública																
Santo Tomás	145	106	869	538	197	300	41	39	292 a/	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 4

PANAMA: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DEL PERSONAL HOSPITALARIO, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Proporción				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	48 <u>a/</u>	68
13 hospitales generales	1.4	1.7	3.8	4.7	1.6	44 <u>b/</u>	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 seis hospitales y seis centros de salud.b/ Basado en seis hospitales.

(1) Basado en el total de médicos.

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

Cuadro 5

PANAMA: TIEMPO (EN MINUTOS) DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA, POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Médicos	Personal de enfermería	
		Total	Enfermeras
Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública			
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 de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública			
Santo Tomás	32	218	80

PANAMA: COSTOS DE HOSPITALIZACION Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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 Trabajo, Previsión Social y Salud Pública							
Total	516,794	6.2	586,096	7.86	48.73	2,877	1.77
13 hospitales generales	515,130	6.3	536,742	7.83	49.33	2,866	1.65
6 centros de salud	1,664	2.0	49,354	15.17	30.34	5,552	3.19
Seguro Social							
1 hospital general	66,418	9.2	18,672	30.74	282.81	11,251	6.15
Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública							
Santo Tomás	247,687	7.0	300,633	9.99	69.93	3,656	1.99

Cuadro 7

PANAMA: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA
QUE FACILITARON DATOS, 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 8

PANAMA: UTILIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS PRESTADOS, 1964

Institución	Población		Porcentaje de solici- tantes	Número			Indice por 100 habitantes			Consultas por 100 so- licitantes		Proporción por 100 con- sultas méd.					
	Abarcada	Solicitan- te		Consultas Médicas	Otras	Visitas a domi- cilio	Exáme- nes de lab.	Rayos X	Consultas Médicas	Otras	Médicas		Otras				
														Rayos X	Consultas Médicas	Visitas a domi- cilio	Inmu- niza- ciones
Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública	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
13 hospitales gene- rales	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	-
7 centros de salud provisos de camas	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
20 centros de salud	36,982	2,294	6.2	5,140	839	12	3,384	-	-	13.9	2.3	0.0	9.2	224.1	36.6	-	-
1 clínica escolar	20,760	1,191	5.7	1,853	...	...	1,886	450	-	8.9	...	...	9.1	155.6	...	24.3	-
Seguro Social																	
Hospital general	70,272	...	...	18,672	...	...	...	...	...	26.6	...	...	...	...	...	...	...
Consultorios de pa- cientes externos	132,675	...	...	625,048	165,601	-	-	442,347	38,029	471.1	124.8	-	-	...	...	70.8	6.1

Cuadro 9

PANAMA: PERSONAL DE LAS INSITUICIONES DE CONSULTA EXTERNA, 1964

Hospital	Médicos		Dentistas		Total	Otro personal				Tiempo del médico por consulta (en minutos)	Tiempo de enfermería por consulta	
	Personas	horas	Personas	Horas		Total	Enfermería	Partes				Total Enferm.
								Enferm.	Auxil.				Enferm.	pers.
13 hospitales generales a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	6	38	13
6 centros de salud provistos de camas a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	15	116	31
23 centros de salud	30	171	10	17	379	118	44	71	3	19	69	26
2 clínicas escolares	-	-	2	4	5	4	2	2	-	24	14	7
1 unidad móvil	1	8	-	-	13	11	-	11	-	67	742	-
Seguro Social												
1 hospital general a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	23	80	30
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 10

PANAMA: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS, 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

INFORME DEL PERU

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

A. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Estructura administrativa a nivel central, regional y local

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 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 Ministerio está basada en dos niveles fundamentales, el central y el 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 de dicho sector.

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 del Ramo. Tiene como órganos asesores o auxiliares a las siguientes dependencias:

- Dirección de Normas y Supervisión
- Dirección de Personal
- Dirección de Economía
- Dirección Técnica de Alimentación
- Dirección de Farmacia
- Oficina Sectorial de Planificación de Salud (como Oficina de Programación del Ministerio)
- Asesoría Jurídica
- Oficina de Sanidad e Intercambios Internacionales
- Instituto de Salud Ocupacional

Los Organismos Ejecutivos Periféricos están constituidos por las Areas de Salud, como dependencias responsables del cumplimiento de las actividades integradas de promoción, protección y recuperación de la salud, en una determinada región del país. Su labor de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud a nivel local se cumple mediante un régimen descentralizado, de acuerdo con los respectivos programas, bajo la responsabilidad ejecutiva de las Unidades de Salud, y la coordinación regional, asesoría y su-

pervisión de las Jefaturas de las Areas de Salud. A este respecto, existen dos niveles:

1) El 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) El 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 las siguientes:

Hospitales-centros de salud
 Hospitales generales y especializados
 Centros de salud
 Postas médicas
 Postas sanitarias
 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

Constitucionalmente, el Estado es el encargado de cuidar de 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 labor, 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 profesionales.

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 adaptan las normas y estándares de carácter nacional a las condiciones especiales predominantes en su zona.

La coordinación se cumple a diferentes niveles:

- a) Sectorialmente se coordinan las actividades a nivel del Despacho Ministerial.
- b) Sectorialmente, pero con carácter técnico, la coordinación está a cargo de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud.
- c) Institucionalmente, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la coordinación incumbe a la Dirección General de Salud.
- d) A nivel regional, la coordinación, tanto interna como externa con las demás instituciones que en una u otra forma están relacionadas

con la salud, la efectúa la Jefatura del Area de Salud.

- e) A nivel local la coordinación está a cargo de la Jefatura de la Unidad de Salud.

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 este.

A nivel local la supervisión, tanto de las actividades como del personal, está a cargo del jefe inmediato.

Planes de salud

En 1965 se terminó de formular un Plan Nacional de Salud para 1966-1970, actualmente en vigencia, siguiendo la metodología desarrollada por el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), de Caracas, Venezuela, y la Organización Mundial de la Salud, y que originalmente constituyó un adelanto al Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social del país.

Actualmente, dentro de este último contexto se ha completado el estudio y se encuentra en la fase de formulación el Plan Nacional de Salud, dentro del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social que entrará en vigencia a partir de 1967. Abarca a todo el sector de la salud, incluyendo a las entidades de Seguridad Social.

Sistema utilizado en la formulación del Plan y del Presupuesto

En la formulación del Plan Nacional de Salud se utilizó la mencionada metodología, con la participación del personal de todos los niveles de la organización del Ministerio. 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, de acuerdo con las metas establecidas por el Plan.

En cuanto a la administración de personal, se han comenzado a descentralizar las funciones 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.

B. CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

El 12 de agosto de 1936, el Presidente del Perú, General de División Oscar R. Benavides, promulgó la Ley No. 8433, que señala la vigencia de un conjunto de disposiciones legislativas que otorgan a los obreros derecho a deter-

minadas prestaciones en contingencias específicas. En otras palabras, marcó 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 Nos. 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.

Cuadro 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 inició el otorgamiento de prestaciones asistenciales directas a los obreros asegurados, con la inauguración simultánea de los Hospitales Obreros de Lima e Ica a los que pronto y en sucesión casi regular siguió la inauguración de otros Hospitales y Policlínicos Obreros, como puede apreciarse a continuación:

	<u>Fecha de inauguración</u>	<u>Número de camas</u>
Lima	10-II-41	894
Ica	10-II-41	150
Callao (Policlínico)	7-X-41	26
Huacho	30-XI-41	251
Chiclayo	2-I-43	224
Chocope	27-XI-43	137
Pisco (Policlínico)	5-VI-44	--
Arequipa	11-XI-44	144
Chincha	13-X-46	126
Cañete	19-VII-48	102
Trujillo	20-I-51	98
Piura	3-VIII-51	140
La Oroya	8-VI-53	157
Cerro de Pasco	8-III-58	33
Huariaca	9-III-58	157
Policlínico No. 1 de Lima	--	--
Chimbote	12-VIII-63	140

Dadas las condiciones existentes en el país en lo que a asistencia hospitalaria respecta, en el momento en 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, en el Perú, 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 a prestar 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 el 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 Subsector 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 efectivo en los riesgos de enfermedad y maternidad, pensiones, en los riesgos de invalidez y vejez, y cobertura de los gastos de funeral y capital de defunción a los deudos de los beneficiarios de todos los riesgos anteriormente enumerados. Por mandato de la Ley No. 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 tiene, además, un programa de Prestaciones Institucionales del cual son beneficiarios sus propios servidores.

Estructura administrativa y económica

Dependencia integrante del Subsector 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 nómina 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
- 2.0% para el riesgo de vejez
- 0.5% para el riesgo de muerte

La fuente de financiamiento de la Jubilación Obrera procede del 4% del monto de las nóminas de sueldos de obreros, del cual el 2% está a cargo del empleador y el 2% de los obreros.

Población protegida

En la actualidad 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 kms sobre un área total de 1,285,215.6 km².

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, Chincha, 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, Sandia y Huancaavelica.

Dirección de Prestaciones de Salud

Es la Unidad Ejecutora del Sub-Pliego II--Enfermedad-Maternidad e Invalidez, del Pliego Caja Nacional de Seguro Social y consta de los tres programas siguientes:

- Programa 1--Dirección de Prestaciones de Salud
- Programa 2--Riesgos de Enfermedad-Maternidad
- Programa 3--Riesgos 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, adapta y actualiza el presupuesto funcional de los riesgos de enfermedad, maternidad e invalidez, y se realizan las funciones de capacitación de personal. A través del Programa 2 se otorgan prestaciones en efectivo 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. Todo 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 millones de soles como subsidio de enfermedad, correspondiente a la prestación en efectivo 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 su familia.

El cumplimiento del Programa II significa un egreso anual promedio de 1,670.20 soles 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 4,000 soles 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 hecho de que en el Canadá, por ejemplo, donde el nivel sanitario es de los más altos del mundo, el 60% de la población experimenta uno o más períodos de enfermedad, con una duración promedio de 12 días por año y por habitante y con una demanda de cinco a seis 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 15 días por enfermedades agudas del aparato respiratorio. En la República Federal de Alemania el costo promedio anual por afiliado al régimen del Seguro de Enfermedad es de 300 marcos.

Estas cifras indicadoras de lo que sucede 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 hecho de 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, determinando un desordenado crecimiento de las ciudades, una caótica desruralización y la aparición de barriadas marginales que bajo el nombre de cinturones de miseria, tugurios, favelas, callampas, etc., contribuyen a agravar el problema sanitario.

Realizaciones inmediatas

Como medidas que permiten 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 canceladas. En segundo término, la modernización de los centros asistenciales, de acuerdo con un programa de prioridades, ha entrado en una etapa de efectivas realizaciones. Así, por ejemplo, la renovación de la flota de vehículos se encuentra en sus etapas finales y a través de un adecuado control del ejercicio presupuestario, se ha adquirido nuevo equipo para los centros asistenciales, adquisición que progresivamente se intensificará en 1966, hasta lograr la total culminación de esta etapa programativa. Conviene señalar que es garantía de que esto ocurrirá el hecho de 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 los recursos, que se traducirá en la puesta en marcha de servicios periféricos de salud, espe-

cialmente en la gran Lima, donde están próximos a inaugurarse nuevos servicios asistenciales en la zona industrial de la Avenida de la 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 estos disponer de las medicinas, equipo y materiales en el momento oportuno. En quinto lugar, la Dirección de Prestaciones de Salud ha prestado especial atención a la calidad del trabajo que el personal de todas las jerarquías debe rendir, y que en última instancia se traduce en la mejor atención institucional del enfermo. Es así como, junto a nuevos planteamientos, en lo que a capacitación y formación de su personal respecta y a la formulación de normas de trabajo, está en marcha un programa de coordinación y supervisión y otro de evaluación, dentro del cual se ha establecido la Auditoría Médica 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 a lograr una adecuada atención institucional de los enfermos, con criterio geográfico y funcional, ha 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. Por otra parte, se están 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 actividades 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 elevada 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 socioeconómica; 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 pleno estado 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 1

PERU: NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS, INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número			Indice 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									
5 hospitales generales	913,951	1,320	19,738	438,486	182,167	1.4	21.6	479.8	199.3
24 hospitales-centros de salud	2,297,654	3,197	39,795	530,962	372,983	1.4	17.3	231.1	162.3
16 puestos médicos con camas	279,177	123	929	4,324	36,321	0.4	3.3	15.5	130.1
10 hospitales especializados	...	2,560	5,630	838,118	192,346	...	...	...	...
Beneficencia									
6 hospitales generales	745,357	634	21,402	268,573	12,602	0.9	28.7	360.3	16.9
1 hospital especializado	2,078,574	1,150	314	431,922	8,940	0.6	0.2	207.8	4.3
Caja Nacional de Seguro Social									
14 hospitales generales	418,747	2,610	48,626	725,286	1,723,911	6.2	116.1	1,732.0	4,116.8
Seguro Social del Empleado									
2 hospitales generales	340,790	1,007	25,605	311,794	647,566	3.0	75.1	914.9	1,900.2

Cuadro 2

PERU: INDICES DE UTILIZACION DE LOS HOSPITALES, 1964

Hospitales o grupo de hospitales	Permanencia media <u>a/</u>	Indice de movimiento de pacientes	Indice de ocupación <u>a/</u>
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 3

PERU: PERSONAL DE LOS HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Número										Proporción por 100 camas ocupadas					
	Médicos			Personal de enfermería			Otro pers. asist. méd.		Médicos		Personal enfermería		Otros cuida-	Otros ser-		
	Total	Tiempo compl.	excl. médicos	Total	Enferm.	Auxil. Par-teras	Total	Enferm.	Otro pers. asist. méd.	Total	excl. médicos	Total	Enferm.	Otros		
	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.	Tiempo compl.		
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social																
11 hospitales generales	394	267	3,217	1,743	369	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	267	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	4	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	257	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	20	48	1	6	113	2.8	1.5	30.9	11.3	3.3	1.0	18.8
1 hospital especializado	43	25	680	408	73	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	486	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	516	674	125	289	1,815	29.4	29.4	283.5	109.0	42.8	24.0	150.

a/ Excluidos 41 dentistas sobre los cuales no se mencionan las horas de trabajo.

Cuadro 4

PERU: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DEL PERSONAL HOSPITALARIO, 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 5

PERU: TIEMPO (EN MINUTOS) DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA
POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 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 6

PERU: COSTOS DE LA HOSPITALIZACION Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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						
11 hospitales generales	1,057,102	12.7	607,545	106.67	1,354.71	39,041
25 hospitales-centros de salud	522,277	12.9	403,520	76.21	983.11	27,893
18 puestos médicos con camas	6,192	4.8	51,216	32.05	153.84	11,730.30
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	303.84 a/	4,618.37	111,205
Seguro Social del Empleado						
1 hospital general	282,870	12.3	547,092	456.50	5,614.95	167,079
						60.77
						160.20

a/ Sobre la base de que el costo de cinco consultas de pacientes externos equivale a un día-paciente.

Cuadro 7PERU: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA
QUE FACILITARON DATOS, 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	...	7 <u>a/</u>	6
Hospital-centro de salud	26	...	22 <u>b/</u>	21
Puestos médicos con camas	20	...	- <u>c/</u>	-
Hospitales especializados	7	...	2 <u>d/</u>	2
Puestos médicos sin camas	12	...	- <u>e/</u>	-
Centros de salud	21	...	5 <u>f/</u>	4
"Consolidados"	70	...	- <u>g/</u>	-
Beneficencia				
Hospitales generales	3	...	1 <u>h/</u>	1
Hospitales especializados	1	...	1	1
Caja Nacional de Seguro Social				
Hospitales generales--Obrero				
Consultorios--Obrero	1	...	1	1
Seguro Social del Empleado				
Hospitales generales	2	...	2	2

-
- a/ De 8 instituciones que dieron esta información.
b/ De 23 instituciones que dieron esta información.
c/ De 8 instituciones que dieron esta información.
d/ De 2 instituciones que dieron esta información.
e/ De 9 instituciones que proporcionaron esta información.
f/ De 8 instituciones que facilitaron esta información.
g/ De 37 instituciones que facilitaron esta información.
h/ De 2 instituciones que suministraron esta información.

Cuadro 8
PERU: UTILIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS PRESTADOS, 1964

Institución	Población		Porcentaje de sollicitantes	Número			Índice por 100 habitantes			Consultas por 100 sollicitantes		Proporción por 100 consultas méd.					
	Abarcada	Sollicitante		Consultas Médicas	Otras	Exámenes de lab.	Rayos X	Consultas Médicas	Otras	Visitas a domicilio	Inmunizaciones		Exámenes de Rayos Lab.				
														Consultas Médicas	Otras	Exámenes de lab.	Rayos X	Consultas Médicas	Otras	Exámenes de Rayos Lab.
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social																	
5 hospitales generales	913,951	...	...	162,167	...	...	...	19.9	...	...	...	...	
24 hospitales-centros de salud	2,297,654	...	...	372,983	...	...	...	16.2	...	...	...	...	
16 puestos médicos con camas	279,177	34,209	12.3	36,321	11,115	...	...	13.0	4.0	...	26.4	106.2	32.5		
10 hospitales especializados	...	...	...	192,346	...	...	...	...	...	...	...	...	...
19 centros de salud	727,284	...	...	213,923	15,654	8,856	460,398	21,985	116	...	...	...	...
11 puestos médicos sin camas	163,919	23,961	14.6	30,202	1,691	...	...	18.4	1.0	...	29.0	126.0	7.1		
56 "Consolidados"	675,105	124,910	18.5	141,833	7,488	3,364	510,379	-	-	21.0	1.1	0.5	75.6	113.5	6.0		
Beneficencia																	
6 hospitales generales	745,357	...	...	12,602	...	...	...	1.7	...	...	...	...	...
1 hospital especializado	2,078,574	...	...	8,940	...	...	...	0.4	...	...	...	...	...
Caja Nacional de Seguro Social																	
14 hospitales generales	418,747	1,723,911	-	36,026	-	670,925	156,102	411.7	-	8.6	-	...	38.9	9.1	
1 consultorio	5,648	31,311	-	169	-	4,477	2,612	554.4	-	3.0	-	...	14.3	8.3	
Seguro Social del Empleado																	
1 hospital general	310,929	125,454	40.3	547,092	291,209	5,783	29,574	230,211	26,060	176.0	93.7	1.9	9.5	436.1	232.1	42.1	4.8

Cuadro 9

PERU: PERSONAL DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA, 1964

Hospital	Médicos		Dentistas		Total	Otro personal				Tiempo del médico por consulta (en minutos)	Tiempo de enfermería por consulta		
	Personas	Horas	Personas	Horas		Enfermería		Parte-pers.	Otro pers.		Total	Enferm.	
						Total	Auxil.						
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospitales generales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Hospitales-centros de salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Puestos médicos con camas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
Hospitales especializados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
12 puestos médicos sin camas	15	59	4	14	55	45	6	34	5	10	37	10	18
20 centros de salud	65	249	23	75	315	160	13	137	10	155	18	10	27
70 "Consolidados"	58	217	9	27	171	117	2	103	12	54	27	12	27
Caja Nacional de Seguro Social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospitales generales a/ Consultorios	7	...	1	...	11	9	1	8	-	2	...	-	...
Seguro Social del Empleado	...	761	...	112	-	-	-	-	-	-	-	-	21

a/ Incluidos en hospitales.

Cuadro 10

PERU: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS, 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

INFORME DE VENEZUELA

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

A. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

Estructura administrativa de la autoridad central

La organización actual del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social responde a una estructuración en constante evolución, que trata de lograr una mayor coordinación de todos sus programas, con el fin de alcanzar la integración tanto técnica como administrativa de todas sus dependencias.

Esta organización consta fundamentalmente de cinco 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, dirige las actividades técnico-administrativas para la ejecución de los programas a nivel de los Servicios Locales de Salud Pública.

Tiene funciones de asesoramiento, supervisión y evaluación, y 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 dividida por Departamentos y estos, a su vez, en Divisiones, a saber:

- a) Departamento de Demografía y Epidemiología, que comprende las Divisiones de Epidemiología, Población, Estadística Vital y Fiebre Amarilla y Peste
- b) Departamento Instituto Nacional de Higiene, que comprende el Insti-

tuto Nacional de Higiene, División de Laboratorios y el Servicio Nacional de Anatomía Patológica

- c) Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto, que comprende las Divisiones de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares, Enfermedades Cardiovasculares, Oncología, Dermatología Sanitaria y Venereología
- d) Departamento de Higiene Maternoinfantil, que comprende el Instituto Nacional de Puericultura y las Divisiones de Higiene Escolar y Odontología Sanitaria
- e) Departamento de Servicios Médicos Asistenciales, que comprende 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 HelminCIASIS
- 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. Corresponden 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 está integrada por los siguientes Departamentos y Divisiones:

- a) Departamento de Bienestar Familiar, que comprende las Divisiones de Trabajo Social y Socioeconómica
- b) Departamento de Desarrollo de la Comunidad, que comprende una Divi-

sión 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 los aspectos administrativo-financieros, como son la adquisición de materiales y equipo, su depósito y suministro a los servicios, y realiza algunas actividades de mantenimiento de edificios y equipo 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) División de Habilitaduría
- b) División de Contabilidad
- c) División de Compras
- d) División de Proveeduría y Transporte

Además tiene un Departamento de Servicios Generales, que comprende las Divisiones de Arquitectura y Construcciones.

Estructura de las autoridades intermedias y locales

Como autoridades intermedias se consideran 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 una Dirección, Secretaría, Consejo Asesor de Salud Pública, Administración Sanitaria, Epidemiología y Estadística Vital, Atención Médica, Saneamiento Ambiental, Asuntos Sociales, Programas Especiales y Servicios Administrativos.

Como autoridades locales están los hospitales, unidades sanitarias, centros de salud y medicaturas rurales. Los hospitales están integrados por una Dirección, Secretaría, Comisión Técnica, Departamentos Médicos (Medicina, Cirugía, Pediatría, Obstetricia), Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Servicios Técnicos Auxiliares y Servicios Administrativos de Operación y Mantenimiento. Las unidades sanitarias en general se componen de una Dirección, Secretaría, Epidemiología y Estadística Vital, Higiene Maternoinfantil, Venereología, Tuberculosis 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, Descubrimiento Precoz del Cáncer Uterino, Laboratorio, etc. Los centros de salud cuentan con las siguientes dependencias: 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, y en donde se llevan a cabo programas de medicina preventiva y curativa de tipo ambulatorio.

Sistema regional

El objetivo del sistema regional tiene como base doctrinaria la descentralización e integración administrativa a nivel regional y el establecimiento de una dirección única para planificar, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar las actividades integrales de los Servicios Locales de Salud Pública, de Malariología y Saneamiento Ambiental, cuyo conjunto de acción social constituye la organización regional, y orientar dichas actividades según las normas del Despacho.

De las 22 entidades federales del país, siete cuentan con el sistema regionalizado, y se tiene programado incorporar al sistema nuevos estados en forma inmediata. Mientras esto ocurre, se desarrollan actividades de promoción y difusión de la doctrina de descentralización, llevándose adelante las actividades funcionales de organización, partiendo desde las células más elementales de los establecimientos.

Disposiciones legales

Consagrado por la Constitución Nacional, el derecho a la salud del pueblo venezolano, el ejercicio de todas aquellas actividades públicas y privadas que lleven en sí 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 la 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 virtud de 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 vigente en el país.

Las funciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se resumen así:

- a) El 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 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, estatales, 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.

Plan Nacional de Salud

A pesar de que en el Plan de la Nación para 1963-1966 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 autorizó la creación de Oficinas sectoriales a nivel de Ministerios e Institutos Autónomos, no fue sino con fecha 19 de junio de 1964 que se dictó 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, coordi-

nación 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 oficinas para la división del trabajo de planificación. A mediados de 1965 se inició 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 y otros organismos. En 1966 se está recogiendo información necesaria para formular el Presupuesto-Programa del Ejercicio Fiscal enero-diciembre de 1967, aplicando la primera etapa del proceso de la metodología de la planificación señalada por el Centro de Estudios del Desarrollo (Venezuela), y la Organización Panamericana de la Salud. Este procedimiento va a ser aplicado estrictamente al radio de acción del Ministerio de Sanidad, quedando fuera las Instituciones de Seguridad Social y otros organismos de salud. Lo importante de esta iniciativa radica en que constituye el paso inicial para la formulación futura del plan de salud.

Sistema utilizado en la formulación del programa y presupuesto

El presupuesto-programa ha venido presentándose como un documento anexo al presupuesto financiero, determinado 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 constituyen el poder público nacional.

Es así como, tomando como base los formularios que el organismo anteriormente citado prepara, el Ministerio de Sanidad recaba 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 analiza a fin de preparar el documento único que posteriormente, previa la aprobación del Congreso Nacional, constituirá la Ley de Presupuesto para el ejercicio fiscal venidero.

El presupuesto sectorial se descompone en presupuesto por programas, subprogramas y actividades, y en los rubros de gastos se detalla por partidas, subpartidas genéricas y subpartidas específicas, a fin de establecer una íntima relación entre estos y los primeros.

En 1964 se reorganizó la Oficina de Personal como una dependencia de la Dirección General, otorgándosele 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 contratación de personal. Se tomaron las disposiciones pertinentes para la clasificación de los cargos, de acuerdo con 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.

Recursos asignados al Ministerio

a) Por programas

No. Programa	Presupuesto y modificaciones (1964)		Presupuesto y modificaciones (1965)		Presupuesto (1966)	
	Bolívares	%	Bolívares	%	Bolívares	%
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	38,256,058	6.00	40,993,872	6.00
4 Servicios normativos de malariología 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

b) Por objeto de los gastos

Parti- da	Concepto	Presupuesto y mo- dificaciones (1964)		Presupuesto y mo- dificaciones (1965)		Presupuesto (1966)	
		Bolívares	%	Bolívares	%	Bolívares	%
10	Sueldos básicos y compen- saciones 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 construcciones temporales	701,649	0.13	808,226	0.13	3,997,100	0.58
50	Adquisición de maquinaria 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. financiero	750,000	0.13	750,000	0.12	1,560,536	0.23
<u>Asignaciones 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
	Aporte para acueductos rurales a ser finan- ciados con recursos de operación de crédito público	8,000,000	1.44	6,426,160	1.00	6,426,160	0.94
	Vivienda rural	16,469,816	2.96	22,500,000	3.51	22,500,000	3.28
	Gastos de sostenimiento de servicios hospitalarios	17,147,156	2.96	64,672,931	10.10	17,100,000	2.50
	Ampliaciones y nuevos servicios médico-asisten- ciales	73,234,560	13.15	16,780,912	2.62	64,501,005	9.41
	Gastos de sostenimiento de servicios no hospita- larios	4,553,554	0.82	3,323,656	0.52	10,000,000	1.46
	Sostenimiento de internados y gastos de funcionamiento de escuelas	875,316	0.16	1,525,316	0.24	4,876,444	0.71
	Programas especiales contra la enfermedad de Chagas	99,313,281	17.83	114,508,484	17.88	15,000,000	2.19
	Contratos colectivos	118,884,629	21.73	118,884,629	17.88	118,884,629	17.34
	Totales	557,023,091	100	640,494,391	100	685,449,780	100

Información adicional

Para la realización del presente trabajo, se han tomado en cuenta los siguientes servicios:

Hospital Central de Valencia, Estado Carabobo	560 camas
Hospital Rodríguez Rivero, San Felipe, Estado Yaracuy	119 "
Hospital Central, San Cristóbal, Estado Táchira	421 "
Centro de Salud Padre Oliveros, Nirgua, Estado Yaracuy	50 "
Hospital Psiquiátrico de Barquisimeto, Estado Lara	140 "
Sanatorio Antituberculoso "R.G. Plaza", Valencia, Estado Carabobo	165 "
Medicatura Rural de Campo Elías, Estado Yaracuy	--
Medicatura Rural de Guama, Estado Yaracuy	--
Medicatura Rural de Turmero, Estado Aragua	6 "
Medicatura Rural de Guarico, Estado Lara	9 "
Medicatura Rural de San Mateo, Estado Aragua	5 "
Medicatura Rural de San Diego, Estado Carabobo	3 "
Medicatura Rural de Sarare, Estado Lara	--
Unidad Sanitaria de Valencia, Estado Carabobo	--

Las actividades de salud se realizan 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 "
8 Hospitales psiquiátricos	3,878 "
1 Hospital oncológico	86 "
51 Unidades sanitarias	--
Total	17,102 camas

B. INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES

Introducción

Cumplida la encuesta recomendada por la Organización Panamericana de la Salud, labor desarrollada dentro de las normas y definiciones preestablecidas por dicha organización, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) aspira a poder aportar en ella valiosos 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 efec-

tiva 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, con el fin de evitar duplicaciones mezquinas y onerosas, se orienta una política de utilización racional de las disponibilidades asistenciales del Estado, llegando inclusive hasta la coordinación experimental de servicios como el que se describe más adelante en este 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.

Se considera, pues, que las realizaciones del Instituto no fomentan la creación de grupos privilegiados, toda vez que sí 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.

Disposiciones legales

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 del 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 con 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 efectúa mediante la contribución de patronos y trabajadores en un 50% 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 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 24,000 bolívares 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>	
	<u>Diaria</u>	<u>Semanal</u>
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

SEGURO DE ENFERMEDAD-ATLANTIDAD, 1964

Zonas de aplicación (Ciudades)	Asegurados	Familiares	Total de beneficiarios	Cotizaciones (en Bolívares)
Caracas y su zona metropolitana	172,158	346,229	518,387	89,179,323
Estado Miranda				
Los Teques	5,901	11,447	17,348	2,255,289
Guaremas				
Distrito Federal				
La Guaira	15,108	35,735	50,843	6,445,278
Estado Aragua				
Maracay	24,631	50,328	74,959	9,090,568
La Victoria				
Estado Carabobo				
Valencia	41,149	87,177	128,326	16,161,133
Puerto Cabello				
Estado Lara				
Barquisimeto	47,551	8,974	56,525	5,058,185
Estado Falcón				
Coro	11,463	40,770	52,233	4,682,441
Punto Fijo				
Estado Zulia				
Maracaibo	29,945	66,589	96,534	15,924,252
Estado Táchira				
San Cristóbal	9,118	23,592	32,710	2,502,979
Estado Bolívar				
Ciudad Bolívar	7,952	19,206	27,158	5,997,707
Puerto Ordaz				
Totales	334,324	720,699	1,055,023	157,297,154

Organización administrativa

La prestación de servicios médicos en el Seguro Social venezolano está incorporada a la estructura misma de la organización a través de su División de Servicios Médicos; por tal motivo se presenta una información general sobre la estructura administrativa del Instituto (Véanse organogramas anexos).

Descripción del tipo de organización

El IVSS 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 y objetivos básicos

La causa fundamental de su creación la constituyó 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 es 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 y los riesgos incorporados de acuerdo a la nueva Ley del 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.

Funciones básicas de las unidades principales

El Consejo Directivo, como órgano superior, imparte las directrices generales para la organización, funcionamiento y administración del Instituto.

El Director General tiene la representación jurídica del Instituto y es su órgano ejecutivo.

La División de Control inspecciona y controla los fondos manejados por funcionarios del IVSS y colabora con las demás Divisiones dentro de sus atribuciones.

La División de Personal dicta las normas generales relativas a la administración de personal.

La División de Administración cuida de la ejecución de los programas en materia administrativa; organiza y lleva la contabilidad del Instituto; mantiene al día los inventarios de bienes; prepara los balances; inspecciona directamente la Tesorería; organiza y supervisa 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.

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 las siguientes:

- 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 necesarios para cumplir los fines que están atribuidos.

La División Legal representa al IVSS en todas las actuaciones judiciales o extrajudiciales, evacúa las consultas jurídicas del Instituto e informa sobre las apelaciones que intenten ante la Dirección General.

La División de Medicina del Trabajo, Higiene y Seguridad Industrial tiene como objetivo fundamental 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.

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 Dirección 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 218,736,000 bolívares; destinándose 166,248,000 al presupuesto de enfermedad-maternidad.

Lo relativo a la función de personal, se cumple de la siguiente manera: el Reglamento General del Estatuto Orgánico del Seguro Social Obligatorio, establece en su Artículo 18 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 evitará 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.

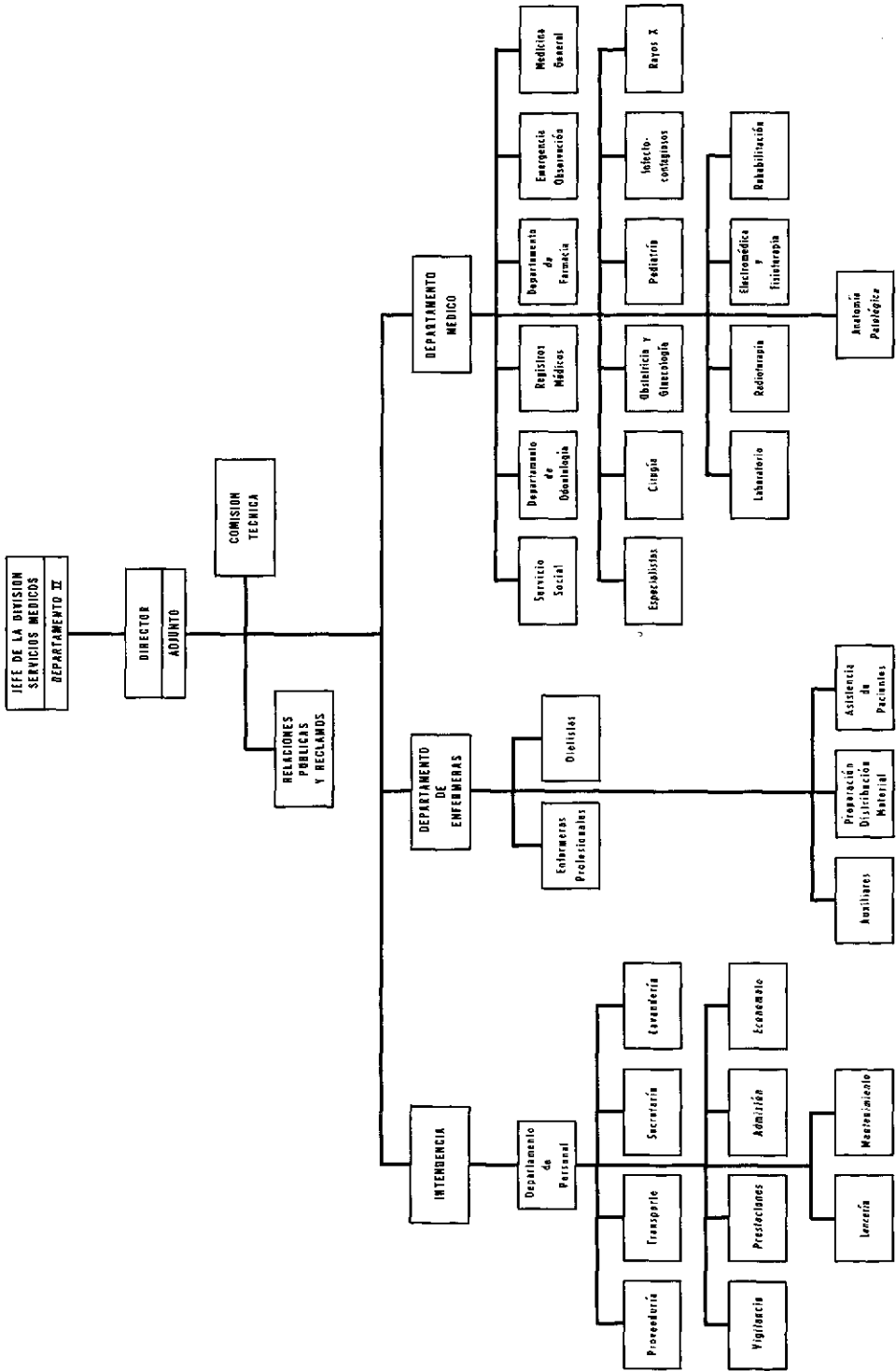
5) Los trabajadores deberán ser tratados con justicia y obtener la remuneración, servicios, seguridad y prestaciones sociales de acuerdo con las mejores técnicas de personal y los recursos del Instituto.

6) Deberá mantenerse un equilibrio racional entre el trabajo a desarrollarse y el número de empleados y obreros.

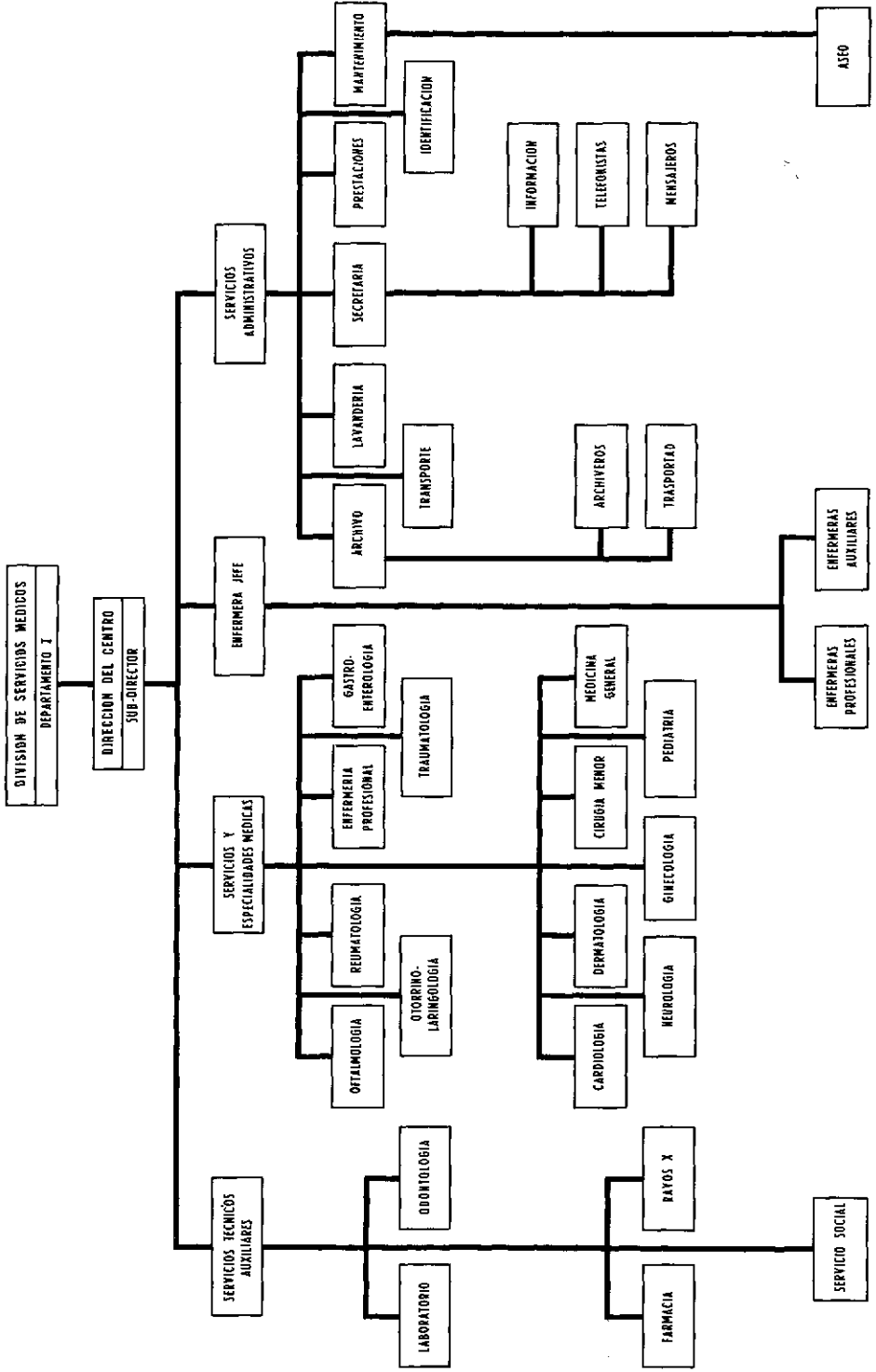
7) El nombramiento, contratación y los ascensos de los empleados se harán sobre la base de méritos, tomando en consideración la capacidad, habilidad, experiencia, integridad y antecedentes de los candidatos.

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,

INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
HOSPITAL GENERAL-TIPO
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL



INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
 CENTRO AMBULATORIO - TIPO
 ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL



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 72,795,816 bolívares, por concepto de salario y 14,614,800 bolívares por concepto de beneficios derivados de los contratos y convenios de trabajo. En total, una cantidad de 174,821,232 bolívares fueron destinados a la remuneración de sus trabajadores.

Actividades preventivas en favor de los asegurados y de su grupo familiar

En Venezuela existen disposiciones legales expresas que establecen el alcance, la cobertura de las acciones de salud, fundamentalmente las de 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 puede clasificarse así:

- a) Prevención de enfermedades comunes, orientada a la totalidad del grupo familiar y cumplida a diario dentro del volumen de consultas ordinarias.
- b) Prevención de la maternidad, dirigido 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, dirigida a los trabajadores cotizantes. Se ha 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 actividades 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 sino 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.

Relaciones jurídicas y administrativas entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

Las relaciones jurídico-administrativas entre el Ministerio de Sanidad

y Asistencia Social y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales están perfectamente normadas por el Estatuto Orgánico del Seguro Social Obligatorio y su Reglamento General, las cuales se pueden clasificar así:

Aspecto asistencial. El Estatuto, en su Artículo 31, y el Reglamento General, en sus Artículos 6-10; 52-2; 53-3; 146 y 147 confiere al Ministerio 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 equipo 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 de 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 Artículo 6, incisos 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. De acuerdo con el Artículo 6, inciso 5, del Reglamento, el Ministerio de Sanidad está 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 está compuesto de seis miembros principales con sus respectivos suplentes, distribuidos así:

- 2 representantes del Ejecutivo Federal
- 2 representantes de los Asegurados
- 2 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.

Desde 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 demostrado en la práctica que sí se puede llevar a efecto; lo que representa grandes ventajas por cuanto permite a dos instituciones ayudarse mutuamente 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 y además 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 se 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.

Beneficiarios

En Venezuela todos los grupos familiares tienen acceso a los servicios médicos del IVSS, ya que la población amparada por el régimen de seguridad social se encuentra ubicada fundamentalmente en centros urbanos dotados con suficientes 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.

Cuadro 1

VENEZUELA: NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS. INDICES POR 1,000 HABITANTES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Población abarcada	Número				Indice por 1,000 habitantes			
		Camas	Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos	Camas	Altas	Días-paciente	Consultas pacientes externos
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social									
4 hospitales generales	463,936	1,150	31,279	341,469	338,459	2.5	67.4	736.0	729.5
2 hospitales especializados	766,940	305	810	72,694	8,084	0.4	1.1	94.8	10.5
4 medicaturas rurales	46,096	23	749	2,449	35,484	0.5	16.2	53.1	769.8
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 2

VENEZUELA: INDICES DE UTILIZACION DE HOSPITALES, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Permanencia media	Indice 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 <u>a/</u>	31.5	78.8

a/ A base de los días del censo.

Cuadro 3

VENEZUELA: PERSONAL DE LOS HOSPITALES Y PROPORCION POR 100 CAMAS OCUPADAS, 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	Tiempo compl.		Total Enferm.	Enferm. médicos				
			Otros servicios													
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social																
4 hospitales generales	234	126	887	499	113	386	-	43	345	24.2	13.0	77.1	43.4	9.8	3.7	30.0
2 hospitales especializados	16	8	144	80	40	40	-	7	57	5.7	2.8	51.2	28.5	14.2	2.4	19.7
4 medicaturas rurales	6	25	29	22	1	21	-	1	6	90.9	37.9	111.6	84.5	3.8	3.8	23.1
Seguro Social																
16 hospitales generales	496	339	2,471	1,180	322	858	-	132	1,159	37.3	25.5	185.6	88.7	24.2	9.9	87.1

Cuadro 4

VENEZUELA: PROPORCION EN LA DISTRIBUCION DE PERSONAL HOSPITALARIO, 1964

Hospital o grupo de hospitales	Proporción				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

(1) Basado en el total de médicos.

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

Cuadro 5

VENEZUELA: TIEMPO (EN MINUTOS) DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA POR DIA Y POR CAMA OCUPADA, 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

VENEZUELA: COSTOS DE LA HOSPITALIZACION Y DE LAS CONSULTAS DE PACIENTES EXTERNOS, 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 Sanidad y Asistencia Social						
4 hospitales generales	353,441	10.9	338,459	44.41	484.07	16,254
2 hospitales especializados	102,932	89.7	8,084	26.98	2,420.11	9,875
4 medicaturas rurales	2,422	3.3	35,484	40.12	132.40	14,723
Seguro Social						
16 hospitales generales	487,227	9.2	1,477,139	105.13 <u>b/</u>	967.20	38,478
						13.41 <u>c/</u>

- a/ Sólo un hospital.
 b/ Difiere de los datos contenidos en el cuadro sobre gastos.
 c/ A base de ocho consultorios.

Cuadro 7

VENEZUELA: NUMERO Y CLASE DE INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA
QUE FACILITARON DATOS, 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 9

VENEZUELA: PERSONAL DE LAS INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA, 1964

Hospital	Médicos		Dentistas		Total	Otro personal				Tiempo del. médico por consulta (en minutos)	Tiempo de enfermería por consulta		
	Personas	Horas	Personas	Horas		Total	Enfermería	Partes			Total	Enferm.	
								Enferm.	Auxil. ras				Otro pers.
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social													
3 hospitales generales	212	494	5	7	463 <u>a</u> /	118	20	98	-	348 <u>a</u> /	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	895	2,400	131	550	1,741	613	130	483	-	1,128	15	19	4
7 consultorios auxiliares	15	52	1	4	47	24	2	22	-	23	23	36	3
7 consultorios especializados	90	208	6	32	175	42	8	34	-	133	21	16	3

a/ Se observa cierta duplicación con el personal hospitalario.

Cuadro 10

VENEZUELA: PROMEDIO DEL COSTO POR CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS, 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