

olga palmero zilveti*

la seguridad social y la atención de la salud en américa latina**

Desde la iniciación de los seguros sociales en América Latina¹ hasta hoy, media un largo proceso de articulación de la doctrina de la seguridad social y una evolución paralela de las formas de acción de la misma, es decir, de los sistemas de seguridad social.

El estudio de las realizaciones contemporáneas con referencia a la concepción doctrinal de la seguridad social, formulada durante la última Guerra Mundial a escala nacional e internacional, permite apreciar la distancia que subsiste aún entre los principios y la realidad, y discernir, con la necesaria circunspección, las perspectivas que se abren a la institución de seguridad social, aparentemente, una de las más indicadas para ser interpretada en el curso mismo de su desarrollo.

De ahí que, sin desestimar los objetivos de la seguridad social, pero situando los mismos en un terreno en el que se pueden apreciar a través de los medios con que ésta se desarrolla, se observa una extensión progresiva de los sistemas que permite ver, por una parte, los resultados obtenidos y por la otra, la tendencia hacia una se-

* Subjefe del Departamento de Asuntos Internacionales del IMSS.

** Esta exposición está basada en el trabajo que bajo el nombre de **Financiamiento y Extensión de la Seguridad Social en América**, I, Parte: "Criterios de Enfoque de la Universalización de la Seguridad Social", fue publicado por: IMSS, Secretaría General. Depto. de Asuntos Internacionales, 1981.

¹ Véase **Progresión y Avances de la Seguridad en América Latina**. IMSS, +, SG. DAI, 1980.

² Perrin, Guy J., "La seguridad Social como Ideología y como Realidad". **Revista Seguridad Social**, CPIS, Año XVII, Epoca III, números 49-50, p. 1.

guridad social sustancialmente basada en un principio de universalidad.

Estudiar la transformación de los sistemas de seguridad social, implica observar paralelamente cómo, a partir de un criterio limitativo de protección de los trabajadores asalariados que inspiraba a los antiguos seguros sociales, se han desarrollado mecanismos que articulan los sistemas de seguridad social con otras acciones de la política social.

Este último aspecto motiva reflexiones que llevarían a buscar un replanteo de la propia seguridad social, mismo que rebasaría el objetivo de esta exposición. Sin embargo ha de reiterarse que, en lo tocante a este campo sólo se consideran los sistemas y su paulatina extensión progresiva, con un criterio circunscrito a la atención de la salud en América Latina.

De esta manera, ocupa nuestra atención el análisis de los sistemas nacionales de salud y de sus estrechas relaciones con los sistemas de seguridad social, sean éstos nacionales o en vías de esta extensión.

La Organización Panamericana de la Salud señala la importancia creciente de los sistemas nacionales de salud,³ como uno de los medios para alcanzar la coordinación de los recursos, al definir a estos sistemas como:

Un conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integral, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles.⁴

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

Es por tanto evidente que un sistema de salud, así concebido, resultaría una de las partes más significantivas del desarrollo económico y social en cualquier país, con vinculaciones estrechas con otras acciones que se realizan en materia de política social.

Con base en lo anterior, y para fines de este curso, se analizan algunos sistemas latinoamericanos con referencias a otros países, en los que se pueden señalar los mecanismos seguidos en la organización de sistemas nacionales de salud y las relaciones y consideración dentro de éstos de los sistemas de asistencia médica de la seguridad social.

³ Véase **Financiamiento y extensión de la seguridad social en América Latina**. IMSS, SG, DAI, 1981.

⁴ Guía para la coordinación de la atención médica. Citado por "Sistemas de Salud", publicación científica (OPS, 1972) No. 234, p. 4.

El simple planteamiento de las prestaciones médicas de la seguridad social en América Latina, muestra que en los países examinados se aplican regímenes muy diversos, lo que origina que su comparación sea más viable al dividir entre aquellos que consisten en un sistema de atención médica a nivel nacional y los que se administran a través de instituciones de seguridad social con diferentes grados de articulación con el sector salud.

Desde este último punto de vista se encuentra una amplia gama de soluciones. En efecto, en Cuba, existe un régimen no contributivo, regímenes contributivos coexistentes con otros no contributivos que se expanden hacia la población nacional, son los casos, por ejemplo, de Costa Rica y México, entre otros y regímenes de seguridad social eminentemente contributivos, como en Bolivia, Colombia y otros.

Si bien, es desde el punto de vista del financiamiento de la seguridad social donde se pueden establecer las mayores diferencias entre estos regímenes, la propia estructura de los sistemas de asistencia médica marca otras variables. Así, en el caso de Chile se trata de un sistema nacional en cuanto al otorgamiento de la atención médica y de regímenes específicos de seguridad social en lo tocante a las otras ramas de seguros. Casos similares podrían encontrarse en Argentina, Brasil y Cuba.

En otros casos, a los sistemas de seguridad social se integran diferentes recursos del sector salud, para generalizar las prestaciones médicas, tal acontece en Costa Rica y Panamá, entre otros.

Un tercer enfoque podría ser el de los países que otorgan atención médica directa por medio de sus instituciones de seguridad social, donde la población no cubierta por seguridad social, es atendida mediante los ministerios de salud. En esta situación podrían encontrarse sistemas tales como el ecuatoriano, colombiano, dominicano y la mayoría de países que tienen instituciones de seguridad social de cobertura aún reducida.

Desde un enfoque de unificación administrativa podría analizarse el caso de Perú, en donde las dos grandes instituciones iniciales de seguridad social: del empleado y del obrero, se fusionaron posteriormente en una sola institución llamada Seguro Social del Perú, para más tarde quedar estructurado en una sola institución gestora de seguridad social denominada Instituto Peruano de Seguridad Social.

Otro caso es el de Nicaragua, cuya institución gestora de seguridad social traspasa —en fecha reciente— el otorgamiento de las prestaciones médicas al Ministerio de Salud; y por lo tanto, realiza el traslado de las reservas técnicas para su financiamiento.

Estos modelos a que se hace referencia, no implican forzosamente una tendencia que como generalidad, pueda ser aplicada en to-

dos los países latinoamericanos. Se piensa más bien que es la particular estructura de cada uno de ellos la que muestra criterios de enfoque en cuanto al principio básico, inmerso en sus objetivos de lograr la generalización de la cobertura de la seguridad social, con base en las prestaciones médicas.

Sin embargo, frente al compromiso de tratar en este curso un panorama lo más amplio posible de la seguridad social y la atención de la salud en América Latina, dejamos a un lado las disgresiones de tipo estructural para referirnos a las características de dicha atención y a sus diferentes modelos en la región. Para este fin, se toman en cuenta los modelos tratados en una reciente investigación realizada.⁵

Chile en 1952, con el propósito⁶ de avanzar hacia un sistema nacional y regionalizado de medicina curativa y preventiva integradas, crea el Servicio Nacional de Salud, como encargado de la salud pública en el país. Este servicio pasó a controlar además del Departamento Médico de la Caja del Seguro Obrero, los recursos médicos de todo el sector público, quedando comprendidas, entre otras, las acciones anteriormente encomendadas a la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social y a las de la atención médica de la seguridad social, creada a través de la Ley de 1924.

De esta manera, el seguro social pagaba la atención médica de sus asegurados y beneficiarios al servicio, quien mantuvo la obligación de otorgarla a nivel nacional.

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

Es indudable que al operarse la transferencia de las instalaciones médicas de diversas instituciones con recursos materiales, financieros y humanos a este servicio, se permitió la operación de una cobertura a nivel nacional de las prestaciones de salud. En cuanto a las relaciones con la seguridad social, cabe mencionar que la ley⁷ que instituyó este servicio, autorizó al Presidente a transferir, por decreto, todos los programas de seguro social al nuevo servicio integrado, si bien, en la realidad, sólo el programa de la caja de seguro fue, de hecho, transferido. No se operó el traspaso de los programas de seguros para empleados.

Hubo incuestionablemente otras medidas importantes que fueron tomadas al estructurar este servicio, como las relativas a la nueva situación del cuerpo médico, a la estructura administrativa adopta-

⁵ Véase **Criterios de enfoque de la universalización de la seguridad social**. IMSS, SG, DAI, 1981.

⁶ Héctor L. Diéguez, "La seguridad en América Latina". **Revista de Economía Latinoamericana**, México, 1977, pp. 196-197.

⁷ Milton I. Roemer, **La atención médica en América Latina**, p. 207.

da para su funcionamiento, establecida inicialmente en 13 zonas de salud, subdivididas en áreas de hospital, áreas periféricas, puestos de socorro y otras que significaron a la vez una clara definición de los procedimientos, una descentralización en sí idónea para el otorgamiento de estas prestaciones a nivel nacional.

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

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

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

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

El sistema argentino de seguridad social fue estructurándose paulatinamente con base en instituciones sectorizadas en cuanto a la población amparada a la que se le otorgaba básicamente prestaciones diferidas. Esta diversidad institucional fue superada por organismos de carácter coordinador como el Instituto Nacional de Previsión creado en 1944. Posteriormente se crea una Secretaría de Estado en materia de seguridad social, dependiente del Ministerio de Bienestar Social, lográndose la unidad de conducción del sistema

y la descentralización operativa, ésta última a través de diversas Cajas que administran pensiones.

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

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

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

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

Aunque el sistema es financiado básicamente por el Estado, supone la participación de los sectores de más altos ingresos y se proyecta en etapas sucesivas para desarrollar la política nacional de salud en ese país. Prevé, en cuanto a su organización, cuatro niveles de atención médica, desde la atención comunitaria hasta la de alta especialización.

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

Por Ley Núm. 6229 de 17 de julio de 1975,* se constituye en Brasil el Sistema Nacional de Salud, dentro del cual le compete al Mi-

* Véase *Legislacao Federal do Setor Saúde*, Ministerio de Saúde, Brasília, Brasil, 1978.

nisterio de Salud la formulación de la política nacional en esta materia y la promoción y ejecución de acciones tendientes a las medidas de interés colectivo, como las políticas para combatir las enfermedades transmisibles, las normas de promoción, protección y recuperación de la salud, la contribución dentro del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, la coordinación de la acción de vigilancia epidemiológica y otras.

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

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

Dentro del campo que nos ocupa, es interesante observar que en la elaboración de planes y programas de salud se realizan mecanismos de coordinación intersectorial mediante los cuales se obtiene un mejor aprovechamiento de los medios y recursos disponibles en el ámbito nacional, regional y local y una compatibilización con los objetivos, metas y acciones de los planes de desarrollo del gobierno federal y con las directrices de la política nacional de salud.

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

Este sistema nacional tuvo un largo proceso de articulación interna,⁹ simultáneo a la extensión de la cobertura poblacional; posteriormente fueron creadas diversas instituciones gestoras, y en vías de unificar estos regímenes se realizaron una serie de fusiones sucesivas y otras acciones, cuya relación, por ser de gran amplitud, rebasaría los propósitos de este análisis. Se cita a grandes rasgos,

⁹ Ver la legislación sobre aspectos poblacionales.

la Ley Orgánica de Previsión Social de 1960 que estableció el mismo plan de prestaciones y originó con ello uno de los más significativos actos de unidad institucional, cuando en 1967 se agruparon seis institutos de jubilación y pensiones en el Instituto Nacional de Previsión Social, reemplazando a varios organismos de retiro y pensiones como el de los empleados bancarios, el de comercio, el de las compañías de transporte y carga, el de los ferrocarriles y servicios públicos, el de los trabajadores de la industria y el de trabajadores marítimos.

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

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

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

EL SINPAS representa,¹⁰ en lo referente a la estructura administrativa de la previsión social y programas correlativos, una especie de culminación de ese largo proceso evolutivo. Mantiene los servicios proporcionados a los trabajadores urbanos y rurales, a los funcionarios públicos y civiles de la Unión que estaban a cargo del Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), a los del Fondo de Asistencia al Trabajador Rural (FUNRURAL) y a los del Instituto de Previsión y Asistencia de los Servidores del Estado (IPASE). Dentro de este sistema se crean dos autarquías vinculadas con el Ministerio: el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (INAMS) y el Instituto de Administración Financiera de la Previ-

¹⁰ Celso Barroso Leite, "La previsión social brasileña, características y perspectivas del SINPAS". *Revista Mexicana de Seguridad Social*. México, agosto de 1978, Núm. 12, p. 29.

sión y Asistencia Social (IAPAS). Además de estas instituciones el sistema se integra con la Fundación Nacional de Bienestar del Menor (FUNABEM); la Fundación Legión Brasileña de Asistencia (LBA) y la empresa de procedimiento de datos de la previsión social (DATAPREV). Por otro lado, también forma parte de este sistema la Central de Medicamentos (CEME).

Una de las características de este sistema es que, mientras algunas de sus instituciones, como el Instituto Nacional de Previsión Social, tienen a su cargo básicamente las prestaciones de seguridad social en dinero, el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social o la autarquía creada dentro de él, deben prestar asistencia médica nacionalmente, incluyendo los sectores urbano y rural y los programas especiales que estaban confiados a otros organismos.

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

La asistencia médica¹¹ se hace así compatible con el Sistema Nacional de Salud y todas sus instituciones. Podría señalarse además, que el unir la función previsional —para el caso de la seguridad social— con la asistencial, permite enfocar programas destinados al individuo como tal, es decir, independientemente de su actividad profesional.

En Brasil, tal como lo señala Barroso Leite,¹² esta moderna tendencia se hace sentir de manera concreta, al ubicar la asistencia paralelamente a la previsión social, y dentro de la propia denominación del ministerio conjunto. Asimismo señala que “estamos en los inicios de cosechar los resultados prácticos de ese paralelismo. En teoría ya existe una perspectiva promisoría, que se traduce en un reconocimiento oficial de la importancia de este tipo de asistencia”.

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

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

Como en las disposiciones de la Constitución Política de 1961 se faculta a la Caja Costarricense del Seguro Social a realizar la univer-

¹¹ IMSS-DAI, *Progresión y avances de la seguridad social en América Latina*, 1978.

¹² *Ibidem*.

salización de los diversos seguros a cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad. Se realizaron diversos estudios, cuyo planteo más importante comprende a los efectuados acerca de las bases actuariales de financiamiento, de las necesidades médico-hospitalarias, de la administración del sistema y otros puntos sobresalientes para lograr hacer efectivo este mandato de universalización.

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

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

En 1970, un estudio inicial realizado por dicha Caja¹³ analiza las bases actuariales vigentes y las alternativas para una fórmula diferente de financiamiento que facilite la extensión a todos los nacionales. También pondera la necesidad de asumir, a la par de los programas contributivos, los no contributivos; estos últimos de urgente necesidad en un plan de universalización, así como la realización de un balance de la capacidad instalada en materia hospitalaria y de otros aspectos técnicos.

Del mismo estudio,¹⁴ es importante señalar, que se pondera frente al contenido de universalización, si ésta comprenderá sólo a los asalariados o también a los independientes y a grupos de “indigentes” (no contributivos). Frente a este planteo, no muy bien definido en el mandato constitucional a que se alude, el estudio de estos técnicos costarricenses considera que la Caja debe estar preparada tanto para una universalidad “sectorial” como “integral” (que incluye al resto de los grupos) y que, en todo caso, el proceso de universalización debería tener una progresión.

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

Siguiendo los lineamientos de este estudio inicial, y dentro del campo que nos ocupa, pueden observarse, entre otros, dos puntos so-

¹³ Véase **Universalización del seguro social, Estudio Inicial 1970**, CCSS, Departamento Actuarial y Estadístico, Vindas Alvaro, Actuario jefe y colaboradores, pp.2-4.

¹⁴ *Ibidem*, p. 3.

bresalientes en este proceso inicial. El primero está vinculado con los aspectos administrativos y el segundo con el sistema financiero.

En relación con la administración, en el caso de Costa Rica parece no cuestionarse la idoneidad del órgano de gestión que realizará la universalización. Así, al citar los artículos de la Constitución Política y de la Ley Constitutiva de la Caja (22 de octubre de 1943), se indica que: "Pareciera pues, que cualquier tipo de universalización del seguro social, sea ésta de tipo "sectorial", restringida a los asalariados, o bien "integral", incorporados a todos los grupos, queda a cargo de la CAJA".¹⁵ También en lo tocante a las prestaciones del seguro de enfermedad y maternidad, se estima que los servicios médicos traten a todos por igual.

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

En este inicio de la universalización, en el caso de Costa Rica, cuyo modelo ya fue esbozado, las disposiciones legales pertinentes, plasman la orientación que se ha querido dar al Sistema, para convertirlo en un mecanismo idóneo para este fin. Así, en la Constitución Política se establece que:

Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social, rentas suficientes y calculadas en forma tal que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Si se produjera un déficit por la influencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que determine como necesaria la citada institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado.

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

También es necesario mencionar en este proceso *sui generis* de universalización otras medidas. Así, en 1971 al reorganizarse y racionalizarse el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, se establece que la Caja Costarricense de Seguro Social y otras instituciones "deben mantener estrecho contacto con la mencionada cartera con

¹⁵ *Idem*, p. 5.

objeto de coordinar el desarrollo de la política social del Gobierno".¹⁶

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

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

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

Otro de los hechos significativos de este proceso se puede encontrar en la vinculación y/o coordinación específica de la Caja Costarricense con el Ministerio de Salud, al que le es conferida por la Ley General de Salud "la definición de la política de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a Ley".¹⁷

Como se ha mencionado anteriormente, la integración paulatina de los centros médico-asistenciales a la Caja de Seguro Social ha permitido un 94 por ciento de extensión territorial del sistema, siendo la población nacional protegida dentro del seguro de enfermedad y maternidad del 82 por ciento y como lo expresa un estudio "al asu-

¹⁶ Véase Artículo 12 del Decreto Ejecutivo, Núm. 1508, TBS, 16 de febrero de 1971.

¹⁷ Véase Ley General de Salud Núm. 5395, 1974, artículo 2.

mir la Caja Costarricense la responsabilidad del gobierno y administración del sistema hospitalario nacional, cobra mayor importancia el mejoramiento y ampliación de todos los centros médico-asistenciales, tanto en sus instalaciones físicas como en la reorganización de los servicios médico-administrativos".¹⁸

Podría reiterarse, como lo menciona el estudio a que se alude,¹⁹ que los objetivos principales de dicha integración del sector salud en la Caja Costarricense de Seguro Social han permitido obtener el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles en el sector en beneficio de toda la población, logrando una mayor cobertura, atendiendo satisfactoriamente las necesidades de salud de toda la población, tanto en calidad como en cantidad, a la vez que potencializar los recursos de la comunidad y su participación en la solución de sus propios problemas de salud, facilitar la programación conjunta y la evaluación continua a través del establecimiento de una estructura normativa única, asimismo uniformar métodos y procedimientos, para lograr una ejecución equilibrada en función programática de los presupuestos.

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

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

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

¹⁸ Aporte de la CCSS a la XI Asamblea General de la CISS, México, septiembre de 1977, p. 49.

¹⁹ *Op. cit.*, p. 42.

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

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

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

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

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

A su vez, en esta misma disposición se prevé el funcionamiento de un Consejo Nacional de Trabajo y Bienestar Social, integrado entre otros por el director general de la Caja de Seguro Social. Dicho Con-

sejo tiene entre otras funciones, la de armonizar el desarrollo económico con el social del país.

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

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

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

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

En 1973 al asumir la Caja esta responsabilidad, la Dirección General de la institución manifestó:

Paulatinamente, sin apuros, pero sin descanso, proseguiremos esta extraordinaria empresa, encomendada a la Caja de Seguro Social, en la seguridad de que trazaremos los cambios permanentes que han de llevarnos al logro de uno de los objetivos fundamentales del gobierno actual. Prestaciones médicas iguales en salud y enfermedad, para todos los panameños.²⁰

Como nos permitimos mencionar en un trabajo elaborado para la XII Asamblea General de la CISS,²¹ los seguros sociales en Cuba, que se impartían a través de una gran pluralidad institucional, sufrieron una importante transformación en 1959. Antes de esa fecha se realizaron diversos estudios acerca de la situación de la seguri-

²⁰ Citado por Alberto E. Calvo Sucre en *Las proyecciones de campo en la extensión médica integral por la Caja de Seguro Social al asumir la responsabilidad de la integración de los subsectores gubernamentales de salud*. Panamá, enero de 1974.

²¹ Véase *IMSS Progresión y avances de la seguridad social en América Latina*, México, IMSS, 1980, pp. 34-36.

dad social cubana, uno de ellos, elaborado por la OIT, concluía que para esa fecha existían en el país una multitud de regímenes autónomos creados sin plan y estudios previos, con notable desigualdad en los derechos entre los diversos sectores de trabajadores y generosas prestaciones de la ley que quedaban notablemente deslucidas en la práctica.

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

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

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

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

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

lia y a la población en general mediante un sistema que comprende un régimen de seguridad social y otro de asistencia social.

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

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

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

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

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

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

Sobre la base de los principios de que la salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado, y que los servicios de salud son de carácter integral, con la participación activa de la comunidad organizada, el Sistema se extiende nacionalmente y de éste se derivan las siguientes ventajas: integración²² de todas las actividades relacionadas con la atención médica en un solo organismo estatal, eliminando las dificultades en la obtención de cualquier servicio de salud. La prestación de servicios médicos preventivos y curativos tanto al individuo como a la familia y la comunidad, complementados por acciones dirigidas a modificar favorablemente el medio en que viven, estudian o trabajan. Asimismo, el desarrollo planificado de la salud pública, la programación específica

²² Véase **Informe Anual 1979**, Ministro de Salud Pública, Cuba, p. 9.

de actividades en materia de salud, la participación del pueblo y de las organizaciones de masa, son otras de las ventajas que se señalan de la práctica de este Sistema Nacional de Salud de carácter eminentemente estatal.

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

Tal como lo expresa el Informe a que se hace referencia.²³ La evaluación, en todos los niveles del Programa para la Optimización de los Servicios de Salud, mostró un mayor grado de satisfacción por parte de la población en relación con la calidad de la atención recibida. En este sentido se hizo evidente la participación del Partido, el Sindicato y las administraciones de las Unidades de Salud.²⁴

El seguro social en México, desde una visión retrospectiva al periodo de 1943 (en que se inicia) a 1973 (fecha de la ley actual) y en proyecciones recientes, permite apreciar una dinámica de extensión que se orienta a alcanzar, en un mediano plazo, la cobertura de toda la población del país.²⁵

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

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

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

El régimen instituido por la fracción XXIX del artículo 123 de la Constitución Política de 1917, tenía como objeto primordial la protección al trabajador; la Reforma de 1974 consagra que los seguros

²³ *Op. cit.*, p. 9.

²⁴ *Op. cit.*, p. 10.

²⁵ Véase *Progresión y avances de la seguridad social en América Latina*, *op. cit.*, pp. 38-39.

se encargarán “de la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.

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

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

Estos servicios comprenden asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria.

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

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

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

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

A su vez, coordina y agrupa acciones del Instituto Nacional Indigenista, la Comisión Nacional de Zonas Áridas, diversos fideicomisos, patronatos y otros organismos de penetración territorial, que

permiten acciones de promoción, organización y coordinación de los trabajos que aportan los beneficiados.

El Convenio IMSS-COPLAMAR establece el desarrollo de un programa de "Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria", cuyos objetivos son la ampliación del ámbito de cobertura de estos servicios y la consolidación de un sistema comunitario en beneficio de estos núcleos de población, sujetos de solidaridad social. Para ello se prevé en el Convenio la operación y establecimiento de diferentes Unidades Médicas Rurales y Urbanas y Clínicas Hospital de Campo.

En las Unidades Médicas Rurales y Urbanas se otorga consulta externa general, asistencia farmacéutica, materno-infantil, educación para la salud y otras atenciones de promoción, protección y recuperación de la salud. En las Clínicas Hospital de Campo se otorga consulta externa, medicina preventiva, asistencia farmacéutica y hospitalización.

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

Para el Programa IMSS-COPLAMAR,²⁶ en 1980 el número de beneficiarios alcanzó a 14 millones de personas, a quienes se otorgaron servicios mediante 2 mil 104 unidades médicas. Sólo en 1980 fueron inaugurados los servicios de 60 Unidades Médicas Rurales y 13 Clínicas Hospital de Campo. Se protegieron en el mismo lapso a 690 mil personas adicionales.²⁷

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

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

La atención a grupos marginados se integra en gran parte por el impulso simultáneo al empleo y al bienestar. Se trata de erradicar las causas que determinan la existencia y reproducción de la marginalidad rural y del sector informal urbano, a través de la combinación de acciones con metas programadas en el tiempo y en el espacio, de acuerdo a las prioridades globales.²⁸

²⁶ Informe de Labores de 1980 a la XLVIII Asamblea General del IMSS, México, diciembre de 1980, p. 5.

²⁷ *Ibidem.*, p. 39.

²⁸ Plan Global de Desarrollo 1980-1982, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1980, p. 339.

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

De ahí que la población amparada por los sistemas de seguridad social y de salud se haya incrementado notablemente. En 1979, ambos sistemas amparaban alrededor del 80 por ciento de la población total del país;²⁹ en esta cifra se incluyen la cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de otras instituciones públicas y privadas dedicadas a la prestación de servicios médico-asistenciales.

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

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

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

Con este enfoque se ha pretendido presentar un panorama de la atención de la salud en la América Latina, aunque éste haya sido básicamente referido a la estructura en sí de los sistemas de seguridad social, factor que en buena parte determina la diversidad de sistemas por los cuales se extiende la atención médica hacia diferentes sectores de la población.

La existencia relativamente reciente de sistemas nacionales de seguridad social es sin duda uno de los motivos importantes en materia de generalización de prestaciones médicas y muestra una clara convergencia hacia acciones coordinadas en el sector salud.

²⁹ *Op. cit.*, p. 339.

La dificultad comparativa de los esquemas de seguridad social, actualmente en aplicación en América Latina, puede ser superada con una visión más generalizada del sector salud dentro de las acciones de la política social en este Continente.