

ACTA DE LA CUARTA SESION PLENARIA
SALON BELLAVISTA DEL HOTEL PANAMA

Siendo las nueve y cinco de la mañana del día veintidos de noviembre de mil novecientos setenta y seis, se dió inicio a la Cuarta Sesión Plenaria del Sexto Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, en el Salón Bellavista del Hotel Panamá, situado en la ciudad de Panamá, estando formada la mesa directiva por los siguientes personalidades:

- Dr. Jorge Abadía Arias, Director General de la Caja y Presidente del VI Congreso Iberoamericano de Seguridad Social.
- Don Alfonso de Borbón Dampier, Duque de Cádiz y Vicepresidente de la Organización Iberoamericano de Seguridad Social.
- Dr. Enrique Edcheverry Stirling, Ministro de Trabajo de Uruguay y Vicepresidente del VI Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, quien preside la Sesión.
- Lic. Daniel Corzo de la Roca, Ministro de Trabajo y Previsión Social de Guatemala y Vicepresidente del VI Congreso Iberoamericano de Seguridad Social.
- Dr. Santiago Manuel de Estrada, Secretario de Estado y Seguridad Social de Argentina y Vicepresidente de la OISS.
- Dr. Carlos Martí Bufill, Secretario General de la OISS.
- Lic. Rogelio E. Anguizola, Coordinador General del VI Congreso Iberoamericano de Seguridad Social.
- Don Alfredo H. Conte Grand, Funcionario del Departamento de Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo.
- Dr. Ricardo R. Moles, Director de la Oficina Regional de la Asociación Internacional de Seguridad Social.
- Don Jorge E. Brenes, Jefe del Grupo Técnico de Seguridad Social, Programa de Desarrollo Social de la Organización de Estados Americanos.
- Dr. Rafael Sánchez Zamora, Asesor del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

Pág. 2

MIGUEL ANGEL ZUÑIGA CISNEROS, Profesor Titular Responsable CIM en Seguro Social, Unión Central de Venezuela.

Señor Presidente del Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, Señores Miembros de la Junta Directiva, Señores Delegados:

Debo comenzar por manifestar que hemos sido ingenuos los delegados de Venezuela, cuando creíamos que seríamos los primeros en proponer un homenaje a la personalidad de Carlos Martí Bufill por la tarea grandiosa que viene realizando en relación con la propagación de conocimientos sobre la Seguridad Social y las realizaciones concretas, tanto en los cursos que propicia en España, como los servicios que ha prestado en mucho de nuestros países, especialmente al Seguro Social. La verdad es que cada una de las delegaciones con mucha justicia le ha rendido homenaje, pero yo todavía insistiré en que la asamblea a la hora de sus conclusiones lo haga de manera expofeso. En segundo lugar, no debemos olvidar que esta personalidad no ha actuado sola, que actuó dentro de un organismo que es la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y que sus colaboradores dentro de este Organismo también merecen este aplauso y este reconocimiento.

He creído o me he formado el concepto de que uno de los puntos centrales de esta asamblea ha sido la presentación de una nueva concepción de la Seguridad Social a la que se agrega el objetivo de Participada. Si bien o no he tenido el tiempo de formarme un concepto cabal del

asunto a través de las intervenciones que se han realizado, me parece que coincide en parte en una de las formas que yo llamo formas de aplicación de la Seguridad Social en mi enseñanza universitaria y en este librito que es el resultado de estas gestiones. Yo considero que la Seguridad Social tiene como formas de aplicación, los seguros sociales, las asistencias sociales y formas mixtas; diferenciándose no en los objetivos que son la Seguridad Social, sino más bien, en los medios de financiamiento para los seguros sociales.

Se establece como ustedes saben, en todas partes un financiamiento triple en que contribuyen los beneficiarios, los patronos y el estado; es un sistema tripartito para la asistencia social. En nuestra concepción, el único contribuyente es el Estado porque es la seguridad social que se va a dar a personas que no pueden contribuir, y en la formas mixtas de mi nomenclatura está precisamente aquella en que contribuyen los beneficiarios y el estado en alguna forma; tal vez ésta es a la que Martí Bufill alude calificativo de Seguridad Social Participada. Un ejemplo de esta forma lo es en mi país, definitivamente era el Instituto de Vivienda Popular (banco obrero) y ahora se llama en siglas INAME. El INAME proporciona tres capacidades a los trabajadores en general, a los ciudadanos de escasas posibilidades para comprar viviendas a un mínimo precio, no les regala las viviendas, pero se las da en una cuota inicial mínima y también con una cuota mensual mínima para

Pág. 4

amortizar los intereses. Estos intereses son casi nominales; ahí está colaborando en el financiamiento el beneficiario dueño de las casas y el estado que es el prestamista; en consecuencia, el constructor.

Ahora quiero hacer con mucho atrevimiento, un ligero paralelo entre la obra desarrollada por Martí Bufill y la que vengo sosteniendo modestamente en mi país, porque sobre todo mi actividad tiene mucho que ver con Martí Bufill. Desde que empecé a oír la expresión Seguridad Social, me intrigó y traté de formarme un concepto, y conversando con Martí Bufill en España en 1952, ya tuve de sus labios una explicación sobre el tema y a mi vez le expuse la conveniencia de dar a conocer lo que es la Seguridad Social en los Institutos docentes; para mí era posible en la Universidad de Caracas. Martí Bufill no solamente aprobó mis puntos de vista, si no que ya en estos momentos se había iniciado el Instituto para el manejo de Instituciones de Seguridad Social. Me había impresionado mucho la lectura de un folletito de la Organización Internacional de Trabajo, en que se dice que un Cónsul Francés después de una conferencia en Montreal, le preguntaba a muchos de los asistentes qué era la Seguridad Social y ninguno estaba de acuerdo, de manera que cuando terminó la conferencia, se continuó sin saber lo que era Seguridad Social.

Me dediqué a estudiar el informe Beverly, que yo considero la biblia de la Seguridad Social, y a extraer

el concepto de Beverly sobre Seguridad Social, que es precisamente el que adopté y el que empecé a enseñar en la cátedra, que pude crear en la Universidad Estatal de Venezuela en 1958 y cuyo fruto es este modesto trabajo.

En la práctica, Martí Bufill ha trabajado en el frente, y desde lejos ha sido estratega; y ha llevado al conocimiento, al menos de los interesados en Iberoamérica, el contenido profundo de la Seguridad Social. Comenzó por trabajar dentro de los seguros sociales que no son si no de aplicación de la Seguridad Social, pero que entonces eran considerados como sinónimos de la Seguridad Social, y poco a poco ha llevado el esfuerzo hasta lograr en la declaración de Buenos Aires, una definición de Seguridad Social que es la que realmente le corresponde al concepto; y lo ha logrado ratificar en esta asamblea, agregándole ahora el adjetivo Participada, sobre el cual repito, no tengo suficientes conceptos, porque creo que coincide con la forma que yo llamo formas mixtas.

Después de este preámbulo, voy a detener un poco la atención para platicarles a qué he venido y cuál es la contribución que tengo el honor de presentar en nombre de la delegación de Venezuela y el resto de la Delegación Venezolana, y que se titula "Informe sobre los Cursos de Maestría en Seguridad Social", que se dicta en la Universidad Estatal de Venezuela, con la convicción de que es necesario

Pág. 6

que estos aspectos de la Seguridad Social, que hoy constituyen una de las dos grandes preocupaciones; que el estado debe tener profesionales idóneos que abarquen todo el conjunto y proceso, y que sean capaces de dirigir los diversos servicios. Trabajé primero para crear una cátedra en la universidad, y luego para crear el curso profesional. Estamos formando a maestros en Seguridad Social, Maestría en Seguridad Social, en la Universidad de Caracas, con un curso sistemático de dos años. Creemos que así prestamos una contribución al proceso de la Seguridad Social; creemos oportuno, en este foro, dar a conocer a ustedes y a todos nuestros países (no me atrevo a dirigirme a los países del mundo) porque lo más probable es que dentro de nuestro ámbito Iberoamericano se esté enseñando a las autoridades, muy competentes en esta materia. El curso de maestría está planeado para desarrollarse en dos años, y tiene sus fundamentos en muchas disposiciones legales y en la constitución. Como les decía, y para comenzar, deberíamos adoptar una definición de Seguridad Social. Esta definición la vengo presentando desde la primera serie de lecciones que dí a conocer en la Universidad de Venezuela, y están condensadas en el librito que les he presentado con esta definición. Se define que la Seguridad Social es el conjunto de medidas preventivas que conducen a garantizar a los habitantes de un país los medios económicos, para lograr las condiciones mínimas de comodidad, salud,

Página 7

educación y recreación necesarios al civilizado, y las providencias contra una serie de riesgos inherentes que exige la vida moderna tales como el desempleo, la enfermedad profesional o de otro origen, la invalidez parcial o total, la educación de los niños, los derivados de la muerte del jefe de familia. Como ustedes ven, es un concepto completo y universal de lo que he venido llamando con la audacia de los legos, porque no soy abogado, los derechos sociales. Para mí esto en derecho, podría dividirse en derechos políticos y derechos sociales. Los derechos políticos que se preocupan primero del hombre; llegan a su precisión y a su discusión en nuestra cultura occidental con la revolución francesa, y la declaración de los derechos del hombre. Por cierto que en esta declaración de los derechos del hombre, casi no se tocan los derechos sociales; por eso, yo los pongo como ejemplo, pero en el curso de las lecciones, en el primer curso de maestría que dictó de Seguridad Social, que se verifica entre el profesor y el pequeño grupo de alumnos, un alumno descubrió que en la segunda declaración de los derechos del hombre aparecen ya los derechos sociales. Yo me refiero en el texto a la primera, que es la parte que realmente conozco yo. En el curso del siglo XIX, ya lograda la vigencia de los derechos políticos en los países más adelantados, empieza con el enorme desarrollo industrial y se presenta de manera aguda la

necesidad de que garanticen, que hagan efectivo los derechos naturales en materia social, formando esos movimientos hacia la justicia social. Trata entonces, empieza a rezumar por todas partes la cuestión social, la justicia social; se van formando agrupaciones que muchas veces se quedan en teorías; otras en partidos políticos que culminan en los partidos socialistas de todas partes del mundo; entonces estos derechos sociales, que también recoge la declaración de los derechos humanos, de la organización de las naciones unidas, es precisamente lo que nosotros consideramos como la Seguridad Social, en su plenitud, en cuya defensa, propagación y manejo estamos preparando a estos maestros en Seguridad Social. Esto es muy importante, sobre todo cuando se está tratando de establecer sus límites y sus limitaciones. He insistido mucho en este asunto, porque particularmente en nuestra universidad, generalmente, se venían enseñando tres o cuatro carreras, derecho, medicina, ingeniería. Con el progreso del país, han ido apareciendo una multitud de carreras, una de las cuales se confunde. De repente un Sociólogo interviene en asuntos que corresponden a un Antropólogo, y aparecen Sicólogos, y un Sicólogo Social; una multitud de profesionales vagas sin límites ni limitaciones. Yo no he querido decir que en la profesión de maestro se puede llegar a un doctorado; existe esta vaguedad y he tratado de establecer el límite y limitaciones, el límite son precisamente los

derechos políticos. La Seguridad Social busca la felicidad del hombre o el bienestar social, si así debe llamarse, pero no lo asegura totalmente porque no hay felicidad completa en una sociedad si no están simultáneamente vigentes los derechos políticos y los derechos sociales.

Los derechos políticos no son el resorte de estos maestros en Seguridad Social. Establecida la definición, los objetivos y las limitaciones de la Seguridad Social que estudió, como les dije, el objeto del curso, su justificación en el PENSUM. (Así llamamos en Venezuela el programa de un profesional). La duración, la selección de alumnos, las condiciones generales en ofrecer el curso a los países Iberoamericanos, y del Caribe, por intermedio de la Organización de Estados Americanos. No me detendré en detallar ninguno de estos aspectos, porque ya en parte, están en esta exposición, pero sí algunos otros aspectos que llamamos postulados. Se postuló que la Seguridad Social tiene: 1) En derecho social su fundamento (debo advertirles que en el texto empleo en primer término, otro fundamento que por razones de ambiente y de situaciones no acostumbro a exponer, si no en la cátedra), que es lo que yo considero que es el verdadero fundamento de la Seguridad Social. En el orden psicológico es la circunstancia, la condición del ser humano como un ser mixto, que es compuesto de elementos físicos biológico y espiritual,

Pág. 10

tiene tendencia, ciertamente, a devorar al ser humano pero también a amarlo; esta es la medida que predomina; esta tendencia de amarse los unos a los otros, en que puede desarrollarse la convivencia social y la Seguridad Social. Es completamente utópico que pueda haber Seguridad Social en una sociedad de animales, en una sociedad donde no existe el elemento psicológico el amor al prójimo. Después de ésta, una condición que está en primer lugar, pero para evitarme discusiones filosóficas, generalmente no me refiero a ellas si no a las cuestiones positivas de las cuales la primera es el derecho social. 2) En la economía y en la política social existen posibilidades y dimensiones; en las matemáticas actuariales, su calculador financiero; en la ciencia de la administración, su gerente; en los trabajadores sociales, médicos, educadores, arquitectos, sociólogos, psicólogos, etc., sus agentes de aplicación; en los seguros sociales, asistencias sociales y las formas mixtas, formas de operación, pasando a la composición de las materias. El PENSUM propiamente tenía que responder a esta serie de requerimiento en las finalidades. Establecimos, por tanto, un grupo de materias no una materia, que fueron Seguridad Social y su Historia, el Derecho y los Derechos Sociales en general en Venezuela, las Matemáticas y la Seguridad Social, Economía y Seguridad Social, Administración de Servicios, Organismos e Instituciones de

Seguridad Social en Venezuela, nociones de Trabajo Social, Educación y Vivienda, Recreación en la Seguridad Social.

La categoría del curso de maestría en Seguridad Social, es conveniente escalarla. Frecuentemente se habla de cursos de post-grado. En la Universidad Estatal de Venezuela se dictan los siguientes cursos: Cursos Básicos Preparatorios para la entrada a cualquiera de las Carreras, Cursos para obtener el grado que lo capacite y le dé derecho a ejercer las diversas profesiones de carácter universitario, que fueron como dije, pocas al principio: Derecho, Medicina, Ingeniería y que han aumentado conforme lo demanda la necesidad y desarrollo del país. Tres cursos de post-grado, cuya finalidad estriba en:

- 1) Ilustrar a los graduados sobre temas especiales.
- 2) Ponerlos al día en materia que han progresado después del grado, (a eso le llamamos cursos de refrescamiento).
- 3) Para formar especialistas, con el nombre del curso de Maestría, se vienen en realidad dictando cursos para nuevas profesiones, Post-grado en un sentido cronológico, pero no en el sentido tradicional del concepto del curso de post-grado. Se trata de cursos para nuevas carreras; de allí tenemos ya dos: la de Maestría en Salud Pública destinada a formar los administradores, de los organismos e instituciones de salud pública y la Maestría en Seguridad Social, cuya finalidad es la que acabo de expresar

y que está realizando una Maestría en Administración. Dentro de esos grupos, la Seguridad Social y el derecho comprende las materias del Fundamento del Derecho, Fundamentos Jurídicos de la Seguridad Social, Estructuras, Sistemas, Contingencias, la Seguridad Social en la Legislación Venezolana y en la de otros países. Ustedes dirán cómo es posible que en un curso de dos años se pueda dar una revisión a todos estos conceptos; no se trata de preparar especialistas, en tal o cual sistema, especialistas en administradores de la seguridad social que no siempre se le dan nociones suficientes para que sepan cómo manejar estas diversas especialidades. Si un Administrador de Seguridad Social no tiene una noción clara de lo que es la Medicina, para qué sirve, para qué ha de servir, mal podría manejar instituciones sanitarias de seguridad social. Otro ejemplo; la Seguridad Social y la Matemática comprenden materia de Estadística I y Estadística II, Demografía, Base Financiera, Actuarial de la Seguridad Social no les detalló lo relativo a la salud, pero sí el concepto de la Organización Sanitaria que tenemos los venezolanos.

Hace muchos años, en 1946, en Venezuela se produjo un movimiento de revisión del concepto de la Medicina. Hasta entonces, como casi en todo el mundo, se definía la Medicina como la ciencia de la prevención y curación de las enfermedades. En Venezuela se adaptó la definición de

Medicina, como ciencia de la salud, de la defensa, el fomento y la restitución de la salud; no se usó más el término de enfermedad, y en ese sentido fue organizada tanto la enseñanza como la Medicina en nuestras universidades, como la administración sanitaria por poderes públicos, concretamente de sanidad y asistencia social. El curso se ha organizado en períodos que son cuatro, para los cuales se distribuyen los diversos temas. No creo que vale la pena entrarles a ustedes con la lectura de estos períodos con detalles, puesto que están en folletitos. Hay un punto que sí nos ha preocupado, que es especialmente el de la selección de alumnos. Cambiamos la elaboración de este aspecto a uno de nuestros colaboradores aquí presente, el Dr. Antonio Ramírez Jiménez, catedrático muy exigente, que estableció y redactó las condiciones que les voy a resumir solamente en los aspectos generales, 1) En relación a la profesión del participante, sostenemos que debe haber alguna afinidad entre la ocupación habitual del aspirante al curso y el curso mismo, con propósito de cambio si es que no existe esa afinidad; la relación de la Institución que presta los servicios y el posible candidato, (expresamente estamos invitando a entrar al curso los organismos que manejan los servicios de Seguridad Social), no tiene interés de que una profesión de Ingeniero entre a formar parte de este curso. Hemos tenido oportunidad de apreciarlo, aunque sea un poco desagradable contarle; hemos tenido que

tomar muy serias precauciones, porque ha habido organismos en nuestro país que han tenido la ocurrencia de des-
hacerse de un servidor no muy competente becándolo para
el curso de Seguridad Social, y nos ha causado muchas
molestias, de manera que nosotros estamos muy alertas
tanto en nuestro país como en los que nos vengan de afuera.
No queremos gente que no tengan interés real en el asunto
y mucho menos que sean becados en su país. Tal vez tenga
muchas cosas que decir, pero prefiero que sean los propios
delegados los que hagan preguntas que consideren más oportu-
nas y voy a terminar leyendo uno de los párrafos finales
de este trabajo: Si bien no conocemos la opinión que mere-
a las autoridades y organismos idóneos de los países Ibe-
roamericano y del Caribe, este curso de Maestría de nuestra
Universidad, consideramos que es un deber informarles de-
talladamente de estas organizaciones y gestionar becas en
nuestro gobierno para ofrecerlas a los países, a la vez que
aceptar becarios de otros gobiernos de la OEA y de organis-
mos internacionales y privados. En este sentido, como ex-
presamos al presentar esta ponencia y ratificamos de nuevo,
que este VI Congreso Iberoamericano de Seguridad Social nos
brinda esta magnífica oportunidad y nos mantiene con la
más firme esperanza de contar, en los próximos años, con
participantes de los países hermanos para el mejor éxito en
el desarrollo de este esfuerzo que nuestra universidad
estatal lleva a cabo en aras de la Seguridad Social.

INTERVENCION DE DON LEOPOLDO ARRANZ ALVAREZ, JEFE DEL SERVICIO DE ORDENACION FARMACEUTICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION DE ESPAÑA

Señores Congressistas:

Todos estos días con mucha frecuencia al considerar el Nuevo Modelo de Seguridad Social, ha surgido el tema de la salud como tema de la salud como tema prioritario, y dentro de él, ha ocupado con frecuencia un lugar prominente el alto coste de los medicamentos, dado que los congresistas, como responsable de instituciones administradoras de servicios de salud, tienen conciencia que el fondo de salarios es víctima de una expoliación. Por ello al abordar el Nuevo Modelo de Seguridad Social, uno puede preguntarse si es posible la existencia del nuevo modelo de asistencia farmacéutica, base de una nueva política farmacéutica. Mi respuesta, es que sí; y es que sí, porque existe conciencia de la realidad de la situación, que es la primera condición para abordar con garantía de éxito la solución del problema.

1.- Introducción

La adopción por la Declaración de Buenos Aires de la nueva antropología, supone para la Seguridad Social el desplazar el centro de gravedad de sus preocupaciones de los Organos Administradores a los administrados. Y para la O.I.S.S., en concreto, representa pasar de

estar a la escucha de los problemas de las Instituciones, a la de prestar atención a las interpelaciones del sufrimiento humano generado por las situaciones en que están inmersos los pueblos de América.

a) Conocer esas situaciones, descubrir sus líneas de tendencia,

b) Precisar los objetivos e

c) Instrumentar el repertorio de medidas, constituyen los pasos que se estiman necesarios para dar a luz una nueva política farmacéutica al servicio del nuevo modelo de sistema de Seguridad Social, coherente con la doctrina personalista de la Declaración de Buenos Aires. Claro está que si esta política es adoptada, llevará a la O.I.S.S. a montar la pertinente estructura organizativa para asegurar su gestión, pues, atajando hacia la meta, el poder que decide sobre el medicamento, por ser internacional, escapa al control de los gobiernos nacionales y necesita de una Institución de la misma raza internacional para ordenar su comportamiento.

De la experiencia recogida en la Organización hemos deducido el siguiente cuadro general para ser sometido a debate, y en el que se bosqueja, no sólo la situación, los principios informadores y los objetivos de esa nueva política farmacéutica, sino hasta el repertorio sistemático de medidas que integran su contenido. Y no hay que asustarse por utilizar el término "política", porque la demanda del poder brujo, que es el fármaco, generador

de salud, como dice Barré, es inelástica, como pueden ser la de los bienes primarios -la alimentación- e ilimitada como son los bienes terciarios-la estética- pues su objetivo último es exterior a la economía, la plenitud del hombre. Por ello, afirmo que si el problema de la asistencia farmacéutica afecta a todos los hombres, entonces su ordenación es un problema político que debe ser tratado como tal.

2. La situación de hecho.-

El punto de partida, que salvando las notas locales más o menos dramáticas, podría ser descrito así:

- a) una oferta de medicamentos que en su conjunto, no es razonable por su número, por sus dosis, por sus tamaños y por sus precios;
- b) el consumo, cuyo coste puede alcanzar la mitad del de la asistencia sanitaria-, tanto en cifras absolutas y relativas, como en velocidad de expansión, ha sido excesivo y su aumento irreversible si no se modifican sus condicionantes, pues entre sus aceleradores podrían encontrarse a las frustraciones socio-culturales y a la corrupción.

Pero es que además presenta:

-una movilidad, que si es expresiva de la dinámica del país de que se trate, puede ser también fiel reflejo de su naturaleza de mercado consumista.

- una concetración en grupos terapéuticos, principios activos, especialidades y Laboratorios, en los que se produce una alta inversión en las técnicas de promoción de ventas.
 - y unos precios que normalmente y por paradójico que parezca no guardan relación, tanto por exceso como por defecto, con sus costes.
- c) La fuerza productora, en proceso de concentración, es multinacional con tendencia expansiva, y nacional con tendencia regresiva, y ambas en una situación de perplejidad por los mediocres resultados de la investigación y, en su caso, por las posibles actuaciones de la Administración.
- d) El sector distribuidor, en proceso crítico de transformación.
- e) El sector farmacéutico de oficina, en expansión atomizada, está atravesando en no pocos casos una crisis de identidad.
- f) El personal médico se encuentra igualmente en crisis de identidad.
- g) La persona protegida, no enferma, parece utilizar el fármaco, zarandeada por las imágenes del consumo, como gratificador de frustraciones socio-culturales, y
- h) Las Instituciones Administradoras de Servicios Sanitarios, que pretenden salir, con ánimo más o menos pacífico, de la ignorancia y de la incapacidad, conscientes

de la fuerza que les da la realidad, de representar un consumo considerable del mercado de cada país.

3.- Criterios inspiradores de una nueva política farmacéutica.-

Ante esta situación, la formulación de los objetivos de una política para corregirla, inspirarse en los principios del Nuevo Modelo ya enumerados, y que tienen la nota común de ser coherentes con esa recen- tración de los problemas en el sujeto hombre.

- El primer criterio es el de la libertad estimulada, para todos los protagonistas de la Asistencia. Es necesaria una ordenación bien precisa dentro de la cual esté garantizada la libertad, que hace posible la exigencia de responsabilidad, a los Laboratorios, a los comerciantes, a las farmacias, a la población protegida, a los médicos, a las Instituciones Administradoras. Libertad que hay que garantizar no sólo frente a terceros, sino también frente a sí mismos, pues las instituciones como los hombres, requieren también de libertad interior para mantener vivo su espíritu creador al servicio de sus fines.

- El segundo es el de la participación de cuantos están interesados, tanto en la elaboración de los programas como en la verificación de sus resultados. El control democrático no es otra cosa. En las grandes empresas

el marketing es la búsqueda interesada de esa "presencia" de las necesidades del consumidor previa a las decisiones.

- El tercero es el del pluralismo. En el servicio a los hombres no deben existir monopolios. Toda iniciativa de servicio debe ser ordenadamente aceptada cualquiera que sea su origen, sea público o privado, nacional o extranjero. La discriminación debe ser abolida y la acogida de todo esfuerzo, lleva a la convivencia para el mejor servicio a los hombres.
- El cuarto es el de la subsidiariedad: el respeto a los hombres conlleva el respeto a la proximidad que hace posible la comunidad. Las Instituciones privadas han de aportar su esfuerzo allá donde la comunidad las llame a servir. La comunidad, que es el "espacio" donde se realiza el hombre, y que encuentra su justificación en la medida en que la hace posible, es la unidad humana básica de la Asistencia Sanitaria, y no el Hospital, como la tecnocracia interesada estuvo a punto de imponerla.

Señalados los criterios a los que debe responder la nueva política farmacéutica, se podrán entender los objetivos, la perspectiva desde donde están definidos, y la hipótesis clave sobre el poder ordenador, para entender el repertorio de medidas que se propone.

4.- Objetivos.-

a) La perspectiva desde donde están definidos los objetivos es la siguiente:

- Que la asistencia farmacéutica forma parte del derecho a los cuidados de salud y al patrimonio, que son los que permiten, por el principio de suficiencia de que ayer nos habló Hugo Gálvez, el ejercicio de las libertades que la constitución de cada país reconocen a sus ciudadanos. El derecho a la asistencia no nace, pues, del status laboral, sino del hecho de ser ciudadano.
- Que la planificación de la asistencia farmacéutica:
 - ha de ser coherente con la filosofía política a que responde la de la Seguridad Social, y
 - ha de ser realista, y por lo tanto debe tener en cuenta los condicionantes estructurales del país, tanto sanitarios como económicos.
- Que el medicamento, por la situación en que lo ha colocado el poder que decide sobre él, es una mercancía de interés social, dentro de un presunto sistema denominado de economía de mercado, en un contexto social que a veces es de consumo.
- Que si se quieren cambiar los comportamientos de cuantos mandan o intervienen en la prestación, es necesario modificar los condicionantes tanto económicos como administrativos, en que aquéllos se producen.

b) El objetivo general que se deduce del análisis se puede formular en los siguientes términos:

- lograr una prestación farmacéutica sanitariamente correcta para las personas protegidas.
- con respeto a los intereses legítimos de cuantos participan en ella, y
- a un coste soportable para el sistema protector.

c) Y el objetivo concreto en estos otros:

- Lograr la inserción del interés de la Seguridad Social y de la función social del medicamento en los centros de decisión para reducir la oferta a un número de presentaciones que representa el 90% del consumo, y la expansión del consumo a los límites que cada país puede soportar.

d) La hipótesis de partida es que en el proceso de la asistencia farmacéutica hay dos fuerzas que sobresalen sobre las demás:

- la productora, que es la que condiciona la composición, estructura, precios de la oferta, genera la demanda, está dominada por empresas multinacionales que actúa a escala mundial.
- la pagadora, que es la que presiona sobre la composición y estructura del consumo, dominada por las instituciones de Seguridad Social y que actúa a escala nacional.

Los demás protagonistas: distribuidores, dispensadores, prescriptores y consumidores, no pasan de ser fuerzas interpuestas que se comportan dentro de los condicionantes -estimuladores o represivos- generados por productores y pagadores.

Y si este análisis simplificado es correcto, quiere decirse que la clave de su ordenación se encuentra en el pacto entre las dos fuerzas dominantes, que en el nivel internacional debe revestir el carácter de un convenio sujeto al Tribunal de la Haya, como árbitro.

Y ese pacto exige la negociación en el mismo plano entre sus genuinos representantes y de poder a poder:

-el negociar en el mismo plano, significa una actuación, a nivel internacional: con la Federación Mundial de la Industria del Medicamento (F.I.I.M.) y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (O.I.S.S.) a nivel continental.

El actuar de poder a poder, demanda por parte de la Seguridad Social, promover la actuación conjunta de la Administración Pública.

Y por supuesto, la fuerza pagadora, las instituciones administradoras de Servicios Sanitarios, requieren información y estructura administrativa con adecuado nivel intelectual.

5.- Repertorio sistemático de medidas.-

5.1- Medidas de política exterior.-

La actuación cerca de las empresas multinacionales y de las entidades administradoras de los servicios sanitarios de la Seguridad Social y de las administraciones públicas, para suscitar los apoyos adecuados a fin de reconducir a la F.I.I.M. y a la O.I.S.S. a negociar un convenio bajo la jurisdicción del Tribunal de la Haya.

Y en ese convenio debería quedar constancia clara de que las partes se comprometen a respetar los pactos internacionales de la O.I.T. sobre política de Seguridad Social y los ordenamientos farmacéuticos locales para darles cumplimiento, favoreciendo cuanto pueda conducir a una correcta financiación de lo en ellos establecido para el mejor servicio de la población protegida, lo que supone la fijación de las especificaciones técnicas, tanto sanitarias, dosis, tamaños, como económicas- precios objetivos- en los que todo interés legítimo tenga cabida.

5.2.- Medidas de política interior.-

A) Medidas ad extra.-

a) Con la Administración Pública.

En relación con la Administración Sanitaria:

- La actuación se centrará en definir y realizar una Política de Registro de especialidades consistente en precisar el número de especialida -

des correctas, sanitaria y económicamente, en dosis, tamaños y precios, con el que razonablemente la población estará protegida. Se trata, pues, de defender al ciudadano, tanto en su derecho a la integridad de su salud, como de su patrimonio personal, porque ambos son los que permiten el ejercicio de la libertad.

- La formalización de la situación con los protagonistas del sector farmacéutico, productor, comercializador y dispensador, para obtener el correspondiente descuento.
- Y la formalización de la comunicación informativa y de la participación mutua en los órganos gestores, aparte de llegar a un sistema dinámico de revisión de la ordenación de los protagonistas, laboratorios, Mayoristas y Oficina de Farmacia.

En relación con la Administración fiscal: la solicitud de la desgravación fiscal del consumo de la Seguridad Social y el control fiscalizado de las importaciones.

En relación con la Administración de Comercio: Estudiar las medidas pertinentes en defensa del consumidor y la obtención de información actualizada de los precios de las materias primas farmacéuticas en el mercado internacional, y de las inversiones de capital extranjero en la industria y producción farmacéutica, además del control de las importaciones, la vigilancia de los monopolios y la entrada de la Seguridad Social en las instituciones defensoras de los Consumidores en los casos en que existan.

En relación con la Administración de Industria: Promover la definición de una política industrial farmacéutica, siendo oída la Seguridad Social, para la admisión de laboratorios suministradores, y la definición de las preferencias en sus suministros.

En relación con las Fuerzas Armadas: la inserción de la infraestructura farmacéutica de la Administración pública militar, en la asistencia de la Seguridad Social.

En relación con el Ministerio de Trabajo: el reconocimiento de la naturaleza específica de prestación en especie de la asistencia farmacéutica dentro de la asistencia sanitaria.

b) Con los protagonistas

La actuación en relación con los distintos protagonistas tendrá por objetivo final el situarlos en la realidad, para lograr, dentro de las reglas de juego del sistema, el mayor y mejor rendimiento social y económico a los recursos farmacéuticos disponibles.

En relación con los Laboratorios: La idea dominante es la reestructuración, para que la Administración esté en los centros donde se toman las decisiones. Se trata de dar con la solución americana para americanos, como otros países la han encontrado o la están buscando y que, en definitiva, consiste en injertar el interés general en los centros de poder: para que todos sus suministradores cumplan con las normas de buena manufactura que son las que garantizan la calidad y seguridad del medicamento.

Y como complemento, realizar los estudios para dar respuesta a las cuestiones planteadas por las desviaciones de la oferta y el consumo.

En relación con la distribución: es necesario formalizar su existencia y promover su reordenación, y reglamentar su contribución a la Seguridad Social por los beneficios que ésta genera.

En cuanto a las Oficinas de Farmacia: se deben apoyar las actuaciones para realizar su reconversión y en particular la concentración de establecimientos al lado de los dispensarios, para que el acto farmacéutico corra parejo con el acto médico y se perfeccione así la asistencia sanitaria; la revisión de los márgenes en función de los servicios que se prestan, separando, si fuese teóricamente y eficazmente posible, lo que son costes de suministro de los honorarios profesionales; la exigencia a ultranza de la personalización sanitaria del acto de la dispensación; la revisión de las formas jurídicas de la titularidad de la Oficina de Farmacia; la reforma del régimen de su autorización y apertura, con un límite mínimo para el medio urbano de 5.000 habitantes.

Respecto a los médicos, la actuación está en la línea de la difusión, inteligentemente eficaz, de los perfiles económicos y en el establecimiento de los servicios de

Con la población protegida, las actuaciones serán de naturaleza pedagógica, tanto en la línea informativa como contributiva, aparte de la purificación de sus censos y perfeccionar el sistema de su identificación.

B) Medidas ad intra.-

Se trata de lograr, por la Seguridad Social y la Administración Pública, el poder de la prestación farmacéutica: 1) realizando la información, 2) reduciendo la oferta, 3) economizando el consumo, y 4) obteniendo la infraestructura que lo haga posible.

1) La realización de la información supone:

- el lograr un conocimiento de la realidad comprensivo de las actitudes ante el medicamento de cuantos intervienen en la prestación (conocimiento sociológico) y de las estructuras de poder -- (conocimiento económico), para provocar la conversión a la realidad.
- una efectividad de la explotación, análisis y difusión del proceso informatizado de la prestación.

2) En la reducción de la oferta, la actuación se centrará en las operaciones:

- de reducción del número de especialidades mediante una acción conjunta de Sanidad y Seguridad Social con la Industria Farmacéutica, de fijación de las especificaciones técnicas de los principios activos de mayor consumo.

- de revisión de oficio, de precios objetivos, y del Centro de Investigación de la calidad de las especialidades farmacéuticas.

Y deberá procederse al estudio de los distintos tipos de concentración de la oferta predominante en cada mercado nacional, tanto de los producidos por los laboratorios extranjeros como por los nacionales; de cuáles ha sido o son las causas que los determinan y de cuáles son las tendencias actuales de tal desarrollo estructural.

3) En la economía de la expansión del consumo, la actuación deberá afectar tanto a las técnicas de su creación como a las que se utilizan para provocar su aumento y su desviación, técnicas todas ellas conocidas, cuyos efectos están en gran medida cuantificados y localizados. Con tal actuación se pretende modificar los condicionantes de la situación para que cambien los comportamientos.

- En relación con la creación del consumo, las medidas pretenden suprimir los estímulos comerciales y se refieren por la finalidad que persiguen a:

- la ordenación de la información científica - para cortar la publicidad y las técnicas ilegítimas de promoción comercial del consumo. Vgr. dicotomía.

- la promoción de la Informática a partir de la receta, para permitir el conocimiento, cualificado y localizado de la realidad, y su difusión, a nivel de laboratorios, oficina de farmacia, grupo terapéutico, especialidad, tramo de precios, médico y descuento.
- En relación con el aumento del consumo, las medidas responden al principio de defender los beneficios legítimos y por tanto, de cortar los ilegítimos:
 - en relación con los laboratorios: la revisión objetiva de los precios de las especialidades dispensables con cargo a la Seguridad Social; revisión a efectuar en función de los gastos estructurales de la empresa y de las banda de precios para cada principio activo.
 - en relación con las Oficinas de Farmacia, mayoristas y laboratorios: mediante la participación de la Seguridad Social en los beneficios que ella genera: descuentos.
 - en relación con la población protegida: la educación sanitaria, y dentro de ella, la eventual modificación de la contribución en el precio.
- En relación con la desviación del consumo, las medidas responden al principio de reducir su

impunidad y a cegar las fuentes de financiación de las conductas ilegítimas, fuentes que se encuentran en los precios desviados.

- La no dispensación de las especialidades que no se estimen precisas, por razones sanitarias o económicas.
- La dispensabilidad controlada en el momento anterior a la dispensación: el visado previo de la receta, tanto por razón terapéutica o clínica como por desviación del consumo en unidades o en precio.
- la dispensabilidad controlada en el momento posterior a la dispensación: por la Informática, en el perfil económico: del médico, del laboratorio y de la Oficina de Farmacia.
- la severa utilización de los recursos sancionadores.

4) Obtención de la infraestructura:

Las actuaciones reseñadas se han de completar con los estudios en profundidad para precisar: el alcance de las frustraciones socio-culturales y de la dicotomía, en la expansión del consumo; las correlaciones entre prescripción y morbilidad; y el número, naturaleza y estructura de los submercados.

La elaboración, primero, y la utilización, después, de un modelo basado en la dinámica de los sistemas, que permita prever con tiempo útil la evolución de la prestación a medida que cambian los valores de sus parámetros fundamentales, que haga posible a los Gobiernos gobernar.

Para montar la infraestructura que permita el gobierno de la prestación, haciendo posible a nivel nacional la planificación y su control - (mediante la creación de unidades de apoyo y adscripción de asesores), en organización lineal, y a nivel regional o departamental, la reestructuración de las unidades de farmacia para la gestión de la ordenación, de la información y del control, y la implantación de los servicios farmacéuticos.

5.3. Programación de las medidas en términos de objetivos ordenados en el tiempo.

6. Conclusión:

Si este planteamiento suscita el consenso -- mayoritario, entonces los órganos de gobierno de la O.I.S.S., deben acordar, por razón de eficacia, la constitución en su seno de una - unidad especializada, para ofrecer y colaborar al pacto cuadro con los Laboratorios Multinacionales, facilitar el apoyo técnico que se la solicite para la aplicación de la nueva política -

farmacéutica, y en particular, aquellas medidas que aseguren el respeto eficaz del interés general en los tres escalones del sector farmacéutico, y la edición de los servicios informativos pertinentes para -- promover tal ordenación y evitar las discriminaciones de trato actuales.

DOCTOR JORGE ABADIA ARIAS:

Muchas gracias, delegado de España. Inmediatamente vamos a escuchar la intervención de don Jaime Puerta Vásquez, Director Administrativo de la Caja de Compensación Familiar de Antioquía, Colombia.

JAIME PUERTA VASQUEZ:

Con la brevedad que debemos respetar, no sólo por la sana advertencia de la Mesa Directiva, sino también por la expectativa del café de las 10:30, voy a plantear muy brevemente tres puntos. El primero será una consideración personal sobre el esquema que se ha presentado de Seguridad Social Participada. El segundo será una glosa a ese esquema, y el tercer punto, será una pregunta concreta al ilustre Secretario General, Doctor Carlos Martí Bufill.

La parte fundamental de este informe, la puedo concretar en esta forma. Con la mayor sencillez del lenguaje, suelo preguntar a todos mis buenos amigos de mi vida social y familiar, "si tú tuvieras que ir a una isla solitaria, qué llevarías contigo". Si se trata de un melómano aficionado a la música, de seguro contesta "Mozart, Bethoven, Schubert", y a otro que le gusta la lectura, le pregunté: "qué libro te llevarías". Me contesta: "La Biblia, El Quijote". El otro me dijo que el libro titulado "Camino", "porque me da toda una visión esperanzadora del hombre moderno". Otro se lleva la novela de turno. Yo me pregunto si por una hipotética circunstancia al salir de Panamá me dijeran: "No puede llevarte sino una hoja del documento, cuál quieres llevarte", me quedaría, señores con la página 52 del Informe del Nuevo Modelo de la Seguridad Social Participada, en la que se pone ese párrafo precioso, que en mi concepto justifica la venida de todos no-

sotros a este amable país de Panamá, donde se plantea el sentido humanístico de la gestión de la Seguridad Social.

Creo que el solo hecho del aporte traído aquí bajo la luz de la OISS, bajo las pautas del Doctor Carlos Martí Bufill, del destino del hombre como destinatario final, justificante del esquema de seguridad social, constituye en este momento del siglo XX, un paso histórico que damos los países iberoamericanos.

En este punto me permito simplemente plantear lo siguiente:

El mismo documento habla en un término acertadísimo de lo que llama aquí "el presupuesto social de la seguridad social", que son miles de millones de unidades monetarias de cada país que el estado o comunidad o el trabajador, o empleador, ponen en manos de las entidades que gestionamos la seguridad Social; presupuesto que es inmenso si se compara inclusive con los grandes programas militares, y que alcanzaría cifras superiores si juntáramos eso en una gigantesca caja de compensación social del sector iberoamericano.

Pero creo que la generación que nos va a suceder en el manejo de las cosas de Iberoamérica, tiene derecho a preguntarse: "y qué hicieron estos buenos señores de la seguridad social de esta etapa del Siglo XX, con todo ese dinero que pusimos en sus manos"? En otras palabras, creo que debemos preguntarnos cómo estamos manejando la rentabilidad social de esos miles de millones de unidad monetaria de que somos responsables, y que la generación por venir ha de recibir, que pudiera estar en un balance, y que debemos entregar con superávit social. Termino este punto sugiriendo que un parámetro en mi concepto admirable para medir esa rentabilidad, podría ser en qué medida toda esa gestión inmensa, histórica de la seguridad social

iberoamericana, está contribuyendo a salvar el concepto y la realidad de la unidad familiar de Iberoamérica. De ese núcleo familiar que resulta el beneficiario final, ya como grupo de toda esta inversión social que realizan en esos países.

Esta familia iberoamericana vale todo esto para todo el Universo. Esta familia que hoy está asediada por todos los lados: el divorcismo desaforado que tiende a la destrucción del vínculo conyugal; la campaña del control de la natalidad que tiende a desprestigiar el sentido de la procreación como acto humano que enriquece la vida de los pueblos y que tiende a quitarle al desarrollo su genuina razón, porque en vez de plantear al mundo un reto; el lograr el desarrollo social para que la población libremente pueda convivir sanamente en su signo histórico, tiende a plantear la otra cara fatal de la moneda: el de acomodar el tamaño de la población a un desarrollo económico.

Toca entonces, en mi concepto, a las autoridades que recibamos un aporte inmenso de todos los sectores para balancear nuestra gestión, sobre ese punto concreto. Cuál es el aporte para defender el concepto filosófico de la familia, para que nuestra gestión resulte una libertad real para cada pareja humana, para tomar ella su decisión en cuanto al número de hijos que ha de procrear, -porque esa decisión está siendo coartada por el sentido del egoísmo, hasta el punto que el dilema es escoger en un consumo costoso y cercenar las fuentes de la vida que tienen el derecho a seguir adelante.-

Paso al segundo punto, diciendo simplemente a la Mesa Directiva, que vería con sumo agrado, que la mesa que ha de redactar las conclusiones de este Congreso histórico, haga un planteamiento en favor,

una apología del núcleo familiar en los pueblos iberoamericanos como destinatarios finales de esta gestión de la seguridad social.

Paso a plantear enseguida, en dos minutos, lo siguiente: Se discutieron en Colombia, mi país, precisamente en estos días, un punto que considero de fondo. Se presentó al Parlamento un proyecto de ley para que reorganizarse la Seguridad Social. Se ha planteado si la Seguridad Social corresponde ya efectivamente a lo que vamos entendiendo por seguridad social. Y mirando y estudiando el esquema de lo que se ha planteado aquí, como el panorama global de la Seguridad Social, y oyendo la disertación del esquema al definir la seguridad social, me ha corroborado que el término es una etiqueta que ya queda corta; es un vestido que queda sumamente estrecho para esta contribución global integrada e integrante de la Seguridad Social.

Creo que por mucho tiempo y de por vida, el término Seguridad Social irá vinculado, creo que con cierto lastre, al Seguro Social, en cuanto es criticado por el mismo informe, y la Seguridad Social seguirá siendo una protección contra riesgos concretos: muerte, incapacidad, el riesgo del desempleo.

Hemos planteado en el Congreso, un ámbito más ambicioso para la Seguridad Social. Estamos hablando de que la Seguridad Social debe suministrar los medios para el desarrollo pleno de la persona común, y para el desarrollo del principio libre y exuberante del núcleo familiar.

No sé si ha de considerarse aquí o en algún día próximo, por parte de la OISS; si su nombre es un traje que nos queda estrecho; si habrá que seguir hablando en términos de organizaciones internacionales para el bienestar social familiar o términos equivalentes.

Tenemos aquí catedráticos de esta materia que pueden aportar sobre esto, porque creo que es un punto que debemos tener en mente. En cuanto al documento de la OISS, me permito recordar al Doctor Martí Bufill una cuenta que tiene con nosotros, cuenta que le cobro con el apoyo de la delegación colombiana a través del Doctor Arias, y es explicar al pleno, con formal detalle y sentido práctico, en qué consiste el concepto de Participada en la Seguridad Social. Eso nos lo debe. El mismo Doctor Zuñiga acaba de plantear que él no tiene claro cuál es el pensamiento del Doctor Martí Bufill y me he permitido nombrarlo como fiador de este cobro, pues deseamos saber la realidad del pensamiento expresado por el Doctor Martí Bufill.

DOCTOR JORGE ABADIA ARIAS:

Muchas gracias al distinguido representante de Colombia. Vamos a escuchar al Doctor José Ferreira Alonso, Presidente de la Federación de Instituciones Españolas del Uruguay. Como cuestión de orden, Secretario.

DOCTOR CARLOS MARTI BUFILL:

Mis queridos amigos, yo no quería quedar tan en deuda como se me está formulando. Efectivamente, por varios oradores se ha preguntado por las bases que, al menos en el documento, se pretende dar al carácter de "participada". Este concepto, junto con unas observaciones que se han hecho, con mucho gusto, en cuanto termine las distintas intervenciones, lo voy a hacer en todo su ámbito. Muchas gracias.

DOCTOR JOSE FERREIRA ALONSO, Presidente de la Federación de Instituciones Españolas del Uruguay:

Señores participantes de este Congreso Iberoamericano de Seguridad

Social, queridos hermanos de Iberoamérica. Participo en este Congreso invitado por la Secretaría General a participar en él y en representación de la Federación de Instituciones Españolas del Uruguay. El porqué la Federación del Uruguay está en este Congreso. En el mes de marzo pasado, celebramos un Congreso en Punta del Este, Uruguay, con la participación de seis países, denominados del Cono Sur de América, instituciones españolas que representaban a mil quinientas instituciones y unos diez millones de afiliados, y además el 60% representantes de la salud y un 40% de la cultura. Entendimos ya, en aquel momento, que la salud y la cultura iban de la mano. No hay una buena seguridad social sin una buena cultura. Y no hay una buena cultura, sin una buena seguridad social.

Uno de los puntos a tratar en ese Congreso, fue precisamente la Seguridad Social, en la que estuvo presente nuestro amigo el Dr. Carlos Martí Bufill, a quien la Federación de Instituciones Españolas le rendimos homenaje, por esa acertada dirección desde la Madre Patria a las naciones iberoamericanas.

En el Uruguay, hace 123 años, se fundaba la primera institución de carácter médico colectivo que es la primera, precisamente del Universo en esta materia. Es decir, en la centralización de la clase menos pudiente para defender la salud.

La primera Asociación Española de Socorros Mutuos en este momento, tiene 80,000 asociados, un sanatorio de los más modernos de América y el costo en esta Asociación y otras diez que represento es del 4% del salario promedial de la República. Estas instituciones no tienen fines de lucro, por cuanto el transporte del asociado va invertido directamente en beneficio del mismo. Tienen estas Asociaciones un control del Estado a través del Ministerio de Salud Pública y de acuerdo a la exposición de nuestro Ministro de Trabajo, que compartimos totalmente, se van a ajustar más los servicios de las mismas, para que puedan lograr un precio más económico, más accesible a la masa asociada.

En concreto, que la salud en el Uruguay, un 63% la realizan las mutualistas privadas y un 37% está a cargo del Estado. Así vemos la existencia de un servicio entre mutualismo y el Estado que cubre totalmente las necesidades de la población de la República. Contamos con un Banco de Previsión Social y un Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuyo Ministro se encuentra aquí presente. Ojalá podamos realizar este tipo de congresos todos los años; alguien preguntará el precio de un congreso; la contestación a ello es la que dio el Presidente Eisenhower cuando un Presidente uruguayo preguntó por el costo de las Naciones Unidas y el Presidente Eisenhower contestó: "Esto cuesta menos por año

que cinco minutos de guerra" y digo yo: Este Congreso también costará menos por año que cinco minutos de una mala seguridad social. Este Congreso que realmente es un Congreso que pasará a la historia y que como otros, es de una importancia trascendental y cuando visualizamos que dentro de muy poco tendremos al año 2,000- fecha en que los técnicos en la alimentación consideran como crítico para el globo terráqueo- tendremos al mundo y sus habitantes a la mira del mundo iberoamericano, el cual tendrá en esa fecha una gran responsabilidad ante todo el Universo, pues sus grandes territorios todavía sin explotar pero que a partir tendrá que planificar y coordinar en torno a la planificación total para lograr un modelo para todos los habitantes de estos territorios; un modelo de asistencia social que abarque a todos los seres iberoamericanos. Los invito a todos a pensar muy seriamente en este problema de seguridad social, problema que abarca y se profundiza hacia todo el Universo. Tengo aquí a este respecto una definición de Estados Unidos que define a la Seguridad Social, como la mejora de la miseria y quien garantizará la salud y las condiciones decorosas de vida y principalmente el de recho a un seguro social. Esto es sin lugar a dudas, un criterio muy amplio pero evidentemente, la seguridad social que estar dirigida hacia los menos pudientes porque precisamente, el malestar que se crea a veces en todas las sociedades, se manifiesta precisamente en este sector.

Quiero finalizar queridos congresistas con una frase de un prócer del Uruguay que dice así: "siempre tenemos algo que aprender de los demás".

Muchas gracias

INTERVENCION DE DON JUAN AITA DEL SEGURO SOCIAL DE PERU

Señor Presidente del Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, señores

Miembros de la Junta Directiva, señores Congresistas, amigos todos:

En representación de la Delegación peruana, reiteramos a la alta dirección de la Caja de Seguro Social panameña, el gesto de hospitalidad que nos brinda en este interesante certamen.

Mi presencia en este certamen, la hago en representación de la delegación peruana, ya que todos estamos relacionados con el presente trabajo que nos ha traído el Dr. Martí Bufill, relacionado con el Nuevo Modelo de Sistema de Seguridad Social Participada; digo esto porque estamos viviendo la inquietud de los países iberoamericanos, desde el punto de vista de la revisión permanente de nuestros actos administrativos, en la organización de la Seguridad Social de nuestro país. Y es así, como hace algún tiempo, desde que se proyectó el Seguro Social en el Perú, en 1936, hasta este momento, que hemos realizado una serie de actividades que definen el estado de revisión y de reorganización permanente de esos sistemas. Efectivamente, el nacimiento del seguro social en 1936, marcó una etapa definida con la creación de una Caja Nacional de Seguro Social, donde no existió la discriminación social.

En 1948, cuando se venía atendiendo al trabajador manual, se crea prácticamente un nuevo seguro social que orientaba la atención del trabajador empleado. Después de haber intentado de hacer planteamiento de reestructuración y reorganización de los seguros sociales, llegamos a noviembre de 1973, coincidiendo con los cambios sociales del país, en que se daba una verdadera ley de nacimiento de un solo seguro social constituido ya, por un consejo

directivo único, y con el criterio de ir integrando a todos al sistema.

En el país se tiene, aproximadamente, a dos millones de trabajadores, habiendo presentado en el inicio una macroestructura del seguro social de lo más amplia; nace la necesidad de entrar en una etapa de desconcentración administrativa. Y así, es como desde hace 18 meses se inició con esta desconcentración, la fusión de las oficinas administrativas, que eran prácticamente dos empresas distintas, y cuya fusión da forma a este seguro social, en un solo instrumento administrativo e inclusive, con modificación de su contabilidad, aplicando sistemas de contabilidad integrada y con funciones afines.

Esta actividad administrativa, refleja su función financiera, cuyos logros tiene ya bastante manifestaciones. Así mismo, nos hemos proyectado al sistema de salud en que, utilizando los antiguos recursos de los centros asistenciales de la Caja del Seguro Social donde casi el 85% de la población que constituía los empleados, se viene atendiendo, rompiendo el principio de la discriminación social. En este momento, en que contamos aproximadamente con 1,000 camas hospitalarias para la atención de los asegurados en la región del norte, se están proyectando ^{centros} asistenciales con un sentido integral, es decir, donde no se dará solamente salud desde el punto de vista de la atención periférica, sino también se resolverá el problema administrativo de los trabajadores, y nos proyectamos a la atención rural y domiciliaria. Ya algunos de estos centros vienen funcionando con excelentes resultados.

De manera general, se han jerarquizado las unidades médicas con el consenso de los hospitales regionales, zonales y las unidades periféricas, y que debido a la sobrecarga asistencial, se está reestructurando la posibilidad de la creación de un hospital central y la transformación de las estructuras de los hospitales zonales y regionales pa-

ra satisfacer así la actual demanda.

Ha sido siempre nuestra preocupación, el ordenamiento administrativo hospitalario, para lograr mejorar nuestros recursos personales, materiales y económicos. Se da mucho énfasis a la evaluación del trabajo médico, y es así que la utilización de nuestros recursos ha sido cada día más racionalizada, al extremo de que una de las inquietudes de los países iberoamericanos es el excesivo costo de los medicamentos y quizás entre nosotros, con la creación de un programa de medicamentos básicos en el Ministerio de Salud se, está logrando reducir los costos y proyectarlos a través de nuestros presupuestos operacionales hospitalarios, refleja un egreso de no más del 20% del costo presupuestado. Así mismo, hay un mejor rendimiento-cama expresado a través de las mejoras de los índices de permanencia y ocupacionales de nuestros centros asistenciales, y la calidad de servicios expresados en la mejora de nuestros indicadores de morbilidad, mortalidad y el número de días subsidiados.

Tenemos que hacer, también, referencia a que en este momento se espera la dación de una ley de salud, porque interpretamos que el sistema coordinado de salud, que ya lo venimos utilizando, quizás será aún más afinado con la acción de la ley, y así podemos pensar en la incorporación de nuevos grupos poblacionales.

En el campo de las pensiones, este sistema de desconcentración se está operando con las posibilidades que a corto plazo, llegar a la liquidación de las pensiones en lugares periféricos de la región. En resumen, podemos decir que adecuando al objetivo operacional de la gestión administrativa del trabajo, del Doctor Martí Bufill, hemos venido aplicando este sistema de desconcentración, y ya en algunos de sus aspectos con el criterio de la descentralización que nos permitirá llegar en el presupuesto del presente año, a una programa único en que se consoliden las actividades de la adminis-

tración regional, de la promoción y de la recuperación de la salud, de las actividades financieras y económicas, al presupuesto real de una gerencia regional, cumpliendo así uno de los objetivos fundamentales en la regionalización que es, la utilización de su riqueza, distribuyéndola tanto en la costa como en la montaña y en la sierra, y porque se desea utilizar mejor los recursos de la costa y de la montaña, para brindar a los hermanos de la sierra lo que en otra oportunidad no se pudo haber hecho, marcando así una etapa de justicia social.

Este modesto aporte que hemos querido presentar aquí, y en especial las inquietudes del Doctor Martí Bufill quien está tan unido a nuestra seguridad social peruana porque ya hace muchos años él también nos viene ayudando y colaborando en todas nuestras inquietudes.

Quisiera terminar, diciéndoles, no como una petición propia sino como un sentir de todos nosotros, que apreciamos que las instituciones de seguridad social de Iberoamérica están constituidas en forma tan dispersa, que será necesario que a través del Comité Permanente de la Organización Iberoamericana, se señale un modelo similar para todos nuestros países.

PRESIDENTE: Muchas gracias Don Juan Aita. De inmediato escucharemos la intervención del Dr. Arrigo Guardia, Geriatra de la Caja de Seguro Social de Panamá y quien hablará a nombre de la Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá (AISSCAP).

A continuación la intervención del Dr. ARRIGO GUARDIA:

La Integración de Pensionistas y Jubilados en el nuevo modelo de Seguridad Social participada.

Las Instituciones de la Seguridad Social de Centro América y Panamá (AISSCAP), son conscientes de la responsabilidad de garantizar a sus pueblos, el ejercicio de una más amplia justicia social. La hora histórica que viven nuestros pueblos, es la hora de la esperanza de verse liberados del fantasma del hambre, la miseria e injusticia social. Nuestros pueblos miran esperanzados a nuestras Instituciones de Seguridad Social, buscando en ellas la cristalización de caros ideales populares; el logro de la justicia social a través de ellas. La AISSCAP es consciente de que no podemos ni abdicar nuestra responsabilidad, ni abandonar a su propia suerte, los sectores más necesitados de nuestros pueblos.

Es preciso perfeccionar constantemente las prestaciones que brindan nuestras Instituciones en la medida que ésto sea necesario y posible; para lograr así incrementar constantemente la calidad de nuestros servicios técnicos y elevar la calidad de vida de nuestros pueblos. El destino de las naciones, es la vida de su gente, es la salud de sus pueblos.

Es a la luz del propósito de incrementar constantemente la calidad de los servicios de nuestras Instituciones de Seguridad Social, que vemos este nuevo esquema, nuevo Modelo de la Seguridad Social integral.

La lucha por la producción de salud y seguridad es un hecho primordial y fundamentalmente político y nuestros Institutos de Seguridad Social, no pueden permanecer al margen de esa realidad, que cambia constantemente en la medida que aumenta la toma de conciencia de

nuestros pueblos y se redefinen sus esperanzas a la luz de los progresos de la ciencia, la tecnología y el desarrollo económico.

Al analizar los problemas de la 3a. Edad en nuestros Istmo Centroamericano lo hacemos, en nuestra mente, no solo como indicativo de las condiciones de vida de los gerontes de todo iberoamérica, sino también de los ancianos de todos los países en vías de desarrollo.

Deseamos ver los problemas del Sector de Población de 3a. Edad, de pensionados y jubilados, integrados en el nuevo modelo de Seguridad Social participada, pues consideramos que es sólo bajo este enfoque que podremos alcanzar una comprensión que permita planificar una efectiva solución integral. La solución de los problemas de la 3a. Edad requiere que los conceptos básicos de nuestras Instituciones de Seguridad Social se adapten a la realidad social cambiante de nuestros países. Este es uno de los méritos del nuevo modelo de la Seguridad Social participada.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), define salud como "El estado completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad".

Su definición implica el concepto de calidad de vida, noción que concide con el lema de la Geriatria: "no solo dar más años de vida, sino más vida a los años".

Señores delegados: La calidad de vida de nuestros gerontes será un problema creciente en nuestros Institutos de Seguridad Social, en las próximas décadas.

Nuestros grandes problemas nacionales sólo adquieren su forma definitiva si lo analizamos en el contexto de la totalidad, pues sólo así podremos determinar sus prioridades y sabremos de los recursos dispo-

nibles para su solución. No existen problemas aislados en nuestros pueblos, sólo una visión global del mundo, de su historia, su evolución, nos permitirá conocer donde encajan esos problemas, cuáles son sus rasgos esenciales y definitivos. Así, simultáneamente además de la aparición en nuestro horizonte del problema de la 3a. Edad, aparecen otros serios y graves problemas en nuestros pueblos de Centro-América; como lo son el alcanzar muchas de nuestras naciones el límite de su capacidad de endeudamiento; como lo es el deterioro de nuestro intercambio comercial y el desequilibrio de la balanza de pagos, como lo es la explosión demográfica y sus implicaciones en el campo de la vivienda, educación, salud, alimentación, empleos, etc.

Frente a los problemas de la 3a. Edad hay que considerar que las necesidades históricas que se presentan en nuestros pueblos siempre tienen solución, pero requieren planificación, esfuerzos constantes y en ocasiones, cambios de las estructuras básicas de los pueblos.

1. LA ESENCIA DEL PROBLEMA GERIATRICO

Uno de los aspectos fundamentales de los problemas de la 3a. Edad es su naturaleza demográfica según la Organización Mundial de la Salud: La población total de más de 60 años de edad se estimaba en 291 millones en el año de 1970, o sea el 8% de la población mundial y se espera que esa cifra llegue a 585 millones en el año 2,000, lo que representará el 9% de la población del globo terrestre. Conviene recordar que en los países en vías de desarrollo la población de 60 años y más era de 137 millones o sea el 5.4% y se espera que para fines del siglo, en los países en vías de desarrollo, la población será de 354 millones o sea el 7%. Esto representará un aumento de 2.6 veces la población actual.

Así como los problemas de la 3a. Edad empezaron a ser problemas económicos y sociales en los países desarrollados en la primera mitad del siglo veinte; en los países en vías de desarrollo lo serán en el último cuarto de este siglo; con el agravante de que muchos países no tendrán la experiencia ni los recursos que tuvieron los países más desarrollados.

Además, debido a las características, del crecimiento de la población de la 3a. Edad aumentará en número y porcentaje a una velocidad mayor que la ocurrida en los países desarrollados.

Actualmente, la población total de nuestros países Centro-Americanos es de 17,605,000 habitantes, de los cuales, más de 5% son mayores de 60 años de edad. Nuestra población rural es de 10,900,00 y nuestra población urbana es 6,705,000, sectores que están, sin embargo, en constante transformación .

Nuestra población total crece aceleradamente y el índice de urbanización es cada vez mayor, fenómenos similares a la mayoría de los pueblos de la tierra.

Actualmente, el factor de mayor incidencia sobre la magnitud del problema geriátrico es la disminución de las tasas de mortalidad, que en todos nuestros países miembros de AISSCAP, ha descendido sensiblemente en la última década, reflejando la intensa labor realizada en el campo de la salud y las infraestructuras por nuestros gobiernos y nuestros Institutos de Seguridad Social.

A medida que este hecho se acentue durante las próximas décadas, se reflejará en el lento envejecimiento de nuestra población en la explosión demográfica y la ampliación de nuestros problemas de la 3a. Edad. Todo parece indicar que en los países de vías de desarrollo en general y en nuestros países miembros de la AISSCAP, en particular, los progresos médicos y de infraestructura reducirán la mortalidad y la morbilidad en la segunda mitad de la vida durante los próximos decenios, por lo que se puede predecir un mayor envejecimiento de la población.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado notablemente en nuestros países en el último decenio y es preveer que este fenómeno se acrecentará en las próximas décadas.

Una de las características de nuestros países en vías de desarrollo es el marginamiento de la actividad económica, de vastos sectores populares, que mantienen una economía de subsistencia.

La incorporación a la Seguridad Social de vastos sectores puede ser interpretado, en nuestro medio, como la actividad económica creciente de sectores antes marginados como también deben ser interpretados como el perfeccionamiento de nuestros instrumentos de justicia social, pues es imposible de concebir un estado moderno sin Instituciones de protección a su comunidad.

En la medida en que vayamos perfeccionando en nuestros países de Centro-américa, nuestros instrumentos de Seguridad Social, que vayamos impulsando el desarrollo económico, un número cada vez mayor de ciudadanos en general y de 3a. Edad en particular recibirán los beneficios de la protección institucional.

Efectivamente, durante la última década en todos nuestros países miembros de la AISSCAP ha crecido notablemente el número de ciudadanos cotizantes a nuestros Institutos de Seguridad Social, el número de ciudadanos en general que reciben los beneficios de la protección Institucional y el número de ciudadanos de la 3a. Edad que reciben bonificaciones en concepto de jubilaciones y pensiones.

El ciudadano de la 3a. Edad tiene sus características propias, que son de naturaleza compleja, son múltiples facetas económicas, sociales y de salud. La disminución de la capacidad vital de sus órganos, repercute en la limitación progresiva de la actividad del geronte, necesitando cada vez un mayor apoyo de quienes lo rodean.

El aumento de la morbilidad, la disminución en la defensa a las infecciones, la aparición de enfermedades crónicas y dege-

nerativas en los órganos del geronte, determinan un uso más intenso de los servicios de salud por parte del anciano.

La disminución o ausencia total de ingresos económicas implica la incapacidad total o parcial de valerse económicamente por sí mismo y requiere el uso intenso de los servicios sociales de la comunidad, entre ellos los ofrecidos por las Instituciones de Seguridad Social.

Las limitaciones mentales de la 3a. Edad, pérdida de la memoria y de la coordinación intelectual son de aparición tardía en la vida del geronte, pero una vez aparecidos se convierten en un serio reto a la familia, al médico y a la comunidad, por los problemas que plantean y la por la dificultad y su terapéutica.

Las enfermedades crónicas invalidantes no solo limitan la actividad del geronte sino que disminuyen la calidad de su vida, del disfrute de su vida, exigir la atención de los familiares y quienes lo rodean hace uso intenso de los diferentes servicios de salud.

Es preciso construir servicios muy especializados para atender estas situaciones como son los servicios de Medicina Física y Rehabilitación, las salas especializadas de pacientes crónicos, las salas de geronto-psiquiatría, que utilizan los recursos económicos de nuestros Institutos de Seguridad Social.

Efectivamente, hemos vistos en todos nuestros países miembros de AISSCAP y en nuestros Institutos de Seguridad Social el uso creciente que hace el sector de población de la tercera Edad, los pensionados y jubilados de los servicios médicos y los servicios sociales.