

Revista Española
DE
SEGURIDAD
SOCIAL

(Director: Luis Jordana de Pozas)



Junio-Julio 1951.

MADRID

Año V.-N.ºs 6-7.

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
(CENTRO DE ESTUDIOS Y PUBLICACIONES)

PRINTED
IN
SPAIN

IMP. HIJOS DE E. MINUESA, S. L.
Ronda de Toledo, 22.-Teléf. 27 31 57

M A D R I D



Su Excelencia el Jefe del Estado español
D. FRANCISCO FRANCO



*Excmo. Sr. D. JOSE ANTONIO GIRON,
Ministro de Trabajo.*

El I Congreso Iberoamericano
de Seguridad Social

CRONICA DEL CONGRESO

Del 22 de mayo al 3 de junio se ha celebrado en Madrid —con la sesión de clausura en Barcelona— el I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Fué convocado, a finales de 1950, por el Instituto de Cultura Hispánica, en estrecha colaboración con el Instituto Nacional de Previsión, Instituto Social de la Marina, Servicio de Reaseguro de Accidentes del Trabajo, Delegación Nacional de Sindicatos, los Montepíos y Mutualidades Laborales y la Universidad Española, y a él asistieron numerosas Delegaciones de los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, España, Filipinas, Haití, Honduras, Méjico, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Puerto Rico, República Dominicana, El Salvador, Uruguay y Venezuela, así como observadores de Bélgica e Italia, y representantes de la Asociación Internacional de Seguridad Social y del Comité Interamericano de Seguridad Social.

Entre las personalidades hispanoamericanas que asistieron al Congreso hemos de destacar a los señores don Edgardo Rebagliatti, Ministro de Salud Pública del Perú, y don Rafael Espailat de la Motta, Secretario de Estado de Salud Pública y Previsión Social de la República Dominicana. Entre los congresistas figuraban numerosos Directores generales, altos cargos de instituciones de Seguridad Social, Directores de Cajas y otros técnicos en la materia.

Los temas principales tratados en el Congreso fueron tres, para cuyo estudio se constituyeron otras tantas Comisiones: I) Experiencias y orientaciones de la Seguridad Social en los países iberoamericanos y en Filipinas; II) Conveniencia de celebrar tratados sobre Seguridad Social entre los indicados países y bases generales para los mismos, y III) Organización de las prestaciones médicas de los Seguros sociales. Fué tam-

bién objeto de deliberación el procedimiento para establecer una terminología de Seguridad Social en los idiomas portugués y español, susceptible de ser aceptada por todos los países participantes.

DESARROLLO DEL CONGRESO.

Después de una sesión preparatoria, en la que se eligieron Presidentes del Congreso a los señores Rebagliatti, Espaillat y Jordana de Pozas, dió la bienvenida a los representantes hispanoamericanos el Director del Instituto de Cultura Hispánica, don Alfredo Sánchez Bella.

Su Excelencia el Jefe del Estado presidió la sesión inaugural del Congreso, celebrada el día 23 de mayo en el nuevo edificio central del Instituto Nacional de Previsión. Intervinieron en esta sesión los señores Jordana de Pozas, Rebagliatti y Espaillat, con breves palabras. Seguidamente hizo uso de la palabra el Ministro de Trabajo, don José Antonio Girón, que pronunció un documentado discurso, en el que resumió la política social mantenida por el nuevo Estado a partir del 18 de julio de 1936. Y, finalmente, se dirigió a los congresistas Su Excelencia el Jefe del Estado, quien, entre otras cosas, dijo: «Gran parte de las inquietudes que sobre el mundo se ciernen llegarían a desaparecer si ese sentido de lo social y de la solidaridad renaciese entre los pueblos y se ayudasen para realizar los objetivos mínimos de esa estabilidad y seguridad social de los humanos, para la que, con buena voluntad, aquí os habéis reunido.» Terminado su discurso, el Generalísimo Franco declaró inaugurado el Congreso.

SESIONES DE ESTUDIO.

A partir de este momento, y después de que fué inaugurada la Exposición Iberoamericana de Seguridad Social, se sucedieron las reuniones de estudio del Congreso. Las distintas Comisiones conocieron los numerosos trabajos, comunicaciones y ponencias presentadas por los congresistas americanos y españoles, y en los Plenos intervinieron los Jefes de Delegación para exponer las realizaciones sociales de sus respectivos países.

La Comisión directiva del Congreso determinó quiénes habían de presidir las Comisiones de trabajo: la del tema I) correspondió, alternativamente, a los Presidentes titulares del Congreso; la del tema II), a don Fernando Andrade Ramos, Director general de Previsión del Brasil; la del tema III), a don Rafael Espaillat, de la República Dominicana; la del tema IV), denominado *Varios*, a don Abelardo Valdés, de Bolivia; la Comisión especial de Terminología fué presidida por don Alfredo Bowen Herrera, de Chile.

Actuaron durante todo el Congreso, como Secretarios general y de Comisiones, don Carlos Martí Buñil (España) y don Edmundo Cortés Arteaga (Bolivia), respectivamente.

CONCLUSIONES DEL CONGRESO.

Además de una serie de conclusiones sobre diversos temas, aprobadas por la Sección IV, el Congreso adoptó un grupo de dieciséis conclusiones relativas a la organización de las prestaciones médicas de los Seguros sociales, dos recomendaciones a los Estados iberoamericanos en cuanto a la conveniencia de celebrar tratados sobre Seguridad Social y ocho conclusiones referentes a temas varios, entre los que se encuentran los de la Comisión de Terminología. El Congreso en pleno aprobó, además, una resolución en virtud de la cual se crea una Comisión Iberoamericana de Seguridad Social, que estará integrada por un Presidente, tres Vicepresidentes y un Delegado por cada país.

PONENCIAS Y COMUNICACIONES.

El gran interés despertado en España y en Iberoamérica al solo anuncio de este Congreso de Seguridad Social se demuestra elocuentemente con el considerable número de ponencias y comunicaciones que fueron aportadas al mismo. La Comisión I recibió 18 trabajos sobre las experiencias y orientaciones de la Seguridad Social en los países iberoamericanos y Filipinas. La Comisión II, de Tratados, deliberó sobre 6 ponencias de sumo interés. La Comisión III analizó el contenido de 13 estudios sobre la organización de las presta-

ciones médicas en los Seguros sociales. De la competencia de la Comisión IV fueron 27 ponencias y comunicaciones sobre temas varios. La Comisión especial de Terminología recibió el aporte de 6 trabajos.

CLAUSURA DEL CONGRESO.

Se celebró el día 3 de junio en el histórico Salón del Consejo de Ciento, del Ayuntamiento de Barcelona, bajo la presidencia del Subsecretario español de Trabajo don Carlos Píñilla, que ostentaba la representación del Ministro del Departamento. Pronunciaron discursos en este acto el Alcalde de la Ciudad Condal, los Delegados del Brasil, Colombia, Ecuador y Chile, el Director del Instituto de Cultura Hispánica y el Subsecretario de Trabajo, quien declaró clausurado el Congreso en nombre de Su Excelencia el Jefe del Estado.

En este acto se proclamaron los cargos de la nueva Comisión Iberoamericana de Seguridad Social: Presidente, don Luis Jordana de Pozas (España); Vicepresidente, don Edgardo Rebagliatti (Perú); Vicepresidente, don Fernando de Andrade (Brasil); Vicepresidente, don Alfredo Sánchez Bella (España); Secretario, don Carlos Martí Bufill (España); Secretario, don Edmundo Cortés Arteaga (Bolivia).

VISITAS Y EXCURSIONES DE INTERÉS.

La primera visita realizada por los congresistas fué al Instituto de Cultura Hispánica, el día anterior a la sesión inaugural. El día 24, festividad del Corpus Christi, pasaron el día en Toledo. El Ayuntamiento de Madrid, la Dirección General de Regiones Devastadas y el Instituto Social de la Marina ofrecieron sendas recepciones a los congresistas. Estos visitaron, al margen de las reuniones de Comisiones y Plenos, la Ciudad Universitaria de Madrid, la Institución Sindical «Virgen de la Paloma», la Escuela de Capacitación de Trabajadores, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y la Exposición Nacional del Ahorro. Hicieron una excursión a El Escorial, y fueron obsequiados con almuerzos por el Instituto Nacional de Previsión y los Ministros de Asuntos Exte-

riores y de Trabajo, entre otros. El programa tuvo también el aliciente de varias fiestas, conciertos y funciones de gala.

El día 1 de junio iniciaron los miembros del Congreso su viaje a Barcelona, en el curso del cual visitaron diversas instalaciones sanitarias. Se detuvieron en Guadalajara para visitar la nueva residencia del Seguro de Enfermedad, cuyas instalaciones recorrieron en compañía del Director de Asistencia Sanitaria e Instalaciones de dicho Seguro. En Calatayud asistieron a la bendición e inauguración de un ambulatorio del Seguro. En Zaragoza visitaron las catedrales y la residencia sanitaria, en construcción, que será capaz para 500 camas. A su paso por Lérida tuvieron ocasión de conocer el avanzado estado de las obras de la residencia sanitaria, un ambulatorio y el Coto escolar «Francisco Franco». Finalmente, en Barcelona, los congresistas recorrieron el edificio de la residencia de Horta, que cuenta con 714 camas y 20 quirófanos. Terminado el Congreso, los Delegados iberoamericanos realizaron una excursión al Monasterio de Montserrat.

LA EXPOSICIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL.

En el edificio del Instituto Nacional de Previsión se habilitaron dos plantas para esta Exposición, que fué inaugurada por el Jefe del Estado español. En ella figuraron *stands* del Brasil, República Dominicana, Perú, Colombia, Portugal y Chile; después seguían las instalaciones de los Montepíos y Mutualidades Laborales, Servicio de Reaseguro de Accidentes del Trabajo, Empresa Segarra, Instituto Social de la Marina, Obras sindicales de Educación y Descanso y «18 de Julio», Instituto Nacional de la Vivienda, Instituto de Medicina y Seguridad del Trabajo y del propio Instituto Nacional de Previsión.

CONVENIENCIA DE CELEBRAR TRATADOS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LOS INDICADOS PAISES Y BASES GENERALES PARA LOS MISMOS

INDICE

- I.—Surgimiento de lo social con ansia internacionalista.
- II.—La acción internacional de los Gobiernos.
- III.—Labor de la Organización Internacional del Trabajo.
- IV.—Los Tratados interestatales.
- V.—La Seguridad Social del hombre en el espacio.
- VI.—Principios de la Seguridad Social internacional.
- Conclusión.

*Ponencia oficial presentada
a la comisión II del Congreso
Iberoamericano de Seguridad
Social,*

por D. Marcelo Catalá,

*Jefe del Servicio Internacional.
Ministerio del Trabajo (España).*

SURGIMIENTO DE LO SOCIAL CON ANSIA INTERNACIONALISTA.

Lo social es tan viejo como la propia Humanidad, pero no se presenta con caracteres de técnica llamada a resolver un problema suficientemente amplio y de líneas propias hasta 1800...

Ciertamente, cuestiones sociales las hubo siempre, desde las surgidas en la construcción de pirámides (1), las planteadas unas veces por la plebe, apoyada en los tribunos, y otras por los esclavos romanos, las que motivaron la intervención de Alberto el Magno en las discordias laborales de su época, las intentonas revolucionarias de los «cuñias azules» ahogadas en sangre, la ardorosa combatividad de los colonos germánicos... son muestras que jalonan la Historia y que *demuestran* que el desasosiego no siempre fué consecuencia de una pura situación personal ni producto de un ambiente neta y sólidamente político, sino que también los acuciamientos económicos y el malestar social existieron en grado tal, que llegó a tener fuerza para manifestarse con violencia.

Sin embargo, frente a tales sucesos las leyes suelen guardar silencio, y en el exuberante muestrario del Derecho pretérito, desenterrado por el ansia curiosa de los historiadores y los juristas, faltan datos suficientes para poder acreditar que quienes tenían en sus manos el poder consideraban ésta de lo social como fuente de sus preocupaciones. Frente a la

(1) Albert Thomas presenta éste como el primer movimiento social de la Historia.

copiosa presencia de disposiciones que reglaban las cuestiones civiles, que imponían un compás a la vida económica de los países, que organizaban la administración en toda la gama de distintos aspectos, financiero, municipal, militar, etc., que llegaba a hacer surgir con carácter decididamente estamental un derecho nuevo, el mercantil..., las disposiciones puramente sociales son escasísimas y su procedencia aparece bien claramente delimitada, casi siempre a la propia potestad interna de Cofradías, Gildas y Gremios, que se dictan a sí normas para sus propios miembros, y en otros casos se hallan contenidas en las cartas-pueblas y fueros locales, donde se dictan, atendiendo a un afán circunstancial, para llevar a una localidad peligrosamente situada junto a la frontera nuevos pobladores; pero ni unas ni otras obedecen a propósitos de mayor permanencia que los puramente circunstanciales, ni tienden a dejar grabada en el Derecho una línea al servicio de la justicia.

Bien puede invocarse como excepción única la copiosa aportación hispánica (2), que, recogida bajo el título de *Leyes de Indias*, constituye, en buen porcentaje de su contenido, el primer conjunto de disposiciones de tipo social aparecido en el mundo, desde tres siglos antes a la iniciación de esta nueva rama de política; signo del buen propósito de la colonización española y venero inagotable para los historiadores de lo social, que encuentran en su letra el espíritu anticipado en centurias a muchas instituciones que se presentan hogaño como ideación arrancada a la nada sin precedente posible y como solo fruto de la ingeniosa elucubración en la que, más o menos, nos afanamos cuantos trabajamos esa humanísima rama de la ciencia artística que es la sociología.

Con esa excepción no silenciada, y prescindiendo de la política de beneficencia impuesta en el siglo XVII por sus leyes

(2) En 1680, bajo el título de *Leyes de Indias*, fueron recogidas, después de varios intentos, en nueve libros que contenían su régimen legal.

de pobres, en Gran Bretaña puede asegurarse que es sólo a principios del siglo pasado cuando lo social nace como una técnica que, a través de la norma del Derecho, intentará resolver, o paliar al menos, los males de la Humanidad, multiplicados por una serie de fuerzas puestas en juego: el aumento de la densidad demográfica, la complejidad que entonces se marca en las necesidades del consumo, una vez rotos los moldes de la vieja economía doméstica: la masificación que el maquinismo establece, agrupando en torno a los centros industriales núcleos de trabajadores condenados a una dura tarea; la desvinculación que el naciente capitalismo opera al dejar aislados de toda propiedad a cantidades ingentes de seres humanos y la abandonada soledad en que al trabajador dejó el liberalismo al desposeerle del núcleo defensivo de las organizaciones gremiales. Estas y muchas más son las causas que impulsan a los hombres buenos y a los Gobiernos que miran al porvenir, cualquiera que sea el color de su política, a propugnar o a establecer normas por las que se prohíbe el abuso en las condiciones de trabajo, se reduce la jornada para las mujeres y los niños, principios que constituyen el manantial primero de lo que después sería el caudaloso río de las disposiciones sociales de hoy, corriendo, cada día más vertiginosamente, por cauces sucesivamente más amplios.

Pues bien, este momento del vivir del mundo no puede decirse en manera alguna que esté caracterizado por el gesto histórico del ecumenismo, de la universalidad. Al contrario, más bien dijérase que, cansado el mundo del trajinar constante de anteriores siglos, en los que había visto ensancharse sus límites, nacer provincias nuevas al otro lado de los mares, llamadas al destino de constituir luego patrias amplísimas, quebrarse las ansias personales de dominación universal... el mundo se empequeñecía, recogiendo dentro de sí, y cada unidad, individual o política, hacía renuncia a toda posible expansión, pensando que era tarea bastante la de resolver sus

propias cuestiones internas. Es el momento en que el Congreso de Viena ve extinguirse deprisa el inquietante relumbrón de los últimos cien días napoleónicos e instaura una nueva fórmula, la del equilibrio europeo, con la que se quiere poner fin a todas las hegemonías. Los Estados Unidos han surgido escindiéndose, con la fuerza interna de su propia potencia, de la vieja metrópoli y han encontrado una forma política original y paramente interna, que luego ha de cerrarse más todavía, cuando se enuncia la doctrina de Monroe. Francia ve la quiebra de las alas ambiciosas de las águilas de Napoleón; él mismo muere en Santa Elena del mal de su cáncer interno, que le devora como un fiero contraste sarcástico con la que había sido su ambición expansiva. España vuelve la espalda, en frase de un hispanista americano (3), a su propio Imperio, y las provincias de Ultramar cosen ya blancos de mocedad y azules de cielo, preparando las banderas de su independencia. Mientras tanto, ninguna de las grandes potencias, Gran Bretaña, Rusia, Prusia o Austria, lo son tanto que puedan por sí solas hacer temer por la quietud y el sosiego con que cada país se dedica a su quehacer íntimo. En el afán de hacer una frase, bien valdría la de que «cada nación nacionaliza su propia política exterior».

Mientras tanto, en la pugna no conocida, establecida ya, aunque falta de diagnóstico (4), entre el liberalismo y la democracia, las constituciones de la época se inclinan más en favor del primero que de la segunda, y por ello son más frecuentemente consignados los derechos individuales que consultada la voluntad popular: el *habeas corpus* inglés pesa más que la *volonté générale* francesa, a pesar del ruido estruendoso de su revolución, entonces reciente. Así, las constituciones de la época magnifican la exaltación de un liberalismo indi-

(3) El profesor Quadra.

(4) Radbruch hace un detenido examen de la pugna entre ambas esencias, llevándolas a su oposición final en los principios del anarquismo y el comunismo.

vidualizante, disgregador, tanto que el derecho de asociación, para abrirse paso, necesita apoyarse en lo estrictamente político, huyendo estudiadamente a las fórmulas clásicas de la agrupación profesional, y por ello no es raro que Francia e Inglaterra, países que constituyen la avanzada de la acción social, vean en los primeros lustros de esta etapa agobiadas, cuando no disueltas y perseguidas, las nacientes asociaciones que persiguen fines sociales para los trabajadores.

El signo es lo individual, lo pequeño, limitado y de cortos vuelos, y lo internacional no es concebido, cuando más, sino como puro vehículo para llegar a un destino de armonización de individualidades: Tayllerand y Metternich son los prestigiosos símbolos de esta habilidad.

Por ello no es extraño que la previsión social, fruto posible únicamente sobre las bases de un régimen asociacional mutualista, no surja hasta 1883, bajo el impulso aun no bien conocido de Bismarck, que traza un gesto valeroso de imposición colectiva y coactiva, decididamente contrario a las corrientes imperantes medio siglo atrás. Por eso, los países tardan todavía años en sumarse a esta corriente, satisfechos (5) con establecer un seguro de accidentes de trabajo o mantener el superado principio del riesgo profesional.

Nacido lo social en semejante clima, podría pensarse que éste había de dejar en el neófito marcada la impronta de su signo. Sin embargo, no es así.

Dos corrientes simultáneas arrastran la acción social hacia un destino de realizaciones tan amplias, que su objetivo aparece con ansia de saltar las fronteras. La que desde los Gobiernos templa el dolor ardoroso de los que trabajan y la que desde el campo de una política, apoyada en la inmensa mayoría de los humildes, exige y traza programas de ambición.

Aun cuando los historiógrafos de lo social hacen arrancar

(5) CARLOS GONZÁLEZ POŚADA: *Los Seguros sociales en España*.

de la Exposición inglesa de 1862, de la que había de salir años más tarde la creación de la Primera Internacional Obrera, el movimiento de universalización, bien puede asegurarse que esto no fué sino la maduración de un fruto florecido con años de anterioridad, que si tenía en el Manifiesto comunista de Marx y Engels, y en la fecha de 1848, su precedente más conocido, había dejado más atrás todavía la huella de su existencia, cuando fué presentado el proyecto parlamentario, por Legrand más recientemente y por Delessert en 1838, a la Cámara francesa de Diputados, con el propósito de evitar la competencia que deslealmente pudieran establecer las economías nacionales. Y hasta un precedente claro pudiera hallarse en el pensamiento que formulara a principios de siglo un sociólogo, cuyo idealismo se hace fácilmente realista: el inglés Roberto Owen.

De este caudal, ansioso de desparramarse en tal manera que el contenido de las realizaciones sociales, extravasándose sobre las fronteras, alcanzase a fecundar las tierras de todas las patrias, nace la orientación que, hecha realidad en la Primera Internacional, no ha dejado, a lo largo de casi un siglo, de actuar como ambiciosa fórmula, pretendida para el ámbito sindical; fórmula que han adoptado las agrupaciones sindicales de todos los matices, que así, tendidas en abanico, muestran una ancha falange de organizaciones internacionales que va desde la Federación Mundial de Sindicatos hasta la Internacional de los Sindicatos Cristianos, pasando por la Confederación Internacional de Sindicatos Libres, y conteniendo una serie de asociaciones europeas y americanas que afectan a grupos numerosos de naciones.

Así, en contraste con las individualizadas reducidas corrientes del siglo, el ansia universalista prende pronto en este ambiente de lo social, formado por las ansias de los que necesitan su ayuda, y cuaja en seguida en duras realidades en este apasionado ambiente obrero, tanto que, como reacción, el to-

avía vivo ímpetu liberal motiva movimientos de freno que agosten estas uniones supranacionales, tal como ocurre con la ley francesa que se dicta en 14 de marzo del año 1872 (6).

Si este clima constituye uno de los aspectos que hemos destacado, la acción internacionalista desarrollada por los Gobiernos bien merece capítulo aparte.

II

LA ACCIÓN INTERNACIONAL DE LOS GOBIERNOS.

Paralelo al camino que dejamos expuesto es el que siguen las orientaciones gubernamentales, al menos de ciertos países erigidos más que en pioneros, como se ha dicho, y en mejor castellano, en batidores de esta nueva política. Claro es que la acción oficial anda siempre retardada en tales ritmos, porque todo Gobierno es, en definitiva, aun en la extrema izquierda, trazador de unas posiciones conservadoras, las de su propia política.

Ya en 1872, Alemania, personificada en la señera figura social del canciller Bismarck, invita a Austria a resolver conjuntamente sus problemas sociales comunes, y luego, en 1890, convoca la Conferencia de Berlín, que si logra escasos resultados positivos, consigue agrupar, en torno a una mesa de discusión, los representantes de una docena de países, por primera vez en la historia del mundo, para solventar cuestiones de carácter social.

Francia vota en su Cámara de los Diputados, el año 1864, una Orden, abogando por el establecimiento de una reglamentación internacional del trabajo, y este espíritu universalista no lo abandona, y así y siempre, la República francesa está

(6) FRANCISCO VILLENA: *Sindicación y legislación profesional*.

dispuesta a secundar los movimientos sociales de carácter supranacional.

Suiza, en el año 1869, propone la reunión en Berna de una nueva Conferencia internacional.

Bélgica, cuya presencia ha sido constante en este orden de cuestiones, reúne en Bruselas un nuevo Congreso, del que sale el que en París se ha de celebrar en 1900, y creará dos instrumentos de la máxima eficacia: la Asociación Internacional para la Protección Legal de los Trabajadores (7) y, como consecuencia de su propia acción, la constitución de la Oficina Internacional de Basilea.

Aquí se marca el paso a una nueva época, que coincide también con el tránsito de una a otra centuria.

1900... Pretenciosamente, el siglo anterior se había presentado con un calificativo rutilante: «el de las luces»... Esta luminaria es recogida por el presente, y a lo largo de él se encienden las luces, que harían progresar el avance de las ciencias, hasta alcanzar la meta de la desatomización... Luces que, en lo político, habían de atraer hacia mechas ígneas de los partidos a las nuevas generaciones, para lanzarlas después, como enjambres guerreros, a la pugna de unos contra otros. Luces que, en el orden de los acontecimientos internacionales, habían de fundir en el crisol de la guerra países, tradiciones y economías...

Pero lo social es demasiado nuevo para que haya perdido toda la fuerza de su pulso, y como una corriente, que se oculta bajo la topografía hostil de las luchas disasociantes, la marcha iniciada no se interrumpe.

Lo internacional se presenta no sólo como una patria amplia, posible en un mañana no lejano, para la ambición de quienes al considerarse «clase» y solamente «clase», hacen re-

(7) A través de algunos cambios de denominación, la Asociación subsiste, llamándose hoy del Progreso Social, con residencia en Bruselas.

nuncia a mil amores, sino también como norte de preocupaciones, digno de ser tenido presente por el Estado, por cada Estado, cuando al tratar con los demás pretende la solución de problemas concretos en los que se ventilan los intereses de los súbditos; es entonces cuando cada parte contratada se da cuenta de que hay un grupo de cuestiones que tiene olvidadas y que, para bien de sus súbditos, necesita plantear y resolver, y éstas entran a engrosar el caudal del contenido que constituye el fondo de las negociaciones diplomáticas. Por esto, los antiguos tratados de «amistad, comercio y navegación», concebidos en términos más o menos generales (8), que dan poca cabida a la posibilidad de interpretación amplia que favorezca a los intereses de los trabajadores, se encuentran pronto aumentados con nuevas cláusulas que, aun antes de la iniciación del siglo, responden de manera concreta a este propósito en escasos momentos; así ocurre en el que con fecha 4 de junio de 1887 se estipula entre Bélgica y Suiza, que ha sido bautizado como el primer convenio internacional de tipo social.

Tal vez no falten precedentes inconcretos, porque como la buena voluntad entre las naciones, cuando es evidente, necesita para poder prosperar pocas oportunidades, fué suficiente en alguna ocasión la letra ambigua de ciertos convenios para que, a través de una interpretación latísima de su contenido, el sistema de reciprocidad, de tanto abolengo en la historia política de lo internacional, fuese llevado al nuevo orden de lo social y lo hicieran los países, esforzándose en tal manera por aplicarlo, que consiguieran una eficacia completa. Aquellas cláusulas de dudosa eficiencia, interpretadas con el mejor espíritu de colaboración, han sido suficientes para dejar sentado, entre dos naciones, un sistema de igualdad recíproca, que, equiparando en lo social a los súbditos de dos Estados,

(8) JEAN CUVELIER: *Les traités bilatéraux conclus par la Belgique en matière de travail*, en la «Revue du Travail», de Bélgica (septiembre 1919).

ha liberado a aquellos de toda limitación, sirviendo tan eficazmente al mejor orden social de la justicia, que no ha sido preciso, en momento alguno, requerir de los instrumentos de la diplomacia que se pusieran al servicio del espíritu de igualdad humana que al trabajo anima. Muestra de ello, y acaso no superada ni en perfección de efectos ni en línea de larga vida, fué el Tratado que, establecido entre Portugal y España en 21 de febrero de 1870, y confirmado luego por un convenio consular, ha sido reconocido entre ambos países (9) como base de la igualdad de derechos entre sus nacionales.

La tendencia al establecimiento de convenios bilaterales de carácter social, marcada apenas en los años precedentes al nuevo siglo, encuentra un camino cada vez más frecuentado durante los que siguen a su iniciación. Así, sin pretensiones de numeración exhaustiva, cabe citar hasta la iniciación del conflicto que, en la ignorancia de lo venidero, había de llamarse «Gran Guerra», una serie de convenios, como son: el que entre Francia e Italia se suscribe en 1904; los que, entre la misma Francia y Bélgica y Luxemburgo, se establecen en el año 1906; el germanobelga del mismo año; el de 1909, suscrito por Italia y Francia; el que tres años después se establece entre la propia Italia y Alemania, adquiriendo caracteres de perfección técnica muy estimables; el que sobre accidentes de trabajo firma España con Alemania en 1913, poco antes de suscribir con Liberia el de 1914 (10).

Todos ellos giran en torno a los temas sociales, casi siempre de manera un poco vaga, imprecisa; no puede olvidarse el que lo social, como técnica, es ahora cuando está apareciendo con caracteres de autonomía. Se estatuye, frecuentemente, el principio de la reciprocidad; en otros casos se resuelven

(9) MARCELO CATALÁ: *Tratados bilaterales de carácter social*, Cuadernos de Política Social, núm. 8, Madrid, 1950.

(10) METIN: *Les traités ouvriers*.

aspectos concretos de su aplicación al establecer la igualdad en las condiciones de trabajo, los regímenes de colocación... Frecuentemente, su contenido gira alrededor de aspectos, facetas específicas de la previsión social entonces naciente, para hacerla extensiva a los súbditos de nacionalidad extranjera: el problema de la residencia se superpone al mismo de la nacionalidad.

La labor efectuada no podía así resolver, por el rudimentario sistema de tender lazos de país a país, el problema de crear un suelo universal por el que el trabajador pudiera marchar con paso seguro, ya que *status creado* lo era limitado al tránsito concreto de los ciudadanos de un país determinado a otro país determinado. Tampoco podía dejar aclarados los problemas de este mundo gigantesco de lo social, con la proyección de luces limitadas sobre campos estrechos del mismo, pues continuaban sin alumbrar los más de los extremos, en los que cada trabajador tenía apoyada una parte de sus derechos.

Así no es extraño que, al jalonar la Gran Guerra, dos etapas de la vida del mundo, surgiesen los principios de un orden social con tendencias empíricas, que, plasmados en el Tratado de Versalles (11), no se limitaran a sentar principios teóricos como frontis a cuya sombra pudieran sosegar los trabajadores del mundo, sino que simultáneamente buscaron una doble realización práctica, la de que tales preceptos fueran efectivamente ansia animadora de la legislación social de cada país y la de que fueran aplicables en el territorio de cada uno a los trabajadores de otra nacionalidad legalmente residentes en aquél.

Así, al Derecho internacional de trabajo, concebido como un contenido en el que forman las cuestiones referidas a la aplicación especial de las leyes laborales y la elaboración de convenios sobre relaciones de trabajo y tutela de los trabaja-

(11) Parte XIII, arts. 337 a 427.

dores (12), se añade un tercer aspecto, el de la formación supranacional de normas comunes, y, entre ellas, las mismas de la aplicación del fuero territorial.

Estos son los trazos de la nueva época, que obedece a un signo nuevo que está personificado en el organismo erigido en cumplimiento de una voluntad nacional, al que, para ventura de lo social, fué confiada una tarea sin limitación geográfica. Nos referimos a una entidad creada por el Tratado de Versalles, cuya vitalidad se acredita por su subsistencia de más de treinta años, y a la que, en reconocimiento de los términos augustos de su misión, habrían de incorporarse en plazo breve los países vencidos, los neutrales y hasta aquellos que habían de surgir en determinadas contingencias como consecuencia de la desmembración de anteriores países. Esta entidad es la Organización Internacional del Trabajo.

III

LABOR DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO.

Desde su inicio, la labor de la Organización Internacional del Trabajo afecta, al tratar de los problemas planteados por la Previsión Social, al tema de su aplicación a los súbditos de nacionalidad extranjera.

Esta labor crece en campo de acción y en el interés puesto en realizarla. Tres fuerzas diferentes juegan en un mismo sentido al actuar en forma que cada vez sea mayor el número de oportunidades presentadas para resolver cuestiones de este tipo: la tendencia internacionalista progresivamente marcada en la ambición de los Sindicatos; la aplicación cada vez más compleja de los sistemas de Previsión Social, que desem-

(12) CARLO LEGA: *Note sulla formazione del Diritto Internazionale del Lavoro*, «Il Diritto del Lavoro», Roma, noviembre-diciembre 1950.

bocan en la moderna corriente masificadora de la Seguridad Social, y el número progresivo de desplazamientos humanos impuestos por una serie extensa de razones y casi siempre por exigencias económicas o políticas.

Si esta trilogía marca decididamente un signo de progresión en los años que siguen inmediatamente a la Gran Guerra, todavía puede destacarse que a partir de la que asoló al mundo entre los años 1939 y 1945 cada una de estas corrientes se acentúa, y en la actualidad, el internacionalismo, la extensión y profundidad de la Seguridad Social y los movimientos migratorios entre países y continentes son realidad de cada día, tendencia presente que exige la solución a las cuestiones que inevitablemente plantean en número mayor y complejidad más alta.

No es extraño, pues, que en el ritmo de los convenios aprobados por las Conferencias puede observarse que, mientras durante los primeros años se manifiesta una primacía en el número de los que tienden al establecimiento de condiciones laborales, más tarde abundan los dedicados a las cuestiones de previsión, en tanto que simultáneamente ocurre que es cada vez más extenso el número y el contenido de las cláusulas dedicado, no ya a señalar las bases mínimas de una Seguridad Social nacional, sino a establecer la forma cómo de ella han de participar los trabajadores extranjeros.

En comprobación de tales asertos, pueden constatarse, al realizar el estudio de los convenios y recomendaciones, una serie de hechos que seguidamente se exponen.

Convenio número dos.

Desde su primera Conferencia, la O. I. T. piensa en los problemas de la internacionalización, y así, en Washington son estudiados al acordarse el Convenio dos, que trata de la protección que otorgue el Seguro de Paro a los trabajadores,

determinándose (13) que los obreros súbditos de los miembros que ratifiquen el Convenio, cuando trabajen en territorio de otro Estado, reciban indemnizaciones de Seguros sociales iguales a las percibidas por los obreros súbditos de dicho segundo miembro, si bien se dice previamente que para ello habrán de establecerse las condiciones necesarias «convenidas de común acuerdo».

Un análisis de tan somero precepto nos lleva a encontrar en su contenido la presencia de un requisito medial ineludible: el Convenio bilateral previamente establecido, para conseguir un fin último, la aplicación del criterio de igualdad entre trabajadores nacionales y extranjeros, apoyado en la reciprocidad que cree dicho Tratado o la común ratificación del Convenio, a virtud de los cuales existirá una identidad de situaciones entre los trabajadores nacionales y los extranjeros.

Esta táctica marca durante largo tiempo la gestión desarrollada por la O. I. T. En sus propios términos, significa la exigencia de crear una situación bilateral entre los Estados a través de la vía diplomática, sin la cual el principio del trato igual no puede ser logrado; queda así patente que la regulación total de la materia está definitivamente en manos de las altas partes contratantes, hayan ratificado o no el Convenio, que, por tanto, es puramente teórico al estar pendiente en la realización de la voluntad libérrima de los Estados miembros.

Convenio número diecinueve y Recomendación veinticinco.

Con ocasión de la VII Conferencia, celebrada en Ginebra el año 1925, se trata en un Convenio de un problema especial de la previsión, el de la aplicación a los extranjeros del régimen de accidentes de trabajo.

(13) Art. 3.º

El criterio que se consigna en este Convenio, el 19 de los acordados, tiene ya caracteres más definidos que en la teoría anterior. La igualdad es reconocida a los súbditos de los Estados miembros que lo ratifiquen a efectos de la reparación del accidente sufrido (14), e incluso, y de manera expresa, queda señalado que no será exigida la condición de residencia, teniendo, a efectos de la declaración de derechos, esta igualdad caracteres absolutos.

Esta equiparación inspira también la Recomendación veinticinco, que se aprueba en la misma Conferencia, por la cual se recomienda a los Estados que otorguen a los beneficiarios residentes en el Extranjero facilidades para la percepción de cantidades, prácticas de información legal, régimen jurídico de recursos y exención de derechos fiscales en la misma medida que se conceden a los nacionales.

Volviendo a la letra del Convenio, dos extremos quedan especialmente subordinados a la existencia de acuerdos bilaterales que los determinen: los pagos que hayan de hacerse fuera del territorio nacional (15) y el régimen de reparación que corresponda a los accidentados ocupados, temporal o intermitentemente, por una Empresa en territorio de Estado distinto al suyo propio (16).

El sistema de la igualdad de trato aparece, pues, impuesto con caracteres absolutos, como principio general, pero su aplicación está subordinada en los dos puntos que se señalaron a la letra de los Convenios bilaterales que se establezcan. Pese a su claridad y a la facilidad que ofrece la aplicación de tan sencillas normas, la realidad demuestra que entre los países que ratificaron el Convenio ha habido soluciones de todas clases, especialmente respecto al pago de pensiones a los ex-

(14) Art. 1.º párrafo 1.º

(15) Art. 1.º párrafo 2.º

(16) Art. 2.º

trajeros (17), y hasta que algunos países que no procedieron a su ratificación han tenido una generosidad superior a la de muchos que lo suscribieron.

Convenios números veinticuatro y veinticinco.

Cuando el problema del Seguro de Enfermedad es abordado, para la industria como para la agricultura, por la Conferencia de 1927, se observa en los Convenios la laguna grave que deja sin reglamentación la forma en que de tal régimen han de participar los trabajadores extranjeros, a los que no aparece alusión en los textos.

Recomendación número cuarenta y tres y Convenios números treinta y cinco al cuarenta.

Un criterio enunciado en nueva forma, el de «no discriminación», inspira la Recomendación cuarenta y tres, en la que se establece como norte al que deben dirigirse los Estados, en su acción política social, que los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte deben comprender a todos los asalariados, «sin distinción de edad o sexo o nacionalidad».

Pero cuando este principio se quiere imponer como precepto, con el tono severo de un Convenio, los que bajo los números treinta y cinco al cuarenta desarrollan para la industria y la agricultura, precisamente el contenido de esos Seguros, aparece ya expuesto de manera menos imperativa. El articulado sienta una equiparación inicial, en cuanto a obligaciones de afiliación y pago (18), prestaciones (19) y beneficios de la aportación financiera estatal (20); pero la equi-

(17) Informe del Consejo de Administración de la O. I. T., 1949.

(18) Art. 12, párrafo 1.º, de los Convenios 35 y 36; 13 de los 37 y 38, y 15 de los 39 y 40.

(19) Párrafo 2.º

(20) Párrafo 3.º

paración en este último extremo no es completa, ya que la legislación nacional podrá reservar para sus propios súbditos que hayan rebasado cierta edad los beneficios abonables sobre fondos públicos (21). Por si poco fuera, la concesión de pensiones que correspondan a los extranjeros podrá subordinarse también por la legislación nacional (22) al cumplimiento de un período de residencia, susceptible de superar en cinco años al que se exija a los nacionales.

Surge en este Convenio una cuestión de fueros de Estados, que no nace de un problema de nacionalidad, sino simplemente del lugar en que el pago tiene que ser realizado, cuestión que se había planteado ya respecto a los accidentes, y en la que ahora se sienta criterio nuevo, no otro, en definitiva, que el de mantener la equiparación con los nacionales, pero pudiendo éstos, como los extranjeros, ser sometidos por la legislación nacional a alguna restricción (23).

En resumen, es el sentado un criterio inicial de equiparación, susceptible de ser restringido, que se extiende al devengo en el Extranjero de los beneficios del Seguro de una manera teórica, ya que no queda libertad reconocida para la efectiva percepción fuera del territorio nacional.

Convenio número cuarenta y cuatro.

Al revisarse el establecido sobre el paro obrero, el anterior criterio sufre una seria modificación, contenida en el Convenio cuarenta y cuatro. El principio ahora sentado se apoya en el criterio de igualdad, por reciprocidad de hecho, sin la exigencia de que ésta sea diplomática, y sin otra excepción (24)

(21) Párrafo 4.º

(22) Art. 21 de los Convenios 35 y 36; 22 de los 37 y 38, y 24 de los 39 y 40.

(23) Párrafo 5.º

(24) Art. 16.

que la de no poder exigir la igualdad con los propios súbditos respecto a las prestaciones de fondos a los que el interesado no contribuyó; excepción plenamente lógica, que no desvirtúa el principio general y que responde a la técnica del Seguro.

Un sector queda exceptuado de la aplicación de este sistema, el que corresponde a la situación de los trabajadores fronterizos, la cual debe ser convenientemente resuelta a través de la vía diplomática, lo que constituye una laguna dentro del régimen general (25).

Convenio número cuarenta y ocho.

Si hasta 1935 las cuestiones de la previsión son consideradas, para su aplicación al súbdito extranjero, solamente en el punto de incidencia crucial con cada concreto problema trazado, desde esta fecha la consideración sigue el camino contrario, y, planteada la aplicación al Extranjero de la legislación, pasan a ser estudiadas en una unidad de conjunto las cuestiones que corresponden al régimen de Previsión. La primera muestra de este nuevo método aparece en el año citado, con ocasión de la Conferencia XIX, convocada en Ginebra, de cuyas tareas logradas forma parte el que responde al título de «Convenio relativo a la organización de un régimen internacional de conservación de los derechos en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte», y que fué aprobado bajo el número cuarenta y ocho. Constituye el punto inicial de una línea que tiene su último trazo continuo en el Convenio cuarenta y siete, aprobado en 1949, y referido de concreta manera a la aplicación a los extranjeros de la materia de «Seguridad Social», como unidad que viene así a plantear una cuestión en bloque; línea que acaso tenga su prolongación futura en el punto cuarto del Orden del día establecido para la

(25) Art. 17.

XXXIV Conferencia, que, al afectar a objetivos y normas mínimas de Seguridad Social, planteará problemas semejantes, recogidos en el informe correspondiente, y a los que más adelante se aludirá.

Tal Convenio cuarenta y ocho constituye la primera lección completa en orden a un conjunto de Seguros, que había de ser definida por la Organización Internacional del Trabajo. Esto aumenta sus dificultades a efectos expositivos, pues hace confuso su extracto en una ojeada histórica, como la presente.

Su principio básico es breve, tanto, que cabe en el reducido texto de un artículo (26), cuyo primer párrafo señala el establecimiento del régimen de equiparación de los súbditos nacionales a los extranjeros que hayan ratificado el Convenio, mientras en el segundo se autoriza a los Estados para que reserven al exclusivo disfrute de sus nacionales asegurados que excedan de cierta edad los beneficios que se otorgan con cargo a los fondos estatales, en forma análoga a como anteriormente se ha dicho; pero ésta constituye una medida de tipo transitorio y, por ello, de limitado efecto.

El señalado criterio general de equiparación ha de subsistir, aunque no con el rigor establecido por el Convenio, sobre los posibles acuerdos bilaterales que, como tratado especial, puedan establecerse entre los Estados, tanto para la conservación de los derechos adquiridos como para la de los que se hallen en curso de adquisición, pero «en condiciones que, en su conjunto, sean tan favorables, por lo menos, como las establecidas por el presente Convenio» (27).

Corresponde a este texto la justicia de destacarlo como el primer estudio técnico desarrollado en su contenido, al establecer una clara sistemática de diferenciación entre los derechos adquiridos y los que se hallan en curso de adquisi-

(26) Art. 18.

(27) Art. 19.

ción (28), para dejar expuestos, como en tales casos quedan respectivamente establecidos, los principios de «reconocimiento del derecho adquirido» y «unidad de carrera».

Destacable es, que en su letra queda consignada (29), la necesidad de una colaboración administrativa, que alcanza no sólo a las autoridades de los Estados miembros, sino también a las entidades aseguradoras de los mismos.

Si pretendiésemos resumir sus características, lo haríamos presentándolo como un Convenio de equiparación, con una excepción única, limitada y transitoria, y con la posibilidad de ser alterado el régimen por su mejora y a través de un sistema de convenios bilaterales; subrayaríamos que, por primera vez, aparecen sentados principios técnicos doctrinarios, como el del respeto a los derechos adquiridos y el de unidades de carrera, y destacaríamos como última novedad la exigencia de la colaboración administrativa ya expuesta, señalada antes sólo tímidamente, respecto al régimen de accidentes, por el Convenio diecinueve. Notas todas ellas que hacen de este Convenio una verdadera columna miliar por la destacada e innovadora importancia que jalona el camino de las convenciones internacionales establecidas sobre la Seguridad Social.

*Convenios números cincuenta y cinco y setenta
y Recomendación número setenta y cinco.*

Desde este año de 1935, no había de sentir la O. I. T. la necesidad de preocuparse del problema de la previsión hasta bastante más tarde. Pero uno, y difícil, se planteó al tratar de las condiciones de trabajo de quienes, por la inherente naturaleza de su desempeño, están inexorablemente destinados a un trajinar continuo entre países: los marinos.

(28) CARLOS GONZÁLEZ POSADA: *La conservación de los derechos del emigrante en los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte, ante la XIX Conferencia Internacional del Trabajo.*

(29) ARIS, 14-16.

Con anterioridad, en el año 1920, uno de los extremos sometidos a discusión fué la creación del Estatuto Nacional de los Marineros, unificando sus leyes y reglamentos; pero ante las dificultades surgidas no se logró sino la aprobación de una Recomendación, la número nueve, que señalaba la conveniencia de dar cumplimiento a ese propósito. Más adelante, en el Convenio que ahora se comenta, se estableció el principio de igualdad de trato sin distinciones de nacionalidad al establecer las obligaciones del armador en caso de fallecimiento, accidente o enfermedad de los marinos (30); pero tal principio resultaba ineficaz y se silenció en el Convenio siguiente (31).

En 1946, con la aprobación del Convenio setenta, el problema es abordado en su plenitud, sentándose el principio (32), análogo al anterior, de igualdad de trato sin distinción de nacionalidad o raza, que debe ser establecido por las legislaciones nacionales, tanto en cuanto a las materias de responsabilidad como a la exigencia del aseguramiento, y que se lleva a sus últimos extremos al mantener dicho principio, cualquiera que sea el lugar de residencia (33), y al prohibir que la legislación de accidentes pueda imponer restricciones a los marinos o personas a su cargo, residentes en territorio de otro Estado miembro, en el que no se aplique el Convenio, que no sean exigidas asimismo a los que residen en su propio territorio (34).

Nuevamente aparece aquí el principio de la colaboración, pero no sólo consignado de una manera teórica, sino con aplicación encaminada a que constituyan delegaciones tripartitas que examinen la forma cómo la legislación nacional aplica los preceptos del Convenio (35), y de cuya competencia es asi-

(30) Art. 11.

(31) Convenio 56 sobre Seguro de Enfermedades de los Marineros.

(32) Art. 5.º

(33) Art. 6.º, párrafo 1.º

(34) Art. 7.º

(35) Art. 10, párrafo 3.º

mismo considerar si los Convenios colectivos suscritos por empleadores y marinos dan cumplimiento a aquellos preceptos, ya que, en definitiva, los mismos constituyen instrumentos coactivos, a cuyo través se establece la obligatoriedad de ciertas prestaciones.

Además de esta colaboración administrativa, se señala la oportunidad de la vía diplomática, a través de la cual es posible resolver cuestiones determinadas, tales la continuidad del Seguro y la evitación de duplicidades en el abono de cuotas, entre otras (36). Y es más destacado todavía el afán del dictado de tratados bilaterales a través de la Recomendación que, con el número setenta y cinco, se acordó sobre el tema, acción diplomática que debe perseguir la persistencia de un régimen permanente de Previsión (37), como la actuación de los miembros como agentes recíprocos en la recepción de reclamaciones, pruebas, etc., y el establecimiento de medidas de garantía, así como conseguir que sean llamados a participar de las prestaciones complementarias y no obligatorias los marinos no residentes.

Resumiendo estas notas, es claro que las que identifican a tal Convenio y a su Recomendación son las de no discriminación e igualdad en términos casi absolutos, el establecimiento de un orden de cooperación, al que se señala un órgano constituido para darle cumplimiento, y el señalarle a la actividad diplomática una misión definida, como complementaria del propio Convenio.

Convenio número noventa y siete.

En él están contenidas las últimas disposiciones adoptadas sobre el tema, formando parte de este Convenio, dedicado a los trabajadores migrantes.

(36) Art. 8.º

(37) Apartado 1.

El principio de no discriminación, por razones de nacionalidad, es establecido y reforzado por el compromiso de los miembros que lo ratifiquen de que no se aplique trato menos favorable que a los nacionales (38) a los inmigrantes que se encuentren legalmente dentro de su territorio; principio que expresamente se aplica a la Seguridad Social (39), pero con consignación de las siguientes reservas: los tratados entre Estados establecidos sobre conservación de derechos adquiridos y en curso de adquisición y los preceptos nacionales que rigen sobre las prestaciones pagaderas con cargos a fondos públicos y asignaciones que no reúnan las condiciones de cotización precisas para la pensión normal. No puede negarse que ambas constituyen grave quiebra al principio de no discriminación.

Cuando al establecer el llamado Acuerdo tipo sobre migraciones se señalan las condiciones sobre Seguridad Social (40), se determina que las partes que lo establezcan concretarán las modalidades para la aplicación de la Seguridad Social, de manera que la autoridad competente asegure un trato no menos favorable que el de los nacionales, manteniendo los derechos adquiridos y en curso de adquisición contenidos en el Convenio de 1935, y dictando las medidas precisas para la aplicación del régimen a los emigrantes temporales: también a tales preceptos hay una excepción (41), que corresponde a las condiciones de residencia.

Substancialmente, pueden presentarse, como trazos que distinguen el texto internacional que se comenta, el principio de la no discriminación, con dos excepciones: la de residencia y la asignación de pensiones sin condiciones de cotización, el de subordinación real a la existencia de acuerdos

(38) Apartado II.

(39) Art. 6.º párrafo b).

(40) Art. 21.

(41) Normas 2.ª

diplomáticos; pero imponiéndose a éstos los reiterados preceptos de respeto a los derechos adquiridos o en adquisición, tal como fueron establecidos ya en el Convenio cuarenta y ocho.

Objetivos y normas mínimas de la Seguridad Social en 1951.

A este título responde el cuarto punto del Orden del día, del que va a ocuparse, en trámite de primera discusión, la Conferencia que se abre en Ginebra en plazo brevísimo. Constituye, por tanto, el conjunto de posiciones últimas adoptadas respecto a la materia por tan alto organismo, si bien a ello ha de hacerse dos advertencias: la de ser un proyecto en elaboración y la de que, según el propio texto de las conclusiones propuestas (42), no puede ser considerado como revisión de ninguno de los Convenios existentes.

Ofrece la novedad de presentar dos normas, mínima y avanzada, sobre personas protegidas, prestaciones y sus requisitos. Ambas se apoyan en el criterio de territorialidad que se sienta al establecer (43) que el régimen ha de ser regido por la ley aplicable en el lugar de empleo del asalariado, y sobre todo al conceder su protección «a todos los residentes» (44), expresión que reiteradamente se repite a lo largo del Informe. Se presenta la excepción, conocida ya por algún convenio anterior, por la que a los extranjeros residentes en el territorio les podrá ser exigido un período de residencia superior al de los nacionales con respecto a las prestaciones que no estén subordinadas a un período mínimo de cotización o empleo (45). Otras excepciones se presentan a la igualdad que la territorialidad pretende al otorgar nuevamente a la vía di-

(42) Apartado 120.

(43) Apartado 110, 1.

(44) Apartados 7 y 67.

(45) Apartados 18 y 74.

plomática primacía sobre las disposiciones del proyecto; así, por ejemplo, el que los miembros interesados puedan convenir la excepción al principio de que es ley aplicable la del lugar del empleo (46), aunque tal territorialidad se reafirme al reconocer la competencia de la legislación nacional para prescribir disposiciones especiales, respecto a los trabajadores fronterizos, reservándose la soberanía para el Estado en que radica el lugar donde el trabajo se presta y no el de residencia del trabajador.

La territorialidad es, pues, la norma impuesta, considerando como competente el lugar en que el trabajo es prestado, con tenues excepciones para el fuero nacional y con sumisión a la voluntad de los Estados, hecha patente mediante Convenio diplomático; claro es que, aun en este caso, no puede olvidarse que la soberanía nacional está sujeta a las normas de Seguridad Social establecidas en el proyecto, una vez que éste se eleve al rango de Convenio y sea ratificado.

Esta es, en visión macroscópica, pero sin omisión, la línea seguida por los Convenios, a cuyo través la O. I. T. ha afrontado el problema de la aplicación en el espacio de las normas de Seguridad Social, sin que en este estudio se haya tenido presente lo acordado respecto al trabajo en los territorios dependientes.

Esta tarea, además de constituir por sí sola una evidente marcha progresiva, seguida por la inquietud del pensamiento teórico al colocar ante los órganos estatales los nuevos textos aprobados, ha actuado eficazmente sobre el desarrollo de las legislaciones nacionales (47).

(46) Apartado 119, 2.

(47) RUDOLPH ALADARA METALL: *El Seguro Social y el Derecho internacional*.

IV

LOS TRATADOS INTERESTATALES.

Si difícil fué seguir hasta aquí la marcha de la Organización Internacional del Trabajo, continuación, en definitiva, de una norma de línea única en el tiempo y obedeciendo a la acompasada lentitud de las conferencias celebradas, estas dificultades crecen cuando sobre la complejidad del mundo se trazan una serie de nexos bilaterales para regir el orden de la Seguridad Social en los países de dos a dos, pues las posibilidades de combinación realizadas por selección de partes y a lo largo del tiempo es enorme. En su atención se opta por efectuar tal estudio, refiriéndolo expresamente a los últimos años, cuando, ostensiblemente apagada la estridencia de la pasada contienda, una nueva técnica amplia de la Seguridad Social se ha extendido por el mundo.

Los tratados establecidos suelen girar sobre ciertos temas favoritos, que practicamente estereotipan su diversidad: condiciones generales de trabajo, aplicación de la Seguridad Social, emigración y trabajadores fronterizos. Pero para nuestra documentación, más útil que un estudio realizado sobre ese cuadro, resulta el de sus cláusulas, observada en ojeada de conjunto, para extraer los principios informativos que concretamente inciden sobre el objetivo de nuestro estudio, huyendo también al peligro de dejar olvidados puntos importantes del mismo, que puedan aparecer incluídos dentro del articulado cuya enunciación nos aleje de considerarlo.

Previamente, queremos dejar consignada una tendencia, que, aparentemente formal, tiene trascendencia máxima en el establecimiento del orden social entre los países.

Los Convenios de zona.

En el orden de las relaciones internacionales, la presencia de pactos suscritos por varios Estados solía estar reservada a los de índole política y bélica; pero esta tendencia parece ahora entrar en el campo de los sociales.

Las razones de su ser no necesitan comentario; suele tratarse de países entre los cuales hay un estrecho comercio humano, y donde es frecuente la presencia de núcleos de población de nacionalidades recíprocas; las ventajas que de ellos se desprendan han de ser inmensas, ya que a la realización de una política social paccionada sobre el principio de la igualdad recíproca, unen el hecho de que su acción se extienda a zonas muy amplias y simplifica en un canon de unidad la aplicación del derecho social a los extranjeros, precisamente para los núcleos más numerosos de su población.

La realización de este propósito fué ideada ya hace unos años, pues (48) en las conversaciones que se sostuvieron durante el año 1939 en Copenhague la estudiaron los ministros sociales de los países nórdicos; pero hubo de ser aplazada como consecuencia de la guerra, reanudándose las conversaciones en 1948. Poco después han sido firmados ya dos Convenios, uno en el año inmediato siguiente, que entró en vigor en 1 de enero de 1950, y otro en el actual; los países obligados son: Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia. Esta novedad fué señalada como ejemplo y precedente para los demás países.

Separadamente, el 17 de marzo de 1948, se había suscrito en Bruselas un Convenio de colaboración económica, social y cultural entre Gran Bretaña, Bélgica, Francia, Luxemburgo y Países Bajos, en el que sentaba (49) una asociación de es-

(48) OSSIAN LARNSTEDT: *El convenio de los países nórdicos*. «Sociala Meddelanden». Stokolmo, noviembre 1949.

(49) Artículo 2.º

fuerzos para hacer progresar las actividades nacionales en la esfera social y se señalaba el propósito de concluir convenciones, entre otras materias, sobre la de Seguridad Social. En cumplimiento de tal proyecto, el 7 de noviembre de 1949 se firmó en París un Convenio para extender y coordinar la aplicación de la legislación de Seguridad Social a los emigrantes de las partes contratantes del Tratado de Bruselas; este convenio constituye así un nuevo caso de tratado de zona.

Una característica debe ser destacada del mismo: la de la presencia en su texto de la cláusula de nación más favorecida, que salta así de los clásicos Tratados de amistad y de los comerciales, en los que se concedía con posibilidad de aplicación genérica a éstos, concretamente sociales. La encontramos en términos amplios en determinados convenios posteriores (50), y en éste que nos ocupa de manera más definida, al declarar (51) que los acuerdos bilaterales de Seguridad Social suscritos entre las partes contratantes son aplicables a los emigrantes de la nacionalidad de cualquiera de los Estados firmantes del Tratado de Bruselas. Extremo original, que merece por ello mención destacada.

El principio de igualdad.

Con una u otra expresión, el principio de igualdad, como básico al que se subordina el Tratado, aparece manifiesto en todos los recientemente suscritos en sus términos generales; así lo encontramos no sólo en estos convenios de zona, que acaban de ser comentados, sino también en los suscritos por Francia con Bélgica (52), Italia (53) y Luxemburgo (54); los

(50) Suiza y Austria, 15 julio 1950.

(51) Artículo 1.º

(52) 17 enero 1948.

(53) 31 marzo 1948.

(54) 12 noviembre 1949.

firmados entre Bélgica e Italia (55), Checoslovaquia y Polonia (56), Luxemburgo y Países Bajos (57), etc., donde si unas veces aparece formulado con generalidad, otras es estrictamente referido a aspecto concretos, como al régimen de Seguros voluntarios (58), o prohibiendo la presencia de cláusulas restrictivas (59), o abundando por repetición sobre el principio de generalidad, como ocurre por los que se acaban de citar, que ligan entre sí a Francia, Bélgica e Italia a través de tres Convenios de contenido muy semejante, constituyendo un auténtico triángulo de área social.

El modo como esta igualdad es establecida no es unánime; así, mientras los tratados a que se ha hecho última referencia son enunciativos y establecen un paralelismo con correspondencia de los cuerpos legales de uno y otro país, y haciendo la salvedad de que esta correspondencia se entiende establecida también por las leyes que modifiquen o deroguen a las mencionadas, en otros documentos diplomáticos, por ejemplo, en el de los países nórdicos, la reciprocidad es institucional, y no son las leyes, sino los derechos que las mismas crean o reconocen los que se corresponden entre sí, extremo indudablemente significativo, de una mejor técnica y menos expuesto, además, a caer en silenciosas peligrosas.

Principio de territorialidad.

Aquella igualdad tiene su desarrollo en el cumplimiento de la ley territorial, que es reconocida como obligada para la aplicación del régimen de prestaciones en sus líneas genera-

(55) 30 abril 1948.

(56) 5 abril 1948.

(57) 8 julio 1950.

(58) Francia y Checoslovaquia. 12 octubre 1948.

(59) Austria y Suiza. 15 julio 1950.

les (60), aun cuando a veces tal prestación haya de ser luego compensada con cargo al país de quien la recibió (61).

La obligación de asistencia por parte del país en que se reside está frecuentemente señalada con ocasión de determinados Seguros, y especialmente para las prestaciones por nacimiento (62), defunción (63), paro (64) y enfermedad (65), aun cuando en algún caso esta obligación esté reducida a las prestaciones en especie (66), y en otros la asistencia se presente con caracteres de provisionalidad, que vendrá, en definitiva, a incidir sobre el país a que corresponda (67).

No faltan excepciones a este principio, respondiendo a la diferenciación entre el lugar de residencia y el de la realización del trabajo o a la variabilidad de éste, excepciones que suelen establecerse para los trabajadores fronterizos, los de temporada, las empresas de transporte internacional y las que se encuentren cruzadas en la frontera (68), así como en ocasiones se exige a esta residencia un cierto plazo (69).

Los países americanos han considerado ya (70) la conveniencia de establecer este criterio de la territorialidad, al recomendar que se reconozca el derecho a los afiliados a una institución de Seguridad Social de cualquier país americano a recibir prestaciones médicas cuando la necesidad de asisten-

(60) Francia y Checoslovaquia, 12 octubre 1948, y Checoslovaquia y Polonia, 5 abril 1948.

(61) Convenio de Estados nórdicos, 9 enero 1951.

(62) Tratado de París, 9 noviembre 1949.

(63) Convenios del triángulo Francia, Bélgica e Italia.

(64) Checoslovaquia y Polonia, y en el convenio para intercambio de aprendices, Francia y Alemania, 10 junio 1950.

(65) Bulgaria y Checoslovaquia y el mismo país con Luxemburgo y los Estados del triángulo.

(66) Francia y Checoslovaquia, de fecha citada reiteradamente.

(67) Checoslovaquia y Polonia, *idem id.*

(68) Tratado de París, Convenios del triángulo y Checoslovaquia-Polonia.

(69) Acuerdo entre Francia y Gran Bretaña, 11 junio 1948.

(70) Tercera reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Buenos Aires, 1951.

cia ocurra dentro de las seis semanas de su ingreso en el territorio nacional, a través de las respectivas instituciones de seguro social o, en su defecto, de los servicios médicos asistenciales.

Respeto a los derechos adquiridos o en curso de adquisición.

Uno de los objetivos fundamentales perseguido por los Convenios entre Estados es, precisamente, éste, que ya tiene tradición en la corta historia de la diplomacia social (71) a través de los sistemas: *a)* de transferencia de las cotizaciones a una sola entidad aseguradora (72); *b)* transferencia de capitales que van materialmente siguiendo al asegurado en el lugar de su prestación de trabajo (73), y *c)* conservación fraccionada del derecho con cargo a las distintas instituciones en que se cotizó (74).

Estas fórmulas han continuado subsistiendo con algunas variaciones a través de los documentos de convención modernos, y el principio del respeto, a los derechos adquiridos, se consigna en casi todos los tratados de hoy como cláusula de aplicación general (75), llegándose, en ocasiones, a establecer la transferencia de cotizaciones de uno a otro país (76), y otras veces aparece de manera concreta referido a cierto seguro; así ocurre con el de incapacidad (77), con la consignación de que el reparto de las cargas ha de ser realizado en proporción a las primas satisfechas en cada institución (78); en el de enfermedad, donde los criterios varían, y así en unos casos,

(71) CARLOS GONZÁLEZ POSADA: Obra citada.

(72) Alemania e Italia, 1912.

(73) Gran Bretaña e Irlanda, 1924.

(74) Francia e Italia, 1919.

(75) Francia y Luxemburgo, 12 noviembre 1949; Suiza y Austria, 15 julio 1950; Luxemburgo y Países Bajos, 8 julio 1950.

(76) El reiterado Convenio entre Suiza y Austria.

(77) Francia y Checoslovaquia.

(78) Los Convenios del triángulo.

el derecho a la prestación en especie recae sobre el país en el que se satisfizo el mayor período de cotización (79), mientras en otros se efectúa una acumulación con el consiguiente reparto de las cargas (80).

Donde mayor importancia tienen estas cláusulas es, concretamente, respecto al subsidio de vejez, en el que la práctica de la acumulación viene en definitiva a colocar al futuro pensionista ante una diversidad de posibilidades, frente a la cual se le concede, frecuentemente, un derecho de elección (81), aun cuando algún convenio señale que el salario base ha de determinarse sobre el promedio de los disfrutados (82), o en otras se establezca un régimen de prorrateo de pensiones (83).

La colaboración administrativa.

Como consecuencia de la naturaleza de los convenios aprobados en las conferencias internacionales, el principio de colaboración falta algunas veces y en otras ocasiones está esbozado tan sólo. Enfocados los tratados interestatales hacia problemas de paridad más concreta, no es extraño que en ellos aparezcan expuestos con detalle mayor. En unos casos, mediante la constitución de comisiones técnicas (84); en otros, determinando el alcance de la colaboración, que no se reduce a una exención recíproca de derechos fiscales y que llega, frecuentemente, a sentar la eficacia de las reclamaciones jurídicas ante las autoridades y en idioma de cualquiera de las partes, como válidamente presentadas ante la otra (85), alcan-

(79) Francia y Luxemburgo, de fecha repetida.

(80) Polonia y Checoslovaquia, de fecha repetida.

(81) Los Convenios del triángulo y el Tratado de París.

(82) El reiterado Tratado entre Polonia y Checoslovaquia.

(83) Francia y Gran Bretaña, 11 junio 1948.

(84) Entre las naciones firmantes del Tratado de Bruselas.

(85) Convenios del triángulo.

zando incluso a ordenar esa colaboración para proceder al pago de las prestaciones (86).

Este problema del pago incide fácilmente sobre los que plantea el régimen monetario internacional, extremo que se resuelve mediante la constatación de que son válidos los pagos realizados en la moneda del propio país (87), o declarando la aplicación complementaria de los sistemas establecidos mediante convenios sobre pago entre los dos países (88).

Y como quiera que, en definitiva, en la interpretación del Tratado caben divergencias, cuando no se constituyen entes estables de carácter técnico, como los que más arriba fueron aludidos, se sienta el principio de resolver las controversias ya por común acuerdo de las partes (89), ya recurriendo a un régimen de arbitraje (90).

En nuestra ojeada hemos de reducirnos, por la forzada limitación de espacio, que constriñe más todavía la obligada aridez del tema, al examen de la documentación diplomática más moderna y reduciéndonos al aspecto de la Seguridad Social, dejando al margen temas que, como los migratorios, exigirían un estudio mucho más detallado. Precisamente en este aspecto de la migración, los países americanos tienen ya acordada una larga teoría de convenios que fué iniciada años atrás por la Argentina y seguida entusiastamente por el Brasil. Actualmente hay una corriente que liga, a través de tratados bilaterales, a países americanos entre sí; tal, por ejemplo, ocurre desde 1944 a Costa Rica con Estados Unidos y a este mismo país con Guatemala (91), que, a su vez, tiene suscrito otro con la República de El Salvador (92).

(86) Checoslovaquia y Polonia, Francia y Gran Bretaña, 11 junio 1948.

(87) Convenios del triángulo y los repetidos suscritos por Checoslovaquia con Francia y Polonia.

(88) Austria y Suiza, 15 julio 1950.

(89) El reiterado Convenio entre Polonia y Checoslovaquia.

(90) Los del triángulo Francia, Bélgica e Italia.

(91) 11 abril 1947.

(92) 17 mayo 1946.

V

LA SEGURIDAD SOCIAL DEL HOMBRE EN EL ESPACIO.

La vida es una multiplicidad de fuerzas unidas por un mismo proceso (93), que no limitándose jamás al tiempo presente (94), busca por la técnica asegurar un futuro mejor al animal-hombre (95). Estas palabras, arrancadas a conocidos cánones de la filosofía moderna, encierran una tremenda rudeza de realidades frente a posiciones idealistas y, pudiendo ser censuradas por la crudeza de su expresión, resultan, inevitablemente, exactas. Toda vida es la lucha, el esfuerzo por sí misma (96), y así la vida, quiérase o no, montada sobre ejes de realidades, lucha por conseguir su propio ser, por constituir vida, vida más fácil, con menos angustia, producida por el temor a dejar de ser ante el peso del infortunio. En determinado orden de hechos, a aliviar sus males, sirve la Seguridad Social, instrumento de la política que persigue la realización de la Justicia Social.

El concepto mercancía-trabajo no es aceptado desde que las posiciones doctrinales, opuestas a él por el pensamiento social cristiano, fueron recogidas en el Tratado de Versalles y reiteradas luego por una serie de declaraciones políticas, que lo consignaron con rango de precepto constitucional (97). Así, la vieja concepción del contrato de trabajo, como uno más de los de tipo bilateral, cuyo contenido queda ultimado en la práctica de la contraprestación, trabajo-salario, ha sido decididamente abandonada en todos los sectores ideológicos y na-

(93) NIETZSCHE.

(94) PASCAL.

(95) CONDE DE KEISERLING: *La vida íntima*.(96) JOSÉ ORTEGA Y GASSET: *La rebelión de las masas*.

(97) Fuero del Trabajo Español. Declaración 1.ª apartado 2.ª

die deja hoy de pensar que, por la esencia de su calidad humana, el trabajo titula a quien lo desempeña para poder exigir: de su empleador, algo más que el mero salario; de la sociedad, que contribuye a sostener con su actividad económica y a la que enaltece con su función social, una consideración honrosa y una colaboración, hija simultánea de la caridad y la solidaridad, si concedida en aquélla por amor, otorgada en ésta por justicia.

Una de las maneras que esta colaboración tiene de manifestarse es la Seguridad Social, de tal modo arraigada y extendida, que sus realizaciones no constituyen objeto solamente del campo de la legislación común, sino que alcanza la madurez constitucional, y aun la internacional (98). Así, cada hombre que trabaja es titular de un derecho a participar en el régimen de Seguridad Social, creado por el ambiente en que se desenvuelve.

Este derecho tiene una substancia, una esencialidad, que no es otra que la de la colaboración para proteger al individuo. El encabeza con su trabajo y a su costa esta colaboración, en la que la sociedad le brinda su ayuda frente al dolor, al siniestro o a la necesidad, no para ayudarle a llevar ese estado que, moralmente, es sólo suyo, y del que no puede desarraigarse, pero sí para participar en las exigencias económicas que, secundariamente, produce, en el problema de hacerlo materialmente llevadero. El campo es amplio y pudiera propiciamente ser utilizado por el sentimentalismo.

Revisiendo a esta esencialidad, tiene la Seguridad Social un aspecto formal y adjetivo: la manera como es interpretada en el espacio y en el tiempo, la forma como cada ley da cumplimiento a aquella esencialidad, ordenando el mecanismo del seguro, la práctica de la afiliación, el sistema contributivo, el régimen prestacional. En realidad son los muebles

(98) RUDOLPH ALADAR METALL: *El Seguro Social y el Derecho internacional*.

de la casa, que cada familia puede elegir, aunque todas tienen las mismas necesidades (99).

Andariego o quieto, cada hombre trabajador pasa a lo largo de su vida por una serie de variaciones legislativas que son otras tantas adjetivaciones formales de su seguridad social, y así sus derechos cambian, modificándose en lo externo; pero en lo íntimo, en lo humano, su derecho es el mismo: es el que nace de la superposición a su condición de hombre de la calidad de trabajador. Y así, el derecho concretado ya en la prestación, que constituye la consecuencia última de ciertas premisas, no es en realidad una concesión, sino una declaración.

Este pensamiento tiene valor universal y no es posible que nos desposeamos de él: el hombre trabajador tiene derecho a su seguridad social y no debe perderla nunca, aunque ésta cambie de adjetivación, cambie de forma. Es, diríamos utilizando la figura poética, el paisaje que tiene en el fondo el cauce eterno de un eterno río, que allá está y allí queda, aunque las aguas que por él corren sean muchas o pocas, claras o turbias, violentas o remansadas... Por eso ya no podemos concebir al hombre trabajando sin Seguridad Social, cuajada o en ciernes, porque sabemos que en su paisaje humano el río vivificador es una exigencia, y cuando no una realidad, una promesa de lozanía.

Si así es desde el punto de vista humano, desde el mercantil o actuarial, hace mucho tiempo que en la práctica del seguro ha sido impuesta la exigencia del rescate. En el social, la prima con la que, en definitiva, el trabajador concurre a través de su propia cuota y la que su patrono cotiza, que normalmente es trasladada a los consumidores (100), son la compra de la probabilidad de su «aleas» o el precio contrapuesto

(99) SIR WILLIAM BEVERIDGE: *Bases de la Seguridad Social. Los tres pilares de la Seguridad.*

(100) DOCTOR BUSTOS, en «Acción Social». Santiago de Chile, marzo-abril de 1948.

al surgimiento tardío o temprano de un hecho fatal; ante uno u otro, al asegurado le ha sido impuesto el interés de su propio bien, la obligación de defenderse de las consecuencias económicas. Pues bien, de manera igual a como la falta de pago de las primas de determinados seguros mercantiles hacen nacer una posibilidad de rescate, este derecho no puede, ni aun en la más interesada de las posiciones comerciales, ser discutido.

Fúndase, además, toda la técnica del seguro en el cumplimiento de la ley de los grandes números, ley de ritmo, tanto más seguro cuanto más ancho sea su campo. Prófeticamente pudo decirse (101): si fuera posible llegar (algún día tal vez se llegue) a constituir una sola Mutualidad de Previsión con todos los seres que habitan el planeta, hallarían perfecta aplicación las leyes matemáticas de la probabilidad, y el riesgo quedaría atenuado de tal suerte, que con un mínimo esfuerzo individual se obtendría la perfecta reparación de los infortunios de todos. Reducir el campo de su aplicación es quitar a la probabilidad, cada vez más, el signo de cumplimiento fatal; es aumentar las posibilidades de quiebra o de enriquecimiento de las instituciones llamadas a persistir como línea de apoyo para el futuro social.

Sin embargo, todavía, al pasar muchas fronteras como un alijo de contrabando, los trabajadores han de dejar en la aduana la valija de su derecho a la Seguridad Social, como si no fuera un beneficio tan esencialmente suyo, que de él no pueden ser desposeídos, porque es consubstancial a su condición de hombres que trabajan; como si lo accidental, que es la forma de la última reglamentación a que su seguridad social obedeció, tuviera tanta fuerza que, al perderse lo externo, se derramase el contenido; sin que se le reconozca siquiera el derecho comercial al rescate de las primas satisfechas a costa de su esfuerzo.

(101) ALVARO LÓPEZ NÚÑEZ: *Discurso de ingreso en la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, 1920.

Esta es la situación cuando, sin un convenio que lo tutele, pasa el hombre de un Estado a otro Estado, aunque en ambos existan formas distintas de la Seguridad Social. Pero ¿no debiera ser esto un mero cambio formal? ¿Qué pensaríamos si cada una de las veces que se modificase la normativa jurídica de la Seguridad Social de un país se obligase a sus trabajadores a empezar de nuevo a cubrir períodos carenciales, a llenar plazos de espera? Sin embargo, el hecho es el mismo, en el espacio o en el tiempo: el cambio de una reglamentación a otra, establecidas ambas sobre las mismas esencias.

Y el hombre necesita el espacio, que se ha hecho para él, y si ayer no pudo frenar su ansia peregrina, menos puede hoy, cuando la técnica le ha puesto a su alcance todo un orden del progreso y la necesidad le ha empujado a cruzar mares y conocer tierras. Hay un porcentaje de gentes sedentarias, como hay una avanzada de inquietos; en medio, una masa de hombres que pueden sentir el temor a una política, la ambición económica o el afán de impaciencia que le empuje a otros lugares. Proteger su seguridad social es mejorar la propia técnica de sus instituciones, ensanchando su radio; impedir que se les desposea de sus esencias es el mejor servicio que puede rendirse a quienes dan su trabajo a la anchura del mundo.

Para ello hay que buscar campos amplios, no contentarse con levantar las fronteras sociales que separan a los países limítrofes: tener ambición más larga. Hay que buscar cada razón que pueda justificar una comunidad social, para hacer de ella un argumento en pro de su constitución. La vieja dicotomía entre países de inmigración y emigración pierde por sí peso ante motivos que tienen mucha más densidad que los técnicos: las causas humanas, que son las razones sociales; pero, además, unos y otros tienen frente a esta cuestión, desde posiciones opuestas, intereses unánimes, porque si el de aquéllos es conseguir los brazos que necesitan y aun poder

optar entre los mejores, éstos no deben querer dejar reducida la posibilidad de marcha a los audaces o a los que nada pierdan, porque nada tengan, ni aun la esencia de una Seguridad Social que defender.

Las distancias son salvadas por el ímpetu de los modernos transportes; ya los mares han sido siempre, para la geografía humana, no murallas inaccesibles, sino caminos abiertos. La fraternidad de raza, la comunidad de fe, la vinculación histórica, la identidad de idiomas, la similitud de costumbres y sociografía familiar son razones; que son argumentos!

Alguien ha dicho (102), entre el aplauso general de una selección de hombres americanos dedicados a lo social, que la frase según la cual «Africa empieza en los Pirineos» no era equivocada, que el solo error estaba en la enunciación del continente, que «es América la que empieza en los Pirineos».

VI

PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTERNACIONAL.

Todo lo expuesto, de nada serviría si de ello no pudiéramos alcanzar el fruto de una experiencia, que ésta es la lección de la Historia, calificada por Cicerón como maestra de la vida.

Expresamente se buscó la enseñanza dada por los tratados bilaterales o plurilaterales y la desprendida de los convenios y recomendaciones de la O. I. T., en fuga expresa al contenido de varios documentos de universal valor, las Cartas del Atlántico y de Filadelfia, etc., para que no pueda achacarse su valoración a la fuerza política de su contenido, ni tampoco

(102) LUIS JORDANA DE POZAS, en el Congreso Interamericano de Seguridad Social celebrado en Buenos Aires el presente año.

a las difíciles circunstancias del trance universal en que fueron dictados.

En ellos habríamos de ver tanto el derecho de los seres humanos a percibir su bienestar material y su desarrollo espiritual en condiciones de seguridad económica (103), como consecuencia de la paz, que proporcione a todos los hombres, en todas partes del mundo, una vida exenta de temor y de privaciones (104), como la solemne obligación de extender las medidas de Seguridad Social para proveer un ingreso básico a los que necesitan la protección de asistencia médica completa (105), la protección a la vida y la salud de los trabajadores y a la infancia y la maternidad, extremos todos que constituyen el contenido que a la Seguridad Social se atribuye.

De la experiencia conjunta pueden deducirse acaso unos principios; que si no lleguen a contener la totalidad del pensamiento que el tema en el orden internacional plantea, constituyan siquiera vértices del mismo, sobre los que no sea difícil trazar en su integridad y hasta cerrarlo las líneas del polígono completo.

Tal vez estos pensamientos puedan ser tímidamente enunciados en la siguiente forma:

1. *La Seguridad Social constituye una unidad técnica.*

A través de unos mismos principios desenvuelve una parte esencial y amplísima de la política social que cada país desarrolla. Heredera de la acción que se recomendó a la Previsión Social, replanteamiento sistemático e inédito de sus viejas ideas (106), hoy sus distintos Seguros responden a las líneas de una doctrina uniforme que persigue la ayuda al tra-

(103) Conferencia de Filadelfia. Principio 2.º, apartado a).

(104) Carta del Atlántico. Declaración 6.ª

(105) Conferencia de Filadelfia: Principio 3.º, apartados f), g) y h).

(106) EUGENIO PÉREZ BOULLA: *Curso de Derecho del Trabajo*.

bajador en los momentos de mayores cargas o infortunio. Esta uniformidad ha permitido que las normas para su aplicación entre Estados puedan ser consideradas en convenios y tratados únicos, en los que se estudia como una unidad técnica puesta al servicio de la identidad de principios suficientes para resolver los problemas que en su diversidad cada Seguro plantea. De este estilo dan muestra, no sólo los últimos convenios aprobados por las Conferencias internacionales de trabajo, sino también los más progresivos tratados suscritos por los Estados entre sí, y las declaraciones doctrinarias y programáticas, en las que la Seguridad Social aparece como un todo armónico integrado por la variedad de los Seguros y de los Servicios sociales.

2. *Los tratados interestatales son precisos para establecer su régimen como complemento de las declaraciones de principio.*

Los convenios internacionales aprobados por la O. I. T., aun en cuanto a los miembros que procedieron a su ratificación, de la misma manera que los tratados internacionales en que se sientan líneas básicas de colaboración de Estados en el orden social, constituyen los más fuertes elementos para su progreso: sientan sus principios, excitan a su aplicación, impulsan su marcha, despiertan, en afectados y técnicos, el afán de nuevas metas. Pero exigen para su implantación concreta la norma detallada y los órganos ejecutores, que sólo pueden surgir de las cláusulas de los tratados, donde cada problema es enfocado en la base real de su existencia y resuelto con un criterio práctico, porque la generalización de la Seguridad Social no es sinónima de su uniformidad (107). Los propios convenios internacionales reconocen una esfera que puede ser re-

(107) PIÉRRÉ LAROCHE: *Les grands problèmes sociaux contemporains.*

glamentada por la voluntad de las altas partes contratantes, mientras otra, la regulación de los detalles, el régimen de los trabajadores fronterizos, etc., es declarada de su expresa competencia, y una tercera: los períodos carenciales, los plazos de residencia..., al ser confiada a la aplicación nacional, pudiera también entrar a formar parte del contenido negociable en una convención diplomática. En tales condiciones, los tratados son accesorio indispensable de los convenios, que frecuentemente exigen su dictado como norma esencial complementaria, y por sí solos constituyen fuente de una posible regulación internacional de la Seguridad Social.

3. *Los convenios de zona son la fórmula más lograda para la creación de un orden social internacional perfecto.*

Si la vida del hombre lleva frecuentemente su presencia fuera del país patrio, este desplazamiento no ha de desarrollarse precisamente a lo largo de una línea única, sino que discurre por un cauce amplio en el que caben normalmente los países vinculados ya por la comunidad de fronteras, sin graves separaciones de régimen político, ya por una identidad o semejanza de raza, idioma, creencias, costumbres o historia. En el terreno de la diplomacia social ello ha tenido su reconocimiento de una manera implícita en la existencia de verdaderos núcleos de tratados que han formado una verdadera maraña, que a través de líneas muy semejantes de fórmula bilateral han ligado unos con otros a países caracterizados por estas circunstancias, y explícitamente ofrece brillantes manifestaciones en los contratos plurilaterales, que han permitido la creación de «zonas sociales» constituídas por varios Estados entre los que las relaciones humanas son frecuentes por motivos laborales, y que, regidos por normas de adaptación, permiten a cada trabajador permanecer dentro de un orden

jurídico social que no amenaza quebrar en el avatar de cada viaje la plenitud de sus derechos sociales.

4. *Al frente de los principios universalmente admitidos en lo social figura el de no discriminación por razones de nacionalidad.*

Aunque no sea ésta su primera enunciación literal, puede asegurarse que dos fórmulas simultáneas concurren a forjarla en la forma que queda expresada; tales fórmulas son: la de la territorialidad de las medidas sociales impuesta por cada legislación nacional y acatada por toda la doctrina, y la de igualdad de derecho declarada desde los primeros convenios, y establecidas desde los primeros tratados como meta ideal. Ciertamente, medidas de política soberana aconsejan templar a esta igualdad, al subordinarla a la presencia de la reciprocidad por parte del Estado a cuyos súbditos pretende aplicarse esta medida: pero es tanto el deseo de alcanzar la no discriminación, que ésta, en los últimos textos, cuando no aparece plenamente establecida sin restricción alguna y se la supedita a la reciprocidad, no se presenta la exigencia de que esté constituida con carácter diplomático, bastando con las situaciones creadas *de facto*.

5. *Como consecuencia, la equiparación entre nacionales y extranjeros solamente está subordinada a la situación de residencia.*

El antiguo criterio diferencial de la nacionalidad, una vez que el trabajador se halla en condiciones legales en país distinto al suyo, ha sido anulado en las convenciones internacionales; tanto es así, que puede afirmarse que los actuales problemas de la aplicación espacial de los derechos sociales no afectan a lo substancial, que es la nacionalidad, sino a lo acci-

dental, que es la residencia, única que no por una razón política ni social, sino por puro sentido económico, constituye argumento que suscita determinados recelos e impone, en tales casos, el cumplimiento de cierto supuesto para la concesión de pensiones a quienes residan en territorio extranjero.

6. *La reserva de las legislaciones nacionales en cuanto a la participación de los súbditos extranjeros en determinados beneficios de la Seguridad Social es susceptible de acuerdo diplomático.*

Tradicionalmente, los convenios internacionales suelen reconocer la competencia de la legislación nacional para determinar una serie de cuestiones: participación en algunos beneficios sostenidos con la aportación económica estatal, cobertura de períodos carenciales, requisito de la residencia exigido para ciertos devengos, etc. Esto es así, porque tales convenios son dictados *orbi* para que, a través de la adhesión que la ratificación implica, tengan realización posible sus principios entre legislaciones de nivel distinto y líneas diferentes. Pero en el cauce moldeado de los tratados bilaterales o plurilaterales tales extremos pueden, y son, de hecho, objeto de estudio, y así no dejan pendiente de la voluntad de una parte la concesión de puntos, frecuentemente substanciales, para poder considerar cumplido el espíritu del acuerdo, cuya eficacia queda garantizada de antemano.

7. *La técnica social internacional se apoya en el reconocimiento expreso del respeto a los derechos adquiridos.*

La práctica de la Seguridad Social se realiza a través de un sistema por el que, mediante la afiliación del trabajador, éste, unas veces por este solo hecho y el de la cotización, y

otras, sobre ellas, por el transcurso de determinados períodos carenciales, adquiere el derecho a percibir ciertas prestaciones sobre supuestos establecidos; tales prestaciones responden: en unos casos, a estados accidentales; en otros, a permanentes.

En determinado supuesto, el derecho del trabajador es tan íntimamente humano, y está económicamente apoyado por la prestación de su esfuerzo y la aportación de sus cotizaciones de tal manera, que no es permisible ni su prescripción en el tiempo ni su pérdida en el espacio, y así ha sido reconocido por convenios y tratados que ante las naciones lo consignan, sin quiebra de tal declaración, desde que en 1935 fué enunciado el principio del respeto a los derechos adquiridos.

8. *Y en la conservación de los derechos en trámite de adquisición.*

Porque en la realidad de las evoluciones operadas en el tiempo cada derecho en curso de adquisición plena constituye la esperanza de su logro, que merece la protección de la Ley en su sentido más amplio. Y si las normas civiles y penales protegen la personalidad, antes de alcanzar quien la ostenta la plenitud jurídica de la mayoría de edad, y aun antes de su nacimiento, y las Leyes tutelan y defienden la posesión antes de conseguir por la prescripción alcanzar la categoría de título justificativo de la propiedad, así cada fracción del derecho adquirido en orden a las prestaciones de la Seguridad Social constituye como un pequeño derecho, digno de la protección de los Estados, porque en él va implícita la esperanza de logro a un derecho pleno y completo al que el trabajador afectado se hizo acreedor una vez que, bajo el imperativo de las Leyes de circunstancias, que simultáneamente le amparaban y obligaban, cumplió con ellas y cubrió jornadas hacia el logro de

una meta definitiva de seguridad, que no puede ver constantemente desplazada hacia objetivos más remotos.

9. *Para la realización de esta política social son precisos organismos comúnmente establecidos sobre los intereses y posiciones de los Estados.*

La experiencia acredita la presencia de tres fases sucesivas: la de los puros principios teóricos, ambiciosos de ser internacionalmente aplicados; la del planteamiento a través de tratados bilaterales de soluciones concretas a las cuestiones planteadas por las discordias entre las legislaciones nacionales, y, finalmente, la de creación de los organismos precisos para la aplicación de tales principios. Varias tareas corresponden a los mismos, y sólo en ellos pueden encontrar el molde que las conformen y les dé cumplido destino: desde las puramente administrativas, que eviten las duplicidades de cotización y cumplan el servicio burocrático de resolver los problemas mecánicos de cambio de moneda, régimen de transferencia, etc., pasando por las esenciales de mantener la continuidad en el Seguro y velar por las situaciones inconcretas de quienes, en Empresa con doble domicilio, en servicios de transportes internacionales en la situación literal de «a caballo entre dos fronteras», pueden mañana conseguir una doble protección, a la que no son acreedores, tanto como un desamparo que no merecieron, hasta la realización de una alta función de justicia que discrimine, a través de un régimen de recursos jurídicos, cómo y hasta dónde Estados solidarios son deudores de la prestación conjunta de unos derechos sociales irrefragables... Y estas tareas no caben en el cauce nacional y partido de una Administración que fraccionariamente intervino para conformar las premisas de un caso que es único en su unidad y en la del hombre a que afectan.

CONCLUSIÓN.

En atención a las razones expuestas, y recordando que «las grandes transformaciones sociales no son nunca un regalo de nadie, sino una obra en la que se puede recibir la ayuda de los demás» (108), la ponencia propone al I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social que sea aprobada la siguiente

RESOLUCIÓN.

Considerando: Que la aplicación de la Seguridad Social en el ámbito internacional obtiene su realización más eficaz mediante el establecimiento de convenios de zona, que señalan para varios países unidos por vínculos económicos y morales la forma de llevar a la práctica los principios de no discriminación, imperio de la Ley territorial y respeto a los derechos adquiridos o en curso de adquisición, y en los que se establecen normas de colaboración administrativa para dar eficacia a aquellos principios.

Estimando: Que todos los países iberoamericanos están ligados entre sí, no sólo por la vinculación de una común historia, sino por lazos de fe, sangre, idioma, costumbres, estimación, corrientes intelectuales, comercio y tantas razones más, que nos agrupan en una identidad universal de destino, y no permite que sus nacionales, cuando conviven, puedan considerarse titulares de situaciones jurídicosociales de orden fundamentalmente diferente.

(108) TOMÁS ELORRIETA: *La Carta del Atlántico y la Carta de Filadelfia*. 1945.

EL CONGRESO IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Declara: Que las naciones iberoamericanas deben asegurar, mediante el correspondiente documento diplomático:

1.º El establecimiento, en cuanto a la seguridad social de sus nacionales residentes en la zona iberoamericana, de los principios de no discriminación, imperio de la Ley territorial y respeto a los derechos adquiridos o en curso de adquisición.

2.º La promoción de una colaboración económica y administrativa entre los Estados que haga efectivos tales principios a través de las instituciones internacionales adecuadas.

ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS
DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

*Ponencia oficial presentada a la
comisión III del Congreso Ibero-
americano de Seguridad Social,*

por el Dr. Luis Angel Ugarte,
Jefe del Departamento de Estudios del Ministe-
rio de Salud Pública. Lima (Perú).

INTRODUCCIÓN.

El ejercicio de la Medicina está sufriendo una honda transformación, paralela a la que sufre la sociedad misma. Tan profunda transformación no puede llevarse a cabo sin antes pasar por el período de perturbación y desequilibrio que actualmente vivimos, y que durará hasta que se encuentre el camino que nos conduzca a una mejor adaptación social.

Los factores principales de la transformación que comentamos son los siguientes:

1.º La incorporación a la Medicina de los progresos de las ciencias físicas, químicas y biológicas han hecho de ella una disciplina muy compleja que no puede ser abarcada por una sola persona, y, en consecuencia, se ha impuesto la división del trabajo en múltiples especialidades. Pero si la división del trabajo se impone en Medicina como una necesidad, no puede alterar la naturaleza humana, que conserva su unidad resultante de la estrecha correlación de los diversos sistemas y aparatos orgánicos. Se hace, pues, necesario, para una asistencia médica integral, la intervención, casi en cada caso, de múltiples especialistas y técnicos auxiliares, y la utilización de costosas instalaciones e instrumental.

La asistencia médica se vuelve, en consecuencia, tan cara, que la generalidad de las personas no tienen recursos suficientes para pagarla.

2.º Los hospitales, que nacieron como refugio de indigentes, enfermos, ancianos e inválidos desamparados, tienden a convertirse en centros de trabajo médico, altamente espe-

cializados, en los que todo debe ser apropiado a ese fin: edificios, instalaciones, instrumental, personal profesional y técnico auxiliar, que debe laborar formando un «equipo» organizado y altamente coordinado.

3.º Los progresos en el conocimiento de las causas de las enfermedades, especialmente de las debidas a microbios y virus, han señalado el camino para evitarlas, han despertado el interés por la prevención de las enfermedades, y dado así una nueva tendencia a la Medicina. Han surgido la Medicina preventiva y la Salud pública, como disciplinas especializadas, que han atraído a su campo a otras profesiones: la Ingeniería sanitaria, la Enfermería de Salud pública, el Servicio social, la Medicina veterinaria, etc.

4.º Estas transformaciones de la Medicina y de la Tecnología médica han coincidido con transformaciones sociales no menores: la aplicación a la vida diaria de los progresos de las ciencias ha conducido a la creación de industrias cada vez más complejas y a la sustitución creciente del artesanado y del trabajador independiente por el obrerismo asalariado y los grandes capitales que lo emplean.

5.º El industrialismo, a su vez, ha dado lugar a la formación de grandes urbes que atraen poderosamente a los pobladores del campo, los que emigran y se amontonan en los suburbios de las grandes ciudades y viven allí en condiciones higiénicas desastrosas.

«Con la industrialización ha cambiado toda la estructura social del mundo. Hace cien años, en casi todos los países occidentales, la mayoría de los trabajadores estaba compuesta por productores independientes; en la actualidad está constituida por jornaleros y empleados, asalariados que dependen de su salario para vivir.» (1).

6.º La aplicación de los progresos de la ciencia y la industria a la vida diaria, al mismo tiempo que ha elevado el *confort* y la comodidad, la ha hecho más complicada y cos-

tosa, y ha convertido la vida, especialmente en la ciudad, en una verdadera lucha por la subsistencia. Lucha que ha repercutido hondamente en la salud humana.

«Al principio, la Revolución industrial afectó mucho la salud de la gente. Las nuevas industrias ofrecieron empleo a gran número de obreros inexpertos, entre los cuales se incluían mujeres y niños...» «Trabajaban muchas horas en condiciones higiénicas verdaderamente aterradoras; vivían en barrios bajos, sin la menor limpieza, y a un bajo nivel de vida, de tal suerte, que cada crisis económica empobrecía aún más a estas masas de gente socialmente útiles a la comunidad, y la hacían depender de la caridad pública para sostenerse. La situación se hizo tan intolerable, que la sociedad empezó a agitarse; atinadamente se pensaba que una clase trabajadora enferma es un peligro para la comunidad.» (1).

La morbilidad y la mortalidad en las ciudades industriales se fué elevando considerablemente. Dos órdenes de factores influyeron en este aumento: las malas condiciones de vida (hacinamiento en viviendas defectuosas, carentes de servicios higiénicos, alimentación deficiente, etc.) y trabajo excesivo y peligroso.

En Inglaterra, país que primero experimentó los efectos del industrialismo, se publicaron trabajos con datos estadísticos que demostraban ese aumento de la morbilidad y la mortalidad: «En la ciudad industrial de Leeds había, según Turner, un fallecimiento por cada 55 habitantes el año 1821, mientras que en un distrito rural vecino había sólo un fallecimiento por cada 74 habitantes.» (1).

En Alemania, durante la revolución de 1848, se desarrolló un movimiento de reforma médica «conducido, entre otros, por Rudolf Virchow y Salomón Neumann» (2). Neumann sostuvo que «la ciencia médica es intrínseca y esencialmente una ciencia social...». «Esta idea fué una fórmula que condensaba principios definidos. El primero de ellos es que la salud del

pueblo es materia que concierne a la sociedad. La sociedad tiene la obligación de proteger y asegurar la salud de sus miembros. El segundo principio es que las condiciones económicas y sociales tienen un efecto importante en la salud y la enfermedad, y que esas relaciones deben ser sometidas a investigación científica. Aun más: si la sociedad tiene la obligación de proteger la salud de sus miembros, y se reconoce que las condiciones económicas y sociales tienen un efecto importante en la salud y la enfermedad, se sigue, lógicamente, que deben darse los pasos necesarios para promover la salud, y que éstos deben ser tanto de carácter social como médico. Es éste el tercer principio implicado en la idea de la Medicina como ciencia social, que fué reconocida por Virchow, Neumann y los otros médicos que participaron en el movimiento de 1848.»

«En consecuencia con esos principios, se alzaron voces reclamando la acción gubernamental, y se propusieron varias medidas específicas. La provisión de atención médica para los indigentes fué un problema de gran urgencia. Virchow y otros propusieron la creación de servicios médicos públicos para los pobres, incluyendo la libre elección de médico.»

«Se comprendió, sin embargo, que la provisión de cuidados médicos no era suficiente; que ellos debían ir de la mano con la profilaxis social. En consecuencia, encontramos a Virchow proclamando el derecho del ciudadano al trabajo como un principio fundamental a ser incluido en la constitución de los Estados democráticos.»

«El problema del trabajo industrial también demandaba atención...»

«Leuburcher, un asociado de Virchow, propuso un programa de higiene industrial con énfasis en la regulación legislativa de las condiciones de trabajo...»

«Muy importante fué el reconocimiento de que para investigar las relaciones causales entre las condiciones sociales

y los problemas médicos eran necesarias buenas estadísticas. Neumann fué activo en insistir en la recolección de precisos datos estadísticos de todos los problemas de la vida social que de cualquier manera tuvieran algún significado en los problemas de salud y enfermedad.» (2).

Posteriormente han ido publicándose, en diversos países, estudios sustentados en datos estadísticos que demuestran palpablemente las relaciones causales entre las condiciones sociales y económicas, y la salud y enfermedad. Merecen citarse, especialmente, los siguientes: «En 1832, James Ph Kay publicó un estudio sobre «la condición moral y física de las clases trabajadoras en las manufacturas de algodón en Mánchester». Fué la alta incidencia de las enfermedades comunicables que condujo a Kay a investigar las condiciones de vida de los trabajadores de Mánchester, y encontró que enfermedad, pobreza, vicio y degradación física se entrelazaban íntimamente.» (2).

En 1865, Meyne, en Bélgica, publicó un tratado completo: *Topographie Medicale de la Belgique*, sustentado en una considerable masa de datos acumulados durante treinta años. En la tercera parte de su obra, Meyne discute las relaciones de las enfermedades con el suelo, clima, pobreza, nutrición, vivienda y alcoholismo.

En 1874, las enseñanzas de Geigel, en la cátedra de Higiene de la Universidad de Würzburg, subrayaban «los efectos del capitalismo y el crecimiento de un proletariado industrial, la creciente urbanización y condiciones antihigiénicas en que los trabajadores fueron compelidos a vivir, y la relación de estos cambios de las condiciones sociales y económicas sobre la salud y la enfermedad» (2).

En 1911, la primera edición de la clásica obra de Grotjahn, *Soziale Pathologie*, en la que avanzaba cierto número de principios fundamentales para el estudio sistemático de la enfermedad humana desde el punto de vista social. Reconoció

que muchas de las enfermedades eran prevenibles, y comprendió que la educación podía ser un factor primordial. Opinaba también que el médico debería usar su posición para promover la higiene social de manera que sus conocimientos en Medicina fueran útiles a todo el pueblo.

Para que los médicos comprendan esa responsabilidad, Grotjahn preconizó que la enseñanza de Higiene social formara parte del curriculum médico.

En América, Sydnstricker, Wheeler y Soldberje, en poblaciones de Carolina del Sur, demostraron la siguiente correlación entre los ingresos quincenales familiares por cada persona adulta y el promedio de enfermedades ocurridas en mayo y junio de 1916 por cada 1.000 personas examinadas (1):

De menos de 6,00 pesos.....	70.1
De 6,00 a 7,99 pesos.....	48.2
De 8,00 a 9,99 pesos.....	34,4
De 10,00 y más pesos	10.5

Roll H. Britton estudió la mortalidad del año 1930 en diez Estados de la Unión, en relación a la ocupación, y encontró la siguiente correlación (3):

Profesionales	7,0
Propietarios, gerentes y funcionarios ...	7,4
Empleados	7,4
Obreros especializados	8,1
Obreros semiespecializados	9,9
Obreros no especializados	13,1
Trabajadores agrícolas	6.2

Estas transformaciones sociales han tenido una lógica repercusión sobre el concepto político de la función y responsabilidad del Estado, especialmente en relación con la salud y bienestar públicos. El concepto de que la asistencia médica

en casos de enfermedad es de responsabilidad exclusiva del individuo, ha ido cediendo ante el concepto de que la responsabilidad es social, e incumbe al Estado. por lo menos, proporcionar facilidades a las clases asalariadas cuya economía se sustenta en el sueldo o salario que perciben. Hemos visto ya cómo el movimiento de reforma médica, iniciado en 1848 en Alemania por Virchow y Neumann, proclamó este principio.

«La amenaza creciente de accidentes y enfermedades producidas por las nuevas condiciones de trabajo impulsaron a los Estados a dictar Leyes proteccionistas: primero, creando la obligación de las Empresas capitalistas de proporcionar a sus asalariados asistencia médica e indemnización en casos de accidentes y enfermedades profesionales, y después, protegiéndolos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y, en general, de todo riesgo capaz de conducirlos a la miseria por pérdida de capacidad de ganar. Es así como nacieron los Seguros sociales.» (4).

El problema de la organización de las prestaciones médicas del Seguro de Enfermedad, por las circunstancias en que vivimos, se presenta, pues, muy complicado.

Para abordar este tema en forma racional habríamos querido proceder a hacer un estudio crítico de las organizaciones de los países iberoamericanos, comenzando por la de Portugal, primer país ibero que ha implantado el Seguro Social de Enfermedad, y compararlas con la de otros países, especialmente con la de Inglaterra y con las organizaciones de los sistemas voluntarios de los Estados Unidos. Ese estudio nos hubiera permitido deducir determinados principios, que la realidad enseña deben tenerse presentes al implantar servicios de atención médica por el sistema de Seguro de Enfermedad. Desgraciadamente, carecemos de tiempo, documentación y, lo que es más importante, de la competencia necesaria para tarea de tal magnitud.

Vamos a limitarnos entouces a hacer primero una exposición sucinta del rol que el Seguro de Enfermedad juega con la atención médica, según las legislaciones de los países iberoamericanos, y a estudiar los ejemplos de organización de los dos países que hemos tenido oportunidad de observar personalmente.

Trataremos de deducir las enseñanzas que los ejemplos nos brindan, y expondremos nuestra opinión sobre los principios que deben normar la organización de las prestaciones médicas del Seguro de Enfermedad.

ROL DEL SEGURO SOCIAL EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

«Todo sistema de Seguro de Enfermedad tiene por misión garantizar al asegurado una reparación parcial del perjuicio sufrido a consecuencia de enfermedad.»

«Las primeras Leyes de Seguros se han preocupado, sobre todo, de asegurar al enfermo incapaz de continuar el ejercicio de sus actividades profesionales las indemnizaciones pecuniaras, que deberá sustituir a la ganancia perdida a consecuencia de enfermedad; y no han atribuído al tratamiento curativo, llamado a restaurar la salud del enfermo más que un lugar relativamente restringido... Este estado de cosas ha cesado desde que se ha comprendido el rol importante que el Seguro de Enfermedad puede estar llamado a jugar, en tanto que instrumento de una política de higiene popular. En efecto, mejor que toda otra organización social, el Seguro de Enfermedad, actuando en contacto estrecho y constante con las clases laboriosas, está en condiciones de contribuir, tanto por la prevención como por la curación de las enfermedades, al mejoramiento de la salud pública. Poner a la disposición de todo asegurado una asistencia médica individual apropiada es, desde entonces, la tarea principal del Seguro de Enfermedad.

Lentamente, pero sin discontinuar, las prestaciones «en naturaleza» han sobrepasado a las indemnizaciones.

La curación más completa y más rápida de las enfermedades, cuya profilaxis no ha podido impedir que se produzcan, ha venido a ser el fin esencial de todo sistema de Seguro de Enfermedad.» (5).

Estos conceptos, publicados en 1925 por la Oficina Internacional del Trabajo, al hacer análisis comparativo de las legislaciones nacionales, han sido confirmados por las Leyes y organizaciones de Seguro de Enfermedad que se han implantado en Iberoamérica después de esa fecha.

Efectivamente, la Ley peruana, promulgada en 1936, establece en su art. 28: «Las prestaciones debidas por el riesgo de enfermedad son las siguientes:

- a) Asistencia médica general y especial:
- b) Asistencia hospitalaria:
- c) Servicio de farmacia, y
- d) Subsidio en dinero.» (6).

La Ley venezolana, promulgada en 1940, expresa, en su artículo 6.º, que el asegurado enfermo tendrá derecho «a la necesaria asistencia médico-quirúrgica, así como también al suministro de medicamentos y otros productos terapéuticos requeridos por su estado» (7).

El Reglamento del Seguro de Enfermedad establecido en España por Ley de diciembre de 1942, al referirse a las prestaciones sanitarias, dice:

«Art. 33. El Seguro prestará a sus beneficiarios una asistencia médica completa, tanto en los servicios de Medicina general como en los de especialidades.

Art. 34. La asistencia médica estará constituida por los servicios siguientes:

- 1.º Medicina general.
- 2.º Cirugía general.
- 3.º Maternología, Pediatría y Puericultura.
- 4.º Ginecología.
- 5.º Enfermedades de los aparatos respiratorio y circulatorio.
- 6.º Enfermedades del aparato digestivo.
- 7.º Dermatología.
- 8.º Oftalmología.
- 9.º Otorrinolaringología.
- 10.º Odontología.
- 11.º Nutrición y secreciones internas.
- 12.º Urología.
- 13.º Neurosiquiatría.
- 14.º Electrológica y Radiología.
- 15.º Laboratorio y análisis clínicos.

Estos servicios serán prestados a domicilio, en consultorios y clínicas, y el último en laboratorios a cargo de médicos o farmacéuticos.

Art. 35. Además, existirán los siguientes servicios, en los que se procurará la máxima colaboración con las instituciones especiales encargadas de la Medicina preventiva e higiene social:

- 1.º Tuberculosis.
- 2.º Venereología.
- 3.º Asistencia psiquiátrica.
- 4.º Enfermedades infecciosas.
- 5.º Medicina preventiva.» (8).

La Ley mejicana, promulgada en 1943, establece también, en su artículo 51: «En caso de enfermedad no profesional, el asegurado tendrá derecho a las siguientes prestaciones:

I. Asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica que sea necesaria, hasta por veintiséis semanas; y

II. Un subsidio en dinero, que se otorgará cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo, y que será pagado a..., etc.» (9).

Por último, se han impuesto como doctrina indiscutible en la I Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en Santiago de Chile en septiembre de 1942, que al tratar sobre *Eficacia y economía de las prestaciones médicas y farmacéuticas del Seguro de Enfermedad*, declara:

«1.º Que el Seguro de Enfermedad debe otorgar una asistencia médica eficaz que proporcione a los asegurados y a sus familias todos los recursos de la ciencia moderna para el cuidado y fomento de la salud, y para distinguir y tratar las enfermedades desde sus primeros síntomas, y reconoce como medios conducentes a ese fin:

a) El otorgamiento directo de las prestaciones médicas mediante la participación de médicos funcionarios debidamente capacitados;

b) La organización de los servicios y dependencias médicas en forma que reúnan en provecho de los diferentes grupos asegurados, condiciones de amplitud, calidad y distribución;

c) La participación activa en la lucha contra las enfermedades que, por su etiología o frecuencia, asuman el carácter de sociales, epidémicas o endémicas.

2.º Que para mantener la eficacia de la asistencia y evitar que disminuya el nivel apropiado y suficiente de las prestaciones, es necesario racionalizar su otorgamiento mediante la aplicación del principio de economía que, sin coartar la libertad de los médicos para orientar el diagnóstico y prescribir la terapéutica, permita obtener el mayor rendimiento con el mínimo de gastos, etc.» (7).

En resumen, debemos adoptar como doctrina que el Seguro de Enfermedad, como institución social, tiene por finalidades: primero, proteger a los asegurados contra los riesgos de enfermedad, tratando de evitar las enfermedades, y cuando los medios preventivos hayan fallado, prestándoles la asistencia médica más oportuna y eficaz que los recursos de la ciencia lo permitan, y segundo, compensar, en parte, el perjuicio económico que resulta de la imposibilidad de trabajar por motivo de enfermedad.

Relaciones del Seguro de Enfermedad con los servicios estatales de Salud pública.

El rol del Seguro de Enfermedad, tal como acabamos de definirlo, se confunde, hasta cierto punto, con las funciones que incumben a los servicios de Salud pública estatales. Es, pues, preciso sentar las normas de la delimitación de funciones y coordinación de actividades de ambas instituciones, si se quiere evitar duplicación de esfuerzos y el consiguiente despilfarro de energías.

En el cuadro de la página siguiente se ven, esquemáticamente expuestas, las actividades relacionadas con la salud pública.

¿Cuáles de esas actividades son de competencia de los servicios estatales de Salud pública y cuáles le corresponden a las instituciones del Seguro de Enfermedad?

El concepto sobre la función y responsabilidad del Estado en materia de salud pública varía según sea la filosofía política que inspire la constitución del Estado.

En términos generales, podemos señalar dos concepciones extremas: la concepción socialista, según la cual el Estado asume la responsabilidad total por la salud y el bienestar social de la colectividad. La filosofía que inspira esta concep-

ción es que cada miembro de la sociedad debe producir según sus posibilidades y recibir según sus necesidades. Para ello es preciso que los medios de producción sean propiedad de la sociedad, representada principalmente por el Estado, y sean administrados por éste. La otra, que podríamos llamar individualista o liberal, pone la responsabilidad de la salud principalmente en el individuo, y deja al Estado la responsabilidad de fomentar y dar normas para la organización de las instituciones de asistencia médica y la de llevar a cabo directamente sólo actividades íntimamente relacionadas con la salud pública propiamente dicha, es decir, con el saneamiento, el control de enfermedades transmisibles, etc. La filosofía que inspira esta concepción es que cada uno debe poseer lo que produce y contribuir a las necesidades públicas en proporción a lo que posee y produce.

Pero cualquiera que sea la concepción política sobre la responsabilidad del Estado, es necesario delimitar las atribuciones de las entidades del Seguro de Enfermedad, sean éstas dependientes del Estado u organizadas por entidades privadas (tales como la Cruz Azul o los sistemas llamados «prepayment plans» de los Estados Unidos), y señalar sus relaciones y forma de coordinación con los organismos estatales de Salud pública.

En el sistema socialista extremo, en que el Estado asume toda la responsabilidad, importa poco cuáles de las atribuciones corresponden a las instituciones de Seguro y cuáles a los organismos de Salud pública: cuestión de división y organización de trabajo pueden variar, según diversas circunstancias, en unos países y otros, y aun en un mismo país, en unas localidades y otras, y tal vez, principalmente en el medio rural, puedan fusionarse ambas en una sola.

En la otra concepción política extrema, la individualista, en que la conservación y reparación de la salud es de responsabilidad del propio individuo, el Seguro de Enfermedad de-

ja de ser obligatorio y social para convertirse en voluntario y privado. Toca al Cuerpo médico establecerlo y administrarlo, y al Estado fomentarlo, regularlo y darle protección. Por lo mismo que es voluntario y privado, las prestaciones que ofrece a sus asegurados pueden ser variables.

ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA

I.—HIGIENE.

A.—Higiene privada o personal.

Hábito personal de vida en las diversas edades:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| a) Alimentación. | 1. Prenatal. |
| b) Vivienda. | 2. 1. ^a infancia. |
| c) Vestido. | 3. 2. ^a infancia. |
| d) Ocupación. | 4. Edad escolar y adolescencia. |
| e) Actividad física y deportes. | 5. Edad adulta. |
| f) Distracciones. | 6. Ancianidad. |

B.—Higiene pública o social.

Medio urbano y rural:

- a) Dotación de agua potable.
- b) Disposición y alejamiento de aguas usadas.
- c) Disposición y alejamiento de basuras.
- d) Disposición y alejamiento de cadáveres humanos y animales.
- e) Control higiénico de distribución y almacenamiento de alimentos y bebidas, especialmente de leche.
- f) Lucha contra insectos vectores.
- g) Control de animales reservorios.
- h) Urbanización (planeamiento y embellecimiento de ciudades, etc.)
- i) Higiene industrial y del trabajo.

II.—MEDICINA.

A.—Medicina preventiva.

(Empleo de métodos y técnicas médicas para la prevención de las enfermedades.)

- a) Exámenes periódicos de salud y diagnósticos precoces.
- b) Encuestas especiales (tuberculino, radiológicas, serológicas, etc.).
- c) Inmunizaciones sistemáticas.
- d) Declaración, aislamiento y desinfección en casos de enfermedades transmisibles.
- e) Tratamientos preventivos en casos de exposición a determinadas enfermedades.

B.—Medicina curativa.

(Empleo de métodos y técnicas para la curación de enfermedades.)

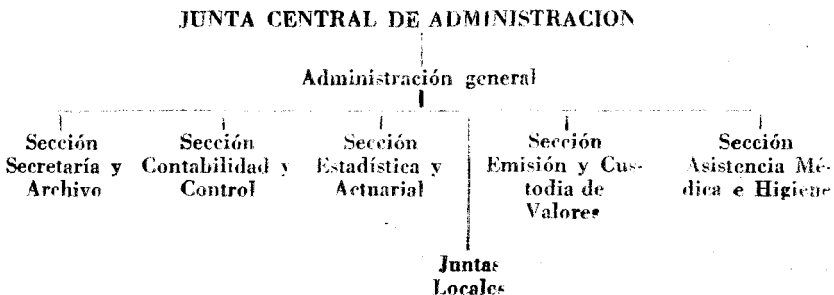
- a) Exploración clínica y diagnóstico con los recursos de laboratorio, rayos X, electrodiagnóstico, etc.
- b) Tratamientos:
 1. Regímenes especiales de vida (alimentación, reposo, etc.).
 2. Uso de drogas y medicamentos.
 3. Fisioterapia.
 4. Climatoterapia.
 5. Psicoterapia.
 6. Terapia ocupacional, etc.

En el mejor de los casos abarcarán todo el campo de la Medicina preventiva y curativa, en el sentido que damos a estos términos en el cuadro anterior.

Antes de establecer los principios que deben presidir a la organización de las prestaciones médicas del Seguro de Enfermedad y a las relaciones que deben guardar con los Servicios de Salud Pública estatales, veamos algunos ejemplos que actualmente nos ofrecen instituciones de Iberoamérica.

El ejemplo del Seguro Social Obrero de Chile.

La Ley 4.054, que establece el Seguro Social Obrero contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, fué promulgada en septiembre de 1924. Su reglamento, expedido en abril de 1925, estableció la siguiente organización general:

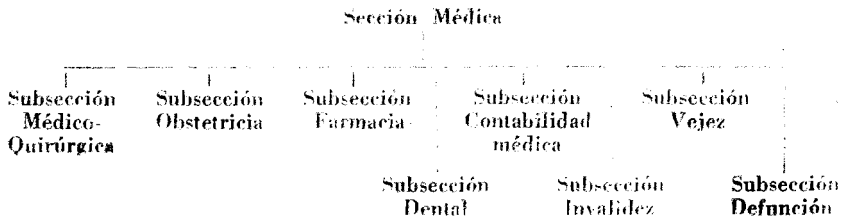


Este reglamento disponía, en su artículo 68, como atribuciones de la Sección de Asistencia Médica e Higiene: «El servicio de asistencia médica de los asegurados y la contratación de los servicios hospitalarios será dirigido por la Sección de Asistencia Médica e Higiene, cuyo jefe deberá ser médico titulado...» (10).

Al parecer, no se dió en la práctica a la Sección de Asistencia Médica sino atribuciones restringidas en la organización de las prestaciones médicas, ya que la Junta Central acordó designar, y de hecho designó, «médicos asesores» para cada Junta Local, y concedió a éstas la facultad de fijar tari-

fas de honorarios para «los médicos auxiliares» que cada una de ellas necesite contratar.

El «Primer Reglamento General del Servicio Médico» que se aprobó por la Junta Central dió a la Sección Médica la siguiente organización :



El Reglamento disponía: «Dependerán de la Sección Superior todos los servicios médicos que la ley ordena crear. Esta Sección estudiará, con los médicos asesores de la capital o de provincias, cuando juzgue necesaria su presencia en ésta, la mejor manera de desarrollar los servicios a su cargo...» (11)

Esa organización de la Sección Médica parece inspirada en el propósito de capacitarla para establecer únicamente prestaciones de Medicina curativa. Sin embargo, el artículo 3.º del Reglamento dice: «Corresponde al Servicio Médico:

a) Proporcionar a los asegurados enfermos los elementos necesarios para su curación.

b) Procurar la hospitalización de los asegurados en los establecimientos de beneficencia, en las clínicas propias del Servicio o en los establecimientos particulares cuando lo anterior no fuere posible.

c) El fomento o difusión de todas las vacunaciones que la experiencia haya establecido como eficaz; y

d) Ponerse de acuerdo con los propietarios o jefes de Empresas particulares industriales o de cualquier índole para indicarles todas las medidas de precaución o de higiene que

sea necesario implantar, a fin de impedir el desarrollo o la diseminación de las enfermedades» (11).

Como se ve, contempla, además de prestaciones de Medicina curativa, no sólo algunas actividades de Medicina preventiva, sino inclusive de higiene ambiental, especialmente del trabajo.

En cuanto a la organización de las prestaciones médicas mismas a los asegurados, el Reglamento no establece pautas definidas, ya que da a las Juntas locales la atribución de determinar «la forma de prestar auxilios médicos, farmacéuticos, etc., y el procedimiento que deberán seguir los asegurados para obtenerlas en conformidad con los recursos de la localidad».

«Las Juntas locales, de acuerdo con la Junta Central, celebrarán contratos con los hospitales, respecto a la utilización de las camas, institutos científicos, boticas y policlínicos, dependientes de ellos, así como con los sanatorios, casas de salud y demás establecimientos de atención médica de índole particular que haya necesidad de aceptar por ser imposible concurrir a los primeros...»

«Cada Junta local tratará con los médicos de su sector, individualmente o con las corporaciones que los representen, acerca del valor de los honorarios por atención médica o intervención quirúrgica» (11).

Biondi y colaboradores, en el trabajo anteriormente citado (10), consideran que el propósito de la Junta Central era, al parecer, que el servicio médico debía organizarse a base de médicos funcionarios. Pero ante las manifestaciones de protesta del Cuerpo médico, que propugnaba el principio de la «libre elección del médico por el enfermo», dicha Junta, por intermedio de uno de sus miembros, el doctor González Cortés, autor de la ley, entró en conversaciones con la Sociedad Médica de Santiago y con el Sindicato Médico de Valparaíso, y llegó a los siguientes acuerdos:

«1) Aceptar la libre elección de facultativos en los registros que abrirá la Caja, de acuerdo con la Sociedad Médica, para la atención de los asegurados, pero controlados los servicios de estos profesionales por el médico inspector.

2) Con respecto a la fijación de los honorarios profesionales, se estudiará una tarifa, de común acuerdo entre ambas entidades, que, consultando el estado financiero de la Caja, sirva de base para la renovación anual de los contratos; y

3) Fijar definitivamente estos acuerdos en la reglamentación que se dictará para la atención médica» (10).

Pero el Reglamento dejó, como hemos visto, la puerta abierta a diferentes modalidades de organización.

Efectivamente, de hecho, funcionaron desde el comienzo diversos sistemas, según las zonas del país. Comenzaron las prestaciones médicas, por el sistema de «libre elección», en Santiago, Valparaíso, Tarapacá, Talca, Concepción, Los Angeles y Temuco. Se organizaron servicios propios atendidos por «médicos funcionarios» en Antofagasta, La Serena, Chillón y Punta Arenas.

El sistema de libre elección fué abandonado primero en Valparaíso y reemplazado por la atención en «policlínicos» organizados y atendidos por médicos a sueldo fijo.

Las razones que se han dado para abandonar el sistema de libre elección han sido las siguientes:

«El sistema de la libre elección del médico por el enfermo, que en realidad satisface plenamente la conciencia del profesional, estaba destinada al fracaso en el régimen del Seguro Social, pues no existían las condiciones que hubieran asegurado su éxito: mayor cultura de la masa asegurada y mayor comprensión de la parte de muchos médicos y, especialmente, del comercio farmacéutico.

Luego se hicieron públicos y notorios los abusos de parte de los asegurados que consultaban, sin limitación alguna, bus-

cando la manera de obtener subsidio o de aprovechar la receta médica para venderla o entrar en acuerdos con las farmacias...»

Los gastos por honorarios médicos y despacho de recetas subieron así a sumas muy crecidas, incompatibles con el estado financiero de la Caja (10).

«Era necesario buscar otra fórmula para la atención médica, porque la libre elección amenazaba la estabilidad económica del Seguro Social, porque representaba una asistencia médica individualista, incontrolada y carente en absoluto de los postulados de la medicina preventiva y porque en el orden médico no faltaron profesionales acumuladores de bonos, y fueron muchos los asegurados que pretendían la obtención de subsidios en dinero, convirtiéndose en simuladores y exageradores de enfermedades.»

«Terminada la libre elección, fueron contratados médicos que daban la atención en sus consultorios particulares durante el año 1927 y parte de 1928. Fué así, mediante la asignación de un honorario, salvado el inconveniente económico de la atención médica, pero subsistía agravada la mala calidad de la asistencia médica. Ingresaron al Seguro Social los médicos de menor clientela privada, a quienes se les exigía 30, 40 y más reconocimientos diarios; sin ayuda para el diagnóstico de los institutos de investigación científica, sin la colaboración interprofesional (juntas médicas) en la parte terapéutica, con el uso de un arsenal restringido por el excesivo coste de las fórmulas y específicos comprados en las farmacias particulares.

Las protestas del elemento asegurado y la lucha en el cuerpo médico que mantenían los defensores de la libre elección, condujeron a los Poderes Públicos a dictar una ley que entregaba a la Beneficencia Pública la atención integral de los asegurados enfermos. La Beneficencia aumentó, en algunas partes, el personal que servía en los policlínicos y estimó que en esta forma debía servir las obligaciones que la ley impone al

Seguro Social. Difícil será para los que no tuvieron la suerte de inspeccionar esos Servicios que se llamaron fusionados (Beneficencia-Seguro), darse cuenta de la desorganización que en ellos reinó; de la promiscuidad en que se daban las atenciones, de las dificultades que encontraba el asegurado para ser atendido y de la irritante indiferencia y menosprecio con que el personal de la Beneficencia trataba al elemento asegurado» (12).

El primer paso hacia la creación de servicios propios de asistencia médica para los asegurados, se dió con la organización, dentro de la misma Beneficencia, de «policlínicos» destinados a atender exclusivamente a los asegurados. El autor de esta organización, doctor José Vizcarra, sintetiza la crítica a este tipo de atención médica en la siguiente forma :

«1.º Se trataba de una medicina practicada en forma esencialmente individualista.

2.º Ejercida sobre un número considerable de enfermos.

3.º Con ayuda no siempre completa y oportuna de los institutos de investigación científica.

4.º Con olvido de la medicina preventiva, la que se limitaba solamente a mantener consulta de lactantes (puericultura postnatal) (12).

Esta organización subsistió hasta marzo de 1932, en que por ley se devolvió a la Caja del Seguro Obrero los servicios de atención médica.

La organización que entonces se dió a los servicios médicos fué la siguiente :

La «Sección Médica», dependencia de la «Administración General», contaba con las siguientes reparticiones: Oficina de Control y Estadística, Oficina de Farmacia, Oficina de Invalidez, Oficina de Inspección y dos Consejos Técnicos, uno de madre y niños, y otro de tuberculosis. En cuanto a las prestaciones médicas a los asegurados, en «policlínicos» y farmacias propias de la Caja, atendidas por profesionales a sueldo

fijo. Se inició la atención especializada de la madre y el niño y se trazó el plan de creación «del armamento antituberculoso». En el medio rural se establecieron «postas» y «estaciones médico-rurales», que se diferenciaban en que con las primeras había un «practicante» residente, y eran visitadas periódicamente por médicos. Las segundas recibían la visita periódica de médicos y enfermeras para la atención ambulatoria de los enfermos que debían esperar allí.

En esta época comienza en los médicos del Seguro Obrero una nueva orientación, inspirada en el sentido social de la medicina. Se manifestó primero en Valparaíso con la publicación del libro *Medicina de la Previsión*, por el Director de los Servicios Médicos del Seguro Obrero en esa ciudad, doctor José Vizcarra, que preconiza que los siguientes principios deben orientar la atención médica de los asegurados:

«1.º Una medicina ejercida en colaboración de técnicos, con reconocimiento de jerarquía profesional.

2.º Que se ejerza sobre un número reducido de pacientes.

3.º Que se auxilie con su exagerado y obligado uso de los institutos de investigación diagnóstica (rayos X, laboratorio clínico, etc.).

4.º Que reconoce en la medicina preventiva una gran importancia para el futuro económico de la Caja y el mejoramiento racial de la nación.

5.º Que debe ser educativa en cuanto a hábitos higiénicos y de moral colectiva.»

«La realización de estos postulados se efectúa:

a) Organizando equipos médicos que examinan, diagnostican, tratan y determinan incapacidades en colaboración técnica.

b) Destinando a algunos médicos expertos a que seleccionen a los asegurados que aspiran a la prestación de servicios de la Caja; selección que se hará efectuando un verda-

dero control de la morbilidad y descubrimiento mediante la observación psicomédica, las exageraciones y simulaciones de enfermedad, tan frecuentes cuando la atención médica es absolutamente gratuita (*).

Esta selección de postulantes tiene un doble fin: permite disminuir el número de enfermos que serán atendidos por los equipos garantizados, reconocimientos correctos y exactos, y es educativa en cuanto a la perversión moral colectiva que engendran a la larga los exagerados y simuladores.

c) Instalando en los consultorios magníficos departamentos de radiología y laboratorios clínicos.

d) Dándole a la medicina preventiva su real importancia mediante la organización, dentro del consultorio mismo de departamentos de puericultura, pre y post natal con sus anejos, de la lucha antisifilítica, de la lucha antituberculosa y de la lucha anticancerosa» (12).

Esta tendencia se acentúa con los libros más crudos y más audaces de García Tello, Director de los Servicios Médicos del Seguro en Viña del Mar: *Estructurando la medicina del futuro*, publicado en 1933, y *La perspectiva de la medicina en los Seguros Sociales*, publicado en 1934.

García Tello parte del principio de que el ejercicio libre de la medicina ha fracasado: «La medicina individual, con la especialización y la multiplicación tecnológica, dentro del ejercicio libre, ha ido, día a día, adquiriendo relieves más dolorosos.

La medicina y los trabajadores médicos, en la práctica, poco a poco, han ido divorciándose en sus gabinetes de la masa enferma y poniendo su ciencia y sus adelantos, prácticamente, sólo al servicio de los que pueden pagar. La crisis, disminuyendo los que pueden pagar, ha venido a agravar esta situación a límites extremos» (13).

(*) N. del A.—«Especialmente cuando de ella depende la obtención de un subsidio en dinero.»

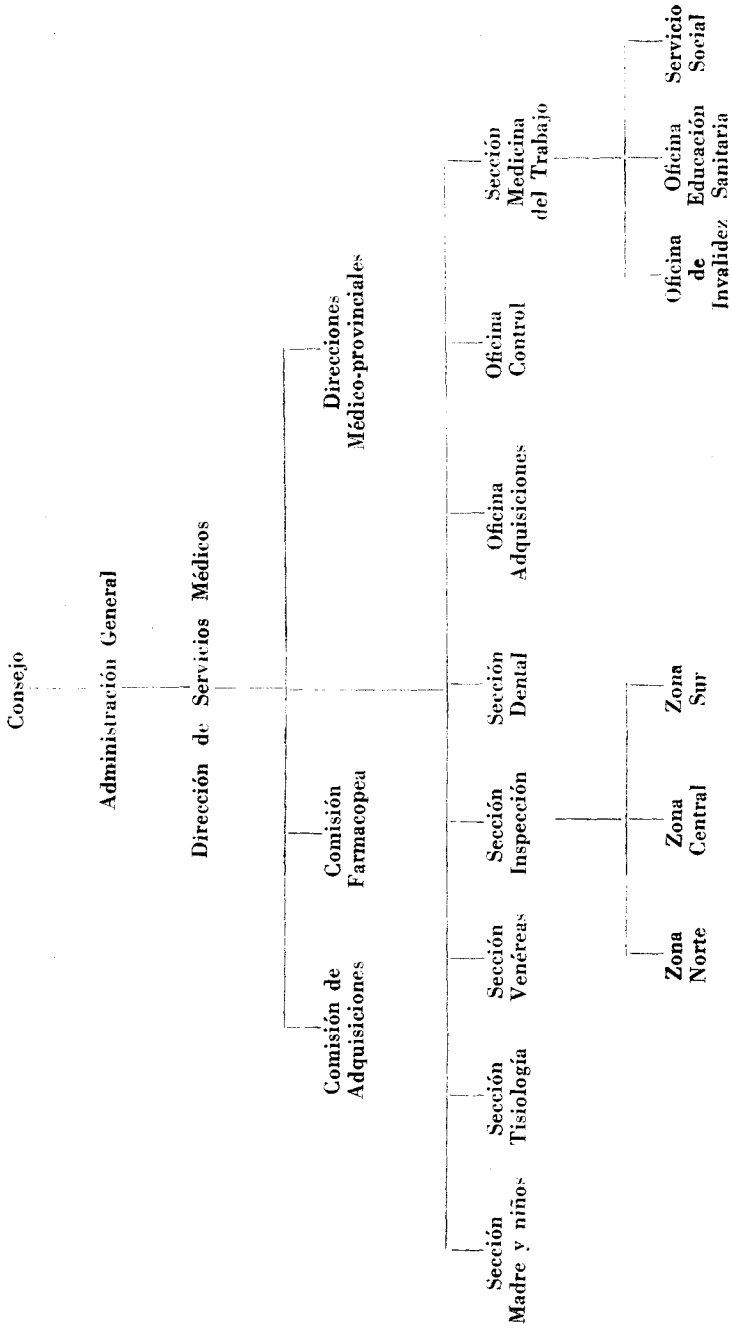
Considera que: «Los Seguros Sociales son instituciones de previsión, de origen estatal, tendientes a garantizar indemnidad biológica a todos los habitantes» (13), y que, por lo mismo, los servicios médicos comienzan a ser «una función social»: para ello es necesario que los servicios médicos adquieran unidad y organización. Señala tres actividades que requieren modalidades especiales de organización: la de medicina preventiva, que debe efectuarse entre las masas mismas (en los caseríos, granjas, escuelas, etc.), debido a la necesidad de modificar el medio ambiente que lo rodea; la de la medicina curativa, que debe practicarse en consultorios, «que deben distribuirse y realizarse en una justa proporción con la densidad de asegurados», y por último, «la organización de lucha contra la senilidad» (13).

La orientación social de la medicina en Valparaíso continúa con la publicación de un periódico, *Medicina Social*, que se inició en diciembre de 1934, y cuyo lema es «Una nueva medicina se acerca con bases técnicas, económicas y sociales diferentes. Debemos prepararnos».

Los médicos de Santiago siguieron pronto el ejemplo de los de Valparaíso y cambiaron la orientación y el título del *Boletín Médico* de la Caja del Seguro Obligatorio, que, a partir de diciembre de 1935 apareció con el de *Boletín Médico Social*.

Esta inquietud alcanzó su culminación en la «concentración» de los Médicos Directores Provinciales, en Los Maitenes, en diciembre de 1935. En ella, los jefes provinciales hicieron el análisis de sus servicios, su rendimiento, sus deficiencias, y llegaron a la conclusión de que era necesario: «reestructurarlos con miras a una política médico-social y preventiva más acentuada y eficaz para incluir sobre curvas de morbi-mortalidad nacional» (10).

Se procedió a la reorganización de los servicios médicos, que, después de varios cambios, a fines de 1938, quedaron organizados según el siguiente esquema:



22

Para la mejor organización de las prestaciones médicas se dividió el país en zonas «con sus respectivos centros zonales subdivididos, sucesivamente, en centros regionales, centros locales y centros primarios».

«En los centros zonales los servicios médicos contaban con las siguientes especialidades o «unidades», como se les llamó: Madre y Niño, Epidemiología, Tisiología, Médico Quirúrgica, Cardiología, Traumatología, Cancerología, Unidad Sanitaria»

«En el centro primario: Equipo, Madre y Niño, Médico Quirúrgico y Sanitario» (10).

En las áreas rurales se han establecido las llamadas «Postas rurales» y «Estaciones Médico-rurales», que se diferencian en que las primeras cuentan con un «practicante» residente y reciben la visita periódica de un médico. Las segundas son atendidas por equipo de médico y enfermera, que las visitan según un itinerario fijo.

La asistencia hospitalaria ha seguido atendida, principalmente, por la Beneficencia, según contratos con la Caja.

En cumplimiento de las directivas que emanaron de la concentración de los Maitenes, «que reconoció la necesidad de iniciar el examen de la salud de los obreros y organizar la lucha contra la tuberculosis y las enfermedades venéreas, se crearon equipos médicos de fábrica para practicar a los asegurados, en su propio centro de trabajo, exámenes clínicos generales y radiológicos con miras a determinar la morbilidad oculta e incipiente». Estos trabajos inspiraron al Ministro Cruz Coke a proponer la ley de Medicina Preventiva, que fué promulgada con el número 6.174 en enero de 1938.

Esta ley establece «el examen sistemático periódico y obligatorio de los imponentes de todas las Cajas de Previsión, lo que en su conjunto representa el primer ensayo en nuestro país de una Medicina dirigida, con el objeto de prevenir y descubrir precozmente el desarrollo de la tuberculosis, la lúes y las enfermedades cardiovasculares, que, en conjunto, re-

presentan más del 50 por 100 de las causas de mortalidad general y de invalidez prematura» (14).

Por otra parte, la Administración General del Seguro Obrero inicia la «política inversionista» orientándola también en sentido social. Se hicieron inversiones en viviendas obreras, Central de Leche, Laboratorio de Chile para la preparación de drogas y medicamentos, almacenes de vestuario, etc.

Como se ve, el Seguro Social Obrero en Chile trata de asumir íntegramente las actividades de Salud Pública frente a sus asegurados.

Esa orientación, esencialmente preventiva e inspirada en el concepto social de la Medicina, subsiste hasta hoy.

La organización de los servicios médicos también subsiste con ligeras variantes.

Actualmente, el Departamento Médico de la Caja del Seguro Obrero está constituido por las siguientes reparticiones:

Dirección General.

Inspección Médica.

Sección Control Económico.

Sección Bio-Social.

Sección Medicina del Trabajo.

Sección Madre y Niño.

Sección Tisiología.

Sección Venereología.

Sección Educación Sanitaria y Perfeccionamiento Científico.

Sección Farmacia.

Sección Dental.

Sección Invalidez.

Sección Servicio Social.

«La Dirección General está a cargo de un médico jefe responsable de la marcha del Servicio. Existe un Comité Técnico Asesor, compuesto por el médico jefe, los médicos inspectores

de zona y los jefes de Secciones. Este Comité cuenta con una Comisión Permanente de Planificación y Coordinación de los Servicios, con orientación preferentemente epidemiológica; debe concretar su acción en determinadas zonas o regiones, con vista al control sanitario de los grupos familiares, al saneamiento del ambiente, que es indispensable, y al fomento de la salud» (15).

Esta orientación ha hecho resaltar la necesidad de establecer la coordinación de actividades del Seguro Social con el Servicio Nacional de Sanidad, con la Dirección de Beneficencia y Asistencia Social y con los municipios, entidades que en Chile ejercen independientemente funciones conexas.

Ha sido también en Valparaíso donde se ha iniciado el movimiento en favor de la coordinación. Efectivamente, los médicos de Valparaíso, doctores José Vizcarra, Víctor Grossi, Eduardo Grove, Salvador Allende y Baldomero Arce Molina, presentaron a la «Tercera Convención Anual de la Asociación Médica de Chile», reunida en Santiago en septiembre de 1937, una ponencia titulada «Necesidad de un plan nacional y comprensivo para el cuidado de la Salud Pública». Proponían la creación de una Dirección de Salud Pública, organismo superior, autónomo, ejecutivo y director, que concentrará todos los recursos económicos destinados actualmente a la asistencia médicosocial y sanitaria, ya sea que provenga del Estado, de la Previsión, de las municipalidades, o sean patrimoniales» (16).

Al discutirse el tema en una asamblea extraordinaria, celebrada en Valparaíso en febrero de 1938, se manifestaron dos tendencias diferentes: la que propiciaba «la función» de los recursos y servicios bajo un comando único y la que preconizaba «la coordinación» de servicios de las diferentes entidades, cada una de las cuales debería conservar su individualidad. La asamblea aprobó por mayoría el siguiente acuerdo: «Que la mejor fórmula de obtener una organización

eficiente es la fusión del Servicio Nacional de Salubridad, de la Beneficencia y Asistencia Social, de los Servicios Médicos de la Caja del Seguro Obligatorio y de los Servicios Municipales de la República» (17).

Este acuerdo no se hizo efectivo, y el tema fué nuevamente discutido en otra convención de la Asociación Médica de Chile, en abril de 1939. Esta vez se aprobó por unanimidad un plan más racional propuesto por la Dirección de Previsión. El plan consistía en lo siguiente :

«1.º El proyecto de unificación de los Servicios Médicos, a lo largo de todo el país, para la atención de los asegurados, sus familiares y los indigentes, que deben ser atendidos mediante la creación de los comandos únicos en la organización de los Servicios que enfoquen los grandes rubros de la morbo mortalidad nacional (Madre y Niño, Venéreas, Tuberculosis, Enfermedades generales).

2.º La mantención de un organismo estatal que tenga a su cargo la función sanitaria pura (exclusión de la tarea medicocurativa) y la aplicación de las disposiciones del Código Sanitario.

3.º Para realizar estas aspiraciones de orden médico puro se estimó que era indispensable implantar en el país el Seguro Social Nacional sobre bases amplias y con cobertura generosa de los riesgos, desde el paro forzoso hasta la orfandad», etcétera (18).

En esos momentos se estaba ya ensayando en pequeña escala un sistema de fusión de servicios sanitarios y asistenciales. Producido el terremoto que asoló las provincias de Maule, Ñuble, Concepción y Arauco, se organizó un «Servicio de Salubridad de Emergencia», que unificaba, bajo un solo comando, los recursos y servicios de la Caja de Seguro Social, la Beneficencia y Sanidad de la zona afectada. Los resultados obtenidos con esta medida durante el período de emergencia

fueron satisfactorios: «En términos generales, es posible afirmar que con la fusión han desaparecido las barreras creadas por la acción aislada de cada uno de los servicios, facilitando el rodaje administrativo y haciendo más simple y rápida la atención de los enfermos...»

«Los materiales con que contaba cada una de las reparticiones anteriormente existentes han sido puestos indistintamente al servicio de la causa y finalidades comunes de atender oportuna y eficazmente a todos los ciudadanos...»

«Con la fusión de los servicios se ha logrado gestar en el personal médico y «para médico» una solidaridad en el trabajo, que ha eliminado la lucha de competencias...»

«La acción fusionada ha permitido la creación de nuevos servicios en lugares que hasta entonces nunca disfrutaron de atención médica permanente» (19).

Es muy probable que en el éxito obtenido en esta organización haya tenido no poca influencia el hecho de haberse creado en un momento de emergencia dolorosa de repercusión nacional, bajo cuyo influjo las voluntades se aúnan y solidarizan fácilmente.

Efectivamente, después de algún tiempo, comenzaron a presentarse dificultades administrativas por la diversidad de normas y regulaciones de las entidades unificadas en sólo una parte del país, y al cabo de pocos años el servicio unificado fué disuelto.

Los propósitos de los médicos de Chile para hacer extensiva a todo el país la fusión de los servicios sanitarios, ensayada en la zona afectada por el terremoto, prosiguieron, especialmente en Valparaíso, como lo demuestra el hecho de que en «la concentración» de la Asociación Médica de Valparaíso, llevada a cabo en noviembre de 1939, se presentaron varios trabajos relacionados con el tema, y después de discutirlos se llegó a la conclusión de que las condiciones geográficas, demográficas y de vitalidad de la provincia eran favorables

para implantar la unificación de los servicios, y que, como un primer paso preparatorio, proponían «la racionalización de los actuales servicios que la Beneficencia, Sanidad, Seguro Obligatorio y Municipalidades mantienen, y con el objeto de mejorar las condiciones en que se efectúan las luchas antituberculosa y antivenérea; la protección médica de madre y niño y la asistencia médica preventiva, curativa y sanitaria de la población rural». Para hacer efectiva esta «racionalización, propusieron un sistema de servicio unificado, constituido por un centro médico zonal constituido por tres unidades de trabajo: Antituberculosa, Antivenérea y de Protección Infantil. Este centro, ubicado en Valparaíso, estaría conectado funcionalmente con centros secundarios y con «postas rurales» (20).

Este movimiento no quedó circunscrito a Valparaíso. En la convención médica del Seguro Obligatorio, llevada a cabo en Cauquenes en julio de 1940, se trató nuevamente el asunto, y se propuso:

1.º La socialización del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y su coordinación con el Seguro Obligatorio de Enfermedad, Invalidez, Vejez y Muerte.

2.º La ampliación del campo de aplicación del Seguro a todos los obreros, empleados, profesionales y pequeños comerciantes, así como a sus familias.

3.º La organización de los servicios de previsión en un solo sistema, centralizado técnica y financieramente y descentralizado administrativamente, según una división zonal del país.

4.º Mantenimiento de un organismo estatal que tenga a su cargo las siguientes funciones, consideradas de carácter estrictamente sanitario:

- a) La profilaxis de las enfermedades transmisibles.
- b) La profilaxis sanitaria internacional.

- c) El saneamiento urbano y rural.
- d) La higiene industrial.
- e) La policía sanitaria, que comprende: el control de los productos medicinales, el control de los alimentos, la policía mortuoria, el ejercicio de la Medicina y profesiones similares, y el control de la prostitución.
- f) La educación y propaganda sanitaria.
- g) La demografía y bio-estadística.
- h) La higiene escolar.
- i) Los institutos de higiene y bacteriología (21).

Este plan no se ha cumplido. Está todavía pendiente del Congreso el proyecto de reforma de las Leyes 4.054, 4.055 y 6.174 para implantar un solo sistema de Seguridad Social, que abarca prácticamente los dos primeros puntos del plan.

Puede decirse, sin embargo, que se ha conseguido ya un resultado parcial con la implantación en Valparaíso y Viña del Mar, desde 1940, de un servicio coordinado para la campaña antivenérea, que hasta ahora subsiste y funciona bien, y más tarde con la coordinación de la campaña antituberculosa.

Resumen crítico.—Chile, país iniciador del Seguro Social de Enfermedad en América, ha pagado tributo a la inexperience. Hemos visto que, al organizar por primera vez las prestaciones médicas, lo hizo sin un estudio previo de la magnitud del problema y de sus diferentes aspectos. Adoptó, simplemente, el sistema de la «libre elección» absoluta del médico por el asegurado, sin adecuados sistemas de control. Los resultados fueron tan desfavorables, que muy pronto tuvo que abandonarse. Hemos visto también que la segunda modalidad de organización que se adoptó, y que consistió en la simple entrega de los servicios a la Beneficencia, sin una preparación previa adecuada de esta institución, dió resultados aún peores.

Sólo en una tercera etapa, con la implantación de servicios

propios organizados de acuerdo a un plan general, en el que se tomaron en cuenta los factores de número de asegurados, características geográficas y de facilidades de comunicación, etcétera, ha podido el Seguro Obrero de Chile desenvolverse y adquirir la eficiencia y el prestigio que hoy tiene.

La iniciación de esta etapa ha coincidido con un movimiento filosófico de los médicos, iniciado en Valparaíso, en el sentido de que la Medicina es disciplina social llamada a actuar, no sólo sobre el enfermo individualmente, sino principalmente sobre su medio social, a fin de modificar las condiciones responsables de las enfermedades. En la organización de las prestaciones médicas se ha contemplado, en consecuencia, no sólo servicios de atención médico-quirúrgica general y especial, sino servicios especiales preventivos para hacer campañas contra determinadas enfermedades predominantes o de importancia social: Tuberculosis, Venéreas, Protección Materno-Infantil.

El desarrollo pujante del Seguro Social Obrero de Chile lo ha llevado al terreno de los servicios públicos de sanidad, y se han producido las consiguientes duplicaciones y hasta interferencias de actividades. Hemos visto cómo los médicos de Chile han sentido la necesidad de coordinar, o aun de fusionar, los recursos y actividades, mal delimitadas, de las instituciones que en Chile tienen por finalidad la defensa de la salud colectiva. Hemos visto también cómo, no obstante reiterados y persistentes esfuerzos de los médicos en asambleas y concentraciones públicas, no se ha conseguido el fin propuesto, sino en forma muy parcial.

El ejemplo del Seguro Obrero del Perú.

El Seguro Social Obrero, que cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, fué implantado en el Perú en agosto de 1936.

El artículo 55 de la Ley dispone que: «Para atender el cumplimiento de los fines indicados por la presente Ley se crea, con personería jurídica, la Caja Nacional de Seguro Social.»

El artículo 56 dice: «La dirección administrativa, financiera y técnica de la Caja Nacional de Seguro Social estará a cargo de un Consejo Directivo» (6).

Entre los miembros del Consejo Directivo figura el Gerente general de la Caja Nacional de Seguro Social, que es prácticamente quien administra y dirige la marcha de la Institución.

En el primer Boletín mensual emitido por el Gerente, doctor Rebagliatti, en marzo de 1937, se exponía el siguiente «Plan» de Organización de los Servicios asistenciales: Para el otorgamiento de las prestaciones que la Caja debe conceder a los asegurados en los casos de enfermedad y maternidad, se requieren dos géneros de organización, según que ella se refiera a la prestación misma de los servicios o a la formación material de los establecimientos donde deben producirse.

En orden al segundo de estos aspectos, la Caja orienta la preparación de un plan, que comprende:

a) La construcción de hospitales para los asegurados o la habilitación de salas especiales para los mismos en los actuales hospitales de las Sociedades de Beneficencia Pública.

b) Construcción de consultorios en todos los departamentos y provincias comprendidos en la Ley, con capacidad que guarde relación con las poblaciones obreras afectadas al Seguro Social, y con disposición de utilaje de diagnóstico y tratamiento requerido.

c) Construcción, en igual forma y condiciones, de maternidades y departamentos de lactantes.

d) Organización de una red de postas médicas rurales, conectadas con los servicios asistenciales de una unidad cercana.

Para la ejecución de este plan es indispensable una copiosa información estadística, demográfica, hospitalaria y de trabajo, que constituyen la base de una acción eficaz, que debe completarse con algunas investigaciones especiales en orden a las condiciones de sanidad e higiene de las poblaciones agrícolas y sobre morbilidad general del país, para así adelantar el capítulo de la Medicina preventiva, que incumbe ejecutar a la Caja Nacional de Seguro Social en función de su objeto y en razón de la defensa de su economía» (22).

En abril de 1937 se estableció el Departamento Médico de Higiene y Asistencia Social, que inició sus actividades haciendo un recorrido de las provincias del país que estaban comprendidas en la aplicación inmediata de la Ley.

El objeto de este recorrido era hacer un estudio de la población asegurada y sus condiciones generales de vida, características sanitarias de los centros poblados y datos sobre morbilidad y mortalidad y sobre hospitales y otros servicios de asistencia médica existentes.

Terminado el estudio en cada zona del país, se procedía a trazar un plan de organización de servicios médicos propios para los asegurados.

Era propósito de la Caja organizar servicios propios para la atención en consultorios y a domicilio y contratar la asistencia hospitalaria con las sociedades de beneficencia o con establecimientos privados, «si ellos pudieran brindar asistencia eficiente y diferenciada de la que otorgan a los indigentes». Pero el estudio de las características y coordinación de los hospitales existentes en el país demostró que la mayor parte de ellos carecían de los requisitos mínimos para prestar una buena asistencia; que su modernización y mejoramiento requerían inversiones cuantiosas que no se especificaban, dado que con inversiones no mucho mayores era posible construir hospitales modernos, convenientemente ubicados, capaces de brindar todas las facilidades y comodidades que ahora son

necesarias para una adecuada y completa atención médica, cosa que no sería posible con simples remiendos a las viejas casonas o antiguos conventos, que en la mayor parte eran los hospitales de beneficencia. Se impuso, pues, la solución de construir hospitales propios.

Para cada zona estudiada se trazó un plan de organización, que, en esencia, consistía en un sistema escalonado de centros de atención médica contruídos por un hospital o centro principal conectado funcionalmente con consultorios (políclínicos), más o menos completos, y con «postas» de atención rural y consultorios ambulantes montados en vehículos motorizados. En la ubicación de estos centros de atención se tomaron en cuenta todos los factores que se consideraba que influían en el mayor rendimiento de ellos: densidad de asegurados, distancia y facilidades de comunicación con los centros de trabajo que debían atender, recursos de las poblaciones, etc.

La magnitud de la obra que significa construir, montar y organizar hospitales modernos ha absorbido, como es natural, los recursos disponibles y las actividades de los dirigentes de la Caja Nacional de Seguro Social durante los primeros años, tanto más cuanto que en el Perú se carecía de experiencia sobre organización y administración hospitalaria.

Diversas circunstancias han contribuído a retrasar considerablemente el desarrollo del programa trazado. En primer lugar, el estallido de la guerra mundial, cuando apenas se había iniciado el programa de construcciones y de adquisiciones de equipos, al cerrar el mercado europeo primero y al crear mayores restricciones después, no sólo dió por resultado el encarecimiento, sino aun la imposibilidad de adquirir materiales de construcción y equipos modernos de hospitales. En segundo lugar, la situación económica y política del país no permitió hacer la revisión oportuna prevista por la Ley de los cálculos actuariales, a fin de reajustar los recursos con las

necesidades, y mantuvo una situación prolongada de desequilibrio financiero.

Felizmente, la Ley, cuyo autor había captado la experiencia extranjera y aquilatado las dificultades y deficiencias de las prestaciones médicas que la falta de «utilaje sanitario propio» trae consigo, dispone «que el pago de las cuotas de los trabajadores sólo se hará efectivo después de establecer en sus respectivas circunscripciones los servicios médicos asistenciales», lo que equivale a decir que sólo entonces comenzará a funcionar el sistema recíproco de las cuotas y las correlativas prestaciones. Entre tanto, la cotización del Estado y la provisional y reducida de los patronos forman un capital ajeno a las exigencias financieras del sistema propiamente dicho, que se aplica exclusivamente a la adquisición del utilaje sanitario propio (23).

En todo caso, tal política y circunstancias tales han dado por resultado el predominio, diremos mejor, la orientación casi exclusivamente curativa de las prestaciones del Seguro de Enfermedad en el Perú.

En el campo de la prevención, la Caja Nacional de Seguro Social se ha limitado prácticamente a prestar su colaboración económica a la campaña antimalárica que el Ministerio de Salud Pública ha emprendido en forma sistemática en el país.

Sin embargo, esta situación, que hubiera sido pasajera, tiende a consolidarse, porque se ha producido un cambio en la posición doctrinaria de los dirigentes del Seguro Social Obrero. En el año 1944, el doctor Rebagliatti, autor de la Ley y fundador de la Caja Nacional del Seguro Social, dejó la Gerencia General de la Caja. Los médicos que actuábamos en la Dirección Médica dejamos también la institución. El doctor Guillermo Almenara asumió la Gerencia General; suprimió la Dirección Médica, que la reemplazó por la Superintendencia General de Hospitales, ratificando así la política hospitalaria y esencialmente curativa de la Caja.

Tanto el doctor Rebagliatti, como los médicos que trabajamos en la Dirección Médica hasta 1944, habíamos manifestado en repetidas oportunidades la conveniencia de orientar la política del Seguro en sentido preferentemente preventivo.

Hemos ya mencionado que, al exponer el «Plan de Organización de los Servicios Asistenciales», en el primer Boletín de la Caja Nacional de Seguro Social (22) se señalaba como incumbencia del Seguro la Medicina preventiva. Este concepto ha sido ratificado en varias otras oportunidades por el doctor Rebagliatti: en junio de 1937, al exponer la «Doctrina, Fines y Técnica del Seguro Social», decía: «El Seguro de Enfermedad cumple tres funciones, pues propende a la asistencia y curación (terapéutica), a la reparación del daño económico emergente (subsidio) y a la defensa de la salud (prevención).»

«La obra preventiva del Seguro Social se propone:

a) Estimular y contribuir a la higiene de los asegurados y sus familias.

b) Poner al alcance de los asegurados todos los medios de acción encaminados a descubrir y tratar las enfermedades desde sus primeros síntomas; y

c) Luchar, en coordinación con los organismos públicos, contra las enfermedades sociales, propugnando el diagnóstico precoz, la selección de los enfermos contagiosos y la defensa de las personas amenazadas.

La ejecución de estos fines conduce al ideal de la Medicina preventiva, meta de la asistencia social, ya que interesa más que el paciente aislado la lucha contra las enfermedades, flagelo de los pueblos y causa mediata de su desvalorización racial» (24).

Poco después, en 1938, en un folleto sobre «Los servicios asistenciales del Seguro Social Obligatorio en el Perú», que ya hemos citado, y que fué preparado con motivo de la

VIII Conferencia Internacional Americana, al tratar de «la organización asistencial» y exponer la labor realizada por la Caja Nacional de Seguro Social, decía: «Esa tarea no se ha limitado a plantear los servicios asistenciales en las diversas regiones comprendidas en la Ley del Seguro Social con vistas sólo a las prestaciones de carácter curativo, sino que se ha orientado muy principalmente al estudio de las características morbíficas del medio en que ha de actuarse y a las diferentes causas determinantes de tales características, para trazar así el programa de acción de la Caja desde el punto de vista preventivo» (25).

Más tarde, en 1942, en la ponencia oficial sobre «Eficacia y Economía de las Prestaciones Médicas y Farmacéuticas en el Seguro de Enfermedad», presentado al Congreso Interamericano de Previsión Social de Santiago de Chile, al referirse a la evolución de las doctrinas sociales y a la difusión y extensión del Seguro de Enfermedad, dice: «Coincide el crecimiento de los beneficiarios con la difusión de las prestaciones, limitadas a su vez, en los comienzos, a la reparación parcial de los salarios dejados de percibir, y completadas luego con los cuidados médicos y el suministro de medicamentos, la *prevención de las enfermedades* y la *asistencia a la familia*.

Las transformaciones depuran el concepto de la integridad de la previsión y reconocen las posibilidades de la profilaxis en la custodia de las reservas humanas y en el mantenimiento de las fuerzas generadoras de la prosperidad general» (26).

Por nuestra parte, en 1938, en un artículo titulado «Organización funcional y Unidad de Asistencia Hospitalaria», decíamos: «Se ha hablado ya mucho entre nosotros sobre la evolución del concepto que rige la atención del enfermo económicamente débil: sanidad, asistencia y previsión son las tres etapas de este concepto social.

Se ha hablado también, aunque con menos insistencia, sobre la evolución del rol de la Medicina simplemente curativa

a reparadora del daño producido, al de Medicina preventiva, cuya misión es evitar que aquél se produzca.

Pero sobre las aplicaciones prácticas de esos conceptos se ha dicho y hecho aún muy poco, y creemos que vale la pena insistir...»

«No está demás decir que estos conceptos son los que están inspirando el planeamiento de los hospitales y, en general, de los servicios asistenciales del Seguro Social...»

Al hablar de las finalidades del hospital, decíamos: «Un hospital debe desempeñar, en una localidad dada, el papel de un centro primario de asistencia médica...»

«Fundadamente deberá hacer Medicina preventiva quiere decir captar al enfermo desde la iniciación de su enfermedad, si es posible antes de que el mismo se sienta enfermo, cosa que sólo se conseguirá mediante exámenes de salud, o sea, exámenes médicos de supuestos sanos, labor fundamental, especialmente cuando se trata de enfermedades de larga evolución (cardiopatías, por ejemplo), y en especial de la tuberculosis» (27).

En septiembre de 1941, en un oficio dirigido al Gerente general de la Caja, pidiendo la ampliación de la Dirección Médica, decíamos: «Creemos que ha llegado ya el momento, ahora que se están poniendo en marcha los diversos servicios asistenciales, de iniciar en forma organizada y sistemática la labor esencialmente constructiva y médicopreventiva de la Caja, y dotar a la Dirección Médica de los órganos indispensables para esa labor.»

Por último, en 1943, en un trabajo sobre «Organización de trabajo médico y Seguro Social», al preconizar el trabajo médico en equipo organizado de médicos general y especialistas y técnicos auxiliares, decíamos: «Es el Seguro Social la institución más capacitada para hacer efectiva la organización de trabajo que preconizamos. Una serie de circunstancias se reúnen para permitirle llevarla a cabo en las condiciones más

favorables: ante todo, la finalidad con que ha sido instituido es la de proteger la salud del obrero, y para ello debe orientar la actividad de sus servicios asistenciales *principalmente en sentido preventivo*; debe esforzarse por captar al enfermo lo más precozmente posible, a fin de evitar que la enfermedad ocasione incapacidad para el trabajo. Una numerosa población obrera, previamente registrada, constituye la clientela estable que debe atender, lo que garantiza la observación frecuente, y prolongada durante muchos años, de cada asegurado por el mismo equipo médico. Sus recursos económicos le permiten dotar a cada centro de trabajo médico de todas las costosas instalaciones y elementos de diagnóstico y de tratamiento y de los equipos de médicos y técnicos auxiliares hoy necesarios. La colaboración del Servicio Social permite al médico general del equipo conocer y actuar sobre el ambiente social que rodea al asegurado, ambiente cuya importancia como factor determinante de enfermedades es cada vez más reconocido» (28).

En resumen: la posición doctrinaria del Seguro Obrero del Perú desde su fundación hasta 1944, en cuanto a las prestaciones del Seguro de Enfermedad, era la de considerar que éstas no debían limitarse a la asistencia curativa de los enfermos que se presentan a solicitarlas, sino que debía ser fundamentalmente preventiva. Se tenía el propósito de convertir cada centro de asistencia médica (hospital, consultorio, posta rural) en «un centro de salud destinado a prevenir las enfermedades y promover la salud en la zona que sirve, y no actuar simplemente como un taller de reparaciones del enfermo o accidentado», siguiendo el principio proclamado en 1929 por el Primer Congreso Internacional de Hospitales de Atlantic City.

El cambio de orientación doctrinaria no significa que los actuales dirigentes del Seguro Social en el Perú desconozcan la importancia primordial de la Medicina preventiva; quiere

decir simplemente que consideran que ella no es incumbencia del Seguro Social, por lo menos tal como ha sido implantado en el Perú, sino de los servicios nacionales de Salud Pública.

Es éste, evidentemente, el punto fundamental en el tema que tratamos, y para evitar repeticiones vamos a reservar su discusión para cuando abordemos el aspecto doctrinario general del asunto.

En el Perú acaba de implantarse el Seguro Social de Empleados. Su organización está todavía en etapa provisional, y, por consiguiente, no es pertinente un estudio analítico de él. Pero en el curso de nuestro trabajo, al tratar de las modalidades de organización, vamos a tener oportunidad de utilizar la experiencia que esas etapas iniciales ha podido ya brindarnos.

PRINCIPIOS QUE DEBEN INSPIRAR LA ORGANIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD.

1.º *Finalidad.*—Al plantearse el problema de la organización de las prestaciones médicas del Seguro de Enfermedad se debe, ante todo, precisar cuáles son los propósitos que se persiguen con su implantación.

No vamos a discutir aquí, por no apartarnos demasiado del tema concreto que nos proponemos desarrollar, la conveniencia de involucrar en el Seguro de Enfermedad el de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que, desde el punto de vista técnico de la organización de las prestaciones médicas, constituyen una unidad indisoluble.

Hemos visto ya que la doctrina que se ha impuesto y proclamado desde la Conferencia Interamericana del Trabajo, reunida en Santiago de Chile en 1936, señala como finalidad del Seguro: a) Prevenir, en la medida de lo posible, la pérdida prematura de la capacidad de trabajo. b) Hacer cesar o

Posiblemente podrían multiplicarse las citas, pero creemos que las que acabamos de hacer son más que suficientes.

Veamos ahora cuál es nuestra propia experiencia. Ella es un tanto desconcertante: Efectivamente, hace años que funcionan en el Perú los Centros Médicos Materno-Infantiles, en los que se da técnicamente atención médica preventiva y curativa a embarazadas y niños. En la práctica, la atención preventiva es muy reducida, y en los casos que se presta es incompleta y de pocos alcances. La razón en este caso parece ser que la numerosísima clientela de enfermos que acuden a esos centros absorbe la casi totalidad de la atención e interés de los médicos, y aun sobrepasa la que para una eficiente y cuidadosa asistencia curativa sería necesaria.

Cosa análoga sucede en los «dispensarios antivenéreos», que se limitan a prestar atención curativa a los enfermos que espontáneamente se presentan. Rara vez se consigue atraer a los contactos y familiares.

En los «dispensarios antituberculosos», en que se ha establecido cierta separación entre prevención y curación, es en donde se ha conseguido mucho más éxito y se hace labor preventiva en mucho más escala y más efectiva. Sin embargo, la separación entre prevención y curación no es completa, puesto que en el mismo dispensario, y a veces el mismo equipo médico, hace por las tardes el examen tuberculino radiológico, y por las mañanas, el tratamiento de los enfermos.

Otra experiencia interesante es la que hemos observado en Ica, donde se está llevando a cabo un ensayo de organización de un servicio sanitario descentralizado e inspirado en un amplio concepto sobre las actividades de Salud Pública que le incumben.

Se ha pensado que una manera de conseguir que la población comprenda por sí mismo la importancia de la Medicina preventiva es poner a su alcance un centro dedicado exclusivamente a practicar exámenes generales de salud a supuestos

sanos, inmunizaciones de eficacia reconocida y consejos para la conservación de la salud. Se ha pensado también que para evitar que las actividades curativas adquieran paulatino predominio sobre las atenciones preventivas hasta reducirlas al mínimo, como sucede en los centros en que se mezclan ambas, aquellos casos en que el examen demuestre alteraciones, aunque sean leves, que requieran tratamiento curativo, los enfermos deben ser referidos a su médico privado o a los consultorios del Hospital de Beneficencia o Seguro Social que funcionan en Ica.

Esta política no ha conseguido hasta ahora interesar a la población en el examen médico seguido de simples consejos, que la mayor parte los encuentran superfluos e inoficiosos. Se tiene ya el propósito de implantar un servicio de asistencia médica curativa íntimamente coordinado con el anterior.

En Arequipa se ha establecido también un centro de Medicina preventiva inspirado en los mismos principios, y los resultados son iguales.

Podemos deducir, en conclusión, que el Seguro de Enfermedad, tanto por su propia doctrina como por razones técnicas de organización, debe tener por finalidad otorgar prestaciones completas de Medicina preventiva y curativa.

2.º *Campo de aplicación.*— Es otro de los factores que hay que tener en cuenta al organizar las prestaciones médicas.

El Seguro Social se inspiró, en su origen, en la doctrina que consideraba necesario y justo compensar al asalariado por el daño económico resultante de la pérdida de su capacidad de ganar. Es por esto que, al principio, su campo de aplicación se restringió al asalariado industrial, y paulatinamente se fué extendiendo a todos los demás asalariados de limitados recursos económicos.

La doctrina británica de Seguridad Social, traducida en el Plan Beveridge, se inspira en una concepción filosófica distin-

ta, y busca una finalidad diferente. La doctrina de la solidaridad social en el infortunio y la finalidad práctica de combatir la miseria y sus causas.

Estos conceptos conducen a la ampliación, más aún, a la generalización del campo de aplicación de la Seguridad Social a toda persona que necesite protección.

Esta doctrina ha sido ratificada en la Conferencia de Filadelfia en abril de 1944, en la que se aprobó una declaración de principios bajo el nombre de la Carta de Filadelfia. Se hicieron «recomendaciones» sobre los medios más adecuados para llevar a cabo los objetivos formulados. Entre las recomendaciones referentes a asistencia médica se señala «la extensión de la asistencia médica a la población íntegra por medio del adecuado servicio cuya organización y composición habría de ser fijada por la Ley.» (29).

Por otra parte, la implantación de servicios médicos públicos para la atención de grandes masas humanas ha conducido a la deshumanización de la Medicina (si se nos permite esta expresión).

«Estos sistemas han sido desarrollados por razones de economía administrativa, pero tienden a hacer del trabajo de Salud pública algo impersonal y alentar la actitud de que las gentes son especímenes de salud o de enfermedad más que personas y miembros de unidades familiares.» (33).

Al meditar sobre estos hechos se ha venido a recordar «el simple, pero frecuentemente olvidado hecho que el individuo, hombre o mujer, no es, por sí solo, una unidad biológica completa, y solamente llega a serlo cuando de su unión nace el niño» (33). La familia no es sólo una unidad biológica, sino es también la unidad sociológica.

No podemos concebir la sociedad constituída únicamente por individuos aislados, sino por familias.

La influencia de estas doctrinas se ha dejado sentir en las legislaciones posteriores. Es así como la flamante Ley boliviana-

na de Seguro Social, promulgada en diciembre de 1949, hace extensivo su campo de aplicación a «todo individuo que vive del producto de su trabajo, sin distinción alguna en cuanto a la personalidad o condición del patrono y la cuantía o forma de remuneración. Comprende a los trabajadores de todas clases, patronos públicos y privados, empleados y obreros, incluyendo a los aprendices y a los miembros de las cooperativas de producción...»

«El Seguro Social protege a los trabajadores y a los miembros de su familia contra los riesgos de disminución o pérdida de la capacidad laboral por causa de enfermedad, invalidez, muerte (imputable a no al trabajo), maternidad y vejez.» (34).

En los países cuyas Leyes, por estar inspiradas en las primitivas doctrinas, son restrictivas en su campo de aplicación, hay, por lo menos, inquietud, si no un franco movimiento orientado a reformarla, inspirándose en los nuevos principios.

La restricción del campo de aplicación del Seguro de Enfermedad paradójicamente complica la organización de las prestaciones médicas, porque obliga a las instituciones aseguradas, o bien a establecer servicios propios, duplicando los que otras instituciones estatales (Beneficencia o Asistencia social) deben administrar para atender a la población no asegurada, o bien a contratar total o parcialmente los servicios de tales instituciones.

En el primer caso, la duplicación significa, por lo menos, despilfarro, y, frecuentemente, interferencias y conflictos de atribuciones. Para corregir estos inconvenientes se impone la necesidad de delimitar con precisión las atribuciones y coordinar adecuadamente las actividades; pero hemos visto, por la experiencia de Chile, cuán difícil es conseguirla cuando las instituciones tienen ya larga vida anterior.

En el segundo caso, además de que no sería justo confundir a los asegurados con los indigentes, otorgándoles la misma asistencia, la calidad y eficiencia de la atención médica a los ase-

gurados sufren por la falta de tutela directa de la entidad aseguradora. Tal nos enseña también la experiencia del Seguro Obrero de Chile en su segunda etapa, y aun actualmente con el servicio de hospitalizaciones.

Estos inconvenientes se agravan cuando el Seguro Social ampara al productor y no a la familia, porque en este caso ella recibe atención médica y social de entidades diferentes que se desconocen entre sí y que pueden discrepar en cuanto a ideas y procedimientos.

En resumen, la doctrina moderna de la Seguridad Social considera que ella debe amparar a toda persona que necesita protección. En los casos en que, por circunstancias diversas, aun no es posible generalizarla, debe, por razones técnicas y económicas, aplicarse, tomando como unidad biológica y social a la familia y no al individuo.

3.º *Estudio previo* de las características y distribución geográfica de la población asegurada; facilidades y vías de comunicación entre los diferentes centros poblados; problemas principales de salud; recursos disponibles, especialmente número de médicos generales y especialistas y demás profesiones afines, hospitales y otros centros de asistencia; instituciones relacionadas con la salud humana, con las que hay que coordinar, etc., son otros tantos aspectos que deben contemplarse para trazar un plan racional de organización.

La experiencia comparativa de los Seguros obreros de Chile y del Perú comprueban la importancia de este principio. Hemos visto que las organizaciones implantadas por el Seguro Obrero de Chile, en sus dos primeras etapas, sin un estudio previo, fracasaron y pusieron en peligro la estabilidad de la institución. Sólo en la tercera etapa, cuando se tomaron en cuenta todos los factores indicados para trazar un plan racional de organización de las prestaciones médicas, pudo alcanzar el alto grado de desarrollo y el prestigio nacional e ins-

titucional que hoy goza. Hemos visto también que el Seguro Social en el Perú comenzó sus actividades practicando un estudio tal como el que indicamos, y está procediendo a implantar en las diversas zonas del país un sistema de hospitales y centros de asistencia previo un plan trazado de antemano, lo que está permitiendo desenvolver sus actividades sin tropiezos de importancia, conquistando desde el primer momento el prestigio nacional e internacional que tiene.

4.º *Ensayar sistemas, métodos y procedimientos en pequeña escala antes de implantarlos en todo el país.*—No existe ningún sistema de organización de prestaciones médicas que pueda aplicarse con éxito a cualquier país y en cualquier circunstancia. Los factores de que depende el éxito de una organización son tantos, que métodos y sistemas que han dado excelentes resultados en unos países o ambientes pueden fracasar en otros. Es, pues, necesario proceder en cada caso a un ensayo previo en pequeña escala para observar resultados, ajustar detalles y adquirir experiencia.

Este principio, que ha sido preconizado para trabajos en Salud pública (35), es aplicable a cualquier actividad en el campo de las ciencias sociales.

5.º *Organizar «equipos» de trabajo.* — Hemos dicho al comenzar esta ponencia que ahora no es posible dispensar una atención médica eficiente, a tono con los progresos de la Medicina, por el sistema individualista de trabajo médico. Es indispensable organizar «equipos». Entendemos por tales, por extensión de la acepción segunda que el Diccionario de la Academia Española de la Lengua da a esta palabra, el grupo de médicos generales, especialistas y técnicos auxiliares organizado para el fin de prestar asistencia médica.

Al ocuparnos de este asunto en otra oportunidad dijimos: «Cuando una actividad humana llega al grado de complejidad que ha alcanzado la profesión médica, cuyos conocimientos y

técnicas de trabajo deben subdividirse entre numerosos especialistas, se impone una conveniente organización como único medio de lograr, en forma eficiente y económica, el fin que se propone.

La división del trabajo médico, impuesta por la ley ineludible del progreso, ha dado lugar a la individualización, cada vez mayor, de las especialidades médicas, y ha acentuado la actividad, ya profundamente arraigada en el médico, de actuar aisladamente. Desgraciadamente, tal división, si es verdad que permite el conocimiento más profundo de la especialidad, hace, consecuencia necesaria de la limitación de la mentalidad humana, perder la visión del conjunto. Una comparación nos permitirá expresar con más claridad este concepto: la visión de una preparación microscópica con pequeño aumento nos permite una apreciación clara del conjunto; la visión con gran aumento, al restringir considerablemente el campo de observación, hace perder completamente el panorama total. al mismo tiempo que da mucha más claridad y precisión a los detalles. La primera debe ser la visión del médico general; la segunda, la del especialista.

La unidad orgánica y funcional del ser humano es inmovible, y su estudio, en caso de enfermedad, necesita la doble visión: a pequeño y gran aumento.

Se impone, pues, la necesidad de un sistema de trabajo que contrarreste los inconvenientes que resultan de la disociación de conocimientos y técnicas. Este sistema es el trabajo en equipo. Para ser efectivo el rendimiento del equipo es preciso modificar nuestros hábitos de trabajo, destruir nuestro individualismo, adquirir el sentido de colaboración, habituarnos a coordinar nuestros esfuerzos y nuestros conocimientos con los de otros especialistas. No basta que el enfermo encuentre en un solo local todos los especialistas y técnicos que se requieren para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Si ellos siguen trabajando aisladamente, por el sis-

tema individualista, la única ventaja que se obtiene es la de ahorrar al enfermo el tiempo que de otra manera gasta en recorrer consultorios, laboratorios y gabinetes, pero no se llena la finalidad esencial del equipo. El trabajo en equipo significa intercambio, en cada caso, de los puntos de vista de todos los especialistas; supone que el estudio analítico hecho por ellos sea seguido de una síntesis hecha por un médico general. Quiere decir que los médicos generales del equipo han de tener una formación y una mentalidad diferente a las que hoy tienen. El sentido unilateral, excesivamente analítico del progreso de la Medicina, ha hecho perder de vista de nuestra mentalidad médica la visión sintética. El médico general que regresa de nuestras escuelas de Medicina posee un bagaje de conocimientos incompletos, no sintéticos, de todas o, por lo menos, de las principales especialidades; pero sus hábitos de trabajo y su mentalidad son esencialmente analíticos; están profundamente influenciados por el ambiente dominante en hospitales, gabinetes y laboratorios donde se forman.

Es un nuevo tipo de médico general que hoy se necesita: apto para el trabajo en equipo; debe estar capacitado, no para emplear por sí mismo las múltiples y variadas técnicas de diagnóstico y tratamiento, sino para utilizar los datos suministrados por los especialistas, coordinarlos en una síntesis general que le permita obtener una visión de conjunto. Debe estar habituado a considerar al enfermo como un ser sensible fuertemente influenciado por su vida psíquica y por el ambiente físico y social que lo rodea. Debe habituarse a relacionar las alteraciones patológicas que se constatan con sus causas primeras para tratar de combatirlas y dictar normas para evitar su repetición.

Con equipos así organizados y funcionando convenientemente se conseguirá, además, el progreso de la Medicina en un sentido diferente del que hoy sigue. Si es cierto que la aplicación de los conocimientos, métodos y técnicas de las

ciencias biológicas y físico-químicas a la investigación y práctica de la Medicina, ha determinado el considerable progreso de ella, no puede negarse tampoco que al embargar la atención de los médicos e investigadores en los detalles, ha creado la visión excesivamente analítica y ha hecho olvidar los métodos clínicos y la visión sintética. Análisis y síntesis son dos métodos que se completan y que no se excluyen. La Medicina, en la investigación y la práctica, ha olvidado esta verdad secular.» (28).

Los médicos generales del equipo deben actuar como médicos de familia, reemplazando al antiguo tipo de médico consejero del hogar, cuya desaparición frecuentemente se añora. Su función ha de ser preferentemente preventiva; debe conocer y visitar el hogar, saber de los problemas que preocupan a la familia, de los posibles peligros para la salud que el ambiente presenta; saber de las pequeñas dolencias y aun de las molestias orgánicas que aquejan a cada uno de sus clientes para poder guiarlos oportuna y precozmente al examen médico completo.

«El rol del práctico general es el consejero de la familia; hábil en el manejo de los casos de emergencia en el hogar y guía amable que conduce a sus pacientes a alcanzar una vejez sana» (36).

6.º *Selección cuidadosa y adecuada preparación del personal.*—Este principio está muy bien expuesto en el informe del Comité de la Academia de Medicina de Nueva York, sobre «Medicina in the Changing Order», en el siguiente párrafo: «Es obvio que la provisión de adecuada atención médica, tal como ha sido esbozada más arriba, demanda muchos cambios en la educación y la práctica médica corrientes. En último análisis, la calidad de la atención médica depende principalmente de dos factores: primero, el calibre del personal médico, y segundo, los procedimientos y facilidades a través de

los cuales presta sus servicios. Mucho depende de la habilidad, juicio y carácter de médicos y enfermeras. Esto es verdad, sea que ellos trabajen como individuos o en grupos, en hospitales o en departamentos de salud. Sin competencia profesional del trabajador individual, la mejor de las instituciones puede ser más una amenaza que un beneficio. Con el fin de completar el círculo del ordenamiento profesional indicado, deben, pues, hacerse planes simultáneos para: 1) mejor selección y adiestramiento de médicos y personal auxiliar; 2) organización más efectiva de sus métodos y prácticas, y 3) mejoramiento de los elementos a su disposición» (31).

La selección del personal médico por las instituciones del Seguro ofrece dos aspectos diferentes: el primero se refiere al personal que ha de organizar y dirigir los servicios médicos. Es común a todas las instituciones de este género. El segundo se refiere a los médicos que van a prestar la atención misma.

Se presenta solamente en el caso de que se adopte el sistema de emplear médicos funcionarios. Se tendrán en cuenta, al hacer la selección, las cualidades y aptitudes que en cada caso se requieren. El escollo más frecuente y más grave que se presenta para hacer una buena selección es la intromisión de influencias políticas y personales, que hay que tratar de evitar a todo trance.

La regla fundamental para conseguir personal selecto es ofrecerle adecuadas condiciones de trabajo, oportunidades de perfeccionamiento y progreso y remuneración suficiente para brindarle la posibilidad de llevar una vida cómoda, decente y al abrigo de preocupaciones financieras.

No basta hacer una buena selección. Es necesario, además, que los médicos que trabajan para la institución se identifiquen con el espíritu que ha inspirado al Seguro de Enfermedad; que conozcan sus principios y apliquen sus normas.

La mayor parte de los médicos que salen de nuestras actuales escuelas médicas tienen el interés polarizado más en la

enfermedad y su restauración que en la salud y su conservación; sus hábitos de trabajo no están suficientemente cultivados para renunciar a su individualismo y para formar parte de un equipo.

No se debe esperar que los nuevos principios y normas se adquieran automáticamente por influencia del ambiente de trabajo. Es preciso organizar un programa sistemático de instrucción y adiestramiento.

7.º *Mantener una atención médica de buena calidad.*— Hemos señalado como primer principio que la atención médica debe ser completa, esto es, preventiva y curativa. La primera característica de una buena atención médica será, por consiguiente, su orientación preferentemente preventiva, lo que supone frecuentes contactos del asegurado con el médico para conseguir el reconocimiento precoz de las anomalías físicas y psíquicas, y también conocimiento por el médico del ambiente físico y social que rodea al asegurado para orientarlo y ayudarlo a mejorarlo cuando presenta condiciones de insalubridad.

La buena calidad de la atención médica en casos de enfermedad significa: historia clínica completa y cuidadosamente tomada, examen físico general y exámenes complementarios de laboratorios, Rayos X y otras técnicas especiales que en cada caso se requieran. Esto supone que el médico debe disponer del tiempo y la tranquilidad necesarios para concentrar su atención en el enfermo con quien debe entrevistarse en completa intimidad; que hayan disponibles «el equipo médico» y las instalaciones necesarias, y, sobre todo, que aquél esté integrado por personal selecto y competente.

La atención médica que se presta a los enfermos internados en los buenos hospitales ofrece, evidentemente, las características que acabamos de señalar, pero no sucede lo mismo con los enfermos que acuden a los consultorios externos y a veces tampoco con los que son asistidos en su domicilio.

Dos factores principales influyen en los medios urbanos para rebajar la calidad de la atención médica: las excesivas demandas que obligan a los médicos a reducir el tiempo y la atención prestada a cada enfermo a límites incompatibles con una buena atención y la falta de interés de muchos médicos por el trabajo en consultorios. Esta falta de interés se debe al desconocimiento del significado que los pequeños signos subjetivos que presentan algunas personas, por lo demás aparentemente sanas, puedan tener, y que tal vez sean las manifestaciones verdaderamente iniciales de la enfermedad. Se debe también a que la mentalidad de la mayor parte de las escuelas médicas está orientada más hacia la enfermedad y su curación que hacia la salud de su conservación. Es por esto que la generalidad de los médicos prefieren trabajar en las salas de hospitales donde se encuentran enfermedades avanzadas que ofrecen complicados problemas de curación, y gustan muy poco de atender consultorios, donde la mayor parte de los casos son incipientes y fáciles de tratar.

En el medio rural, la causa principal de la deficiencia deriva de la falta de personal médico y auxiliar selecto y de la ausencia de instalaciones e instrumental necesarios.

El peligro que amenaza a los servicios públicos de asistencia médica, y en especial a los de los Seguros sociales, es la excesiva demanda de prestaciones, que sobrepasa la capacidad de los servicios y obliga a sacrificar la calidad de éstos para atender las demandas. El problema que se plantea en estos casos, especialmente cuando las demandas responden a necesidades efectivas, cosa que no siempre sucede, es de difícil solución.

Los primeros esfuerzos deben orientarse a disminuir las demandas. Cuando éstas son principalmente fruto del inmoderado afán de obtener provecho, especialmente si se trata de conseguir subsidios en dinero, será necesario implantar sistemas de control, tal como el utilizado en Chile a iniciativa

del doctor Vizcarra. Pero la medida realmente constructiva será una tesonera labor educativa orientada a hacer comprender a los asegurados el perjuicio que a sí mismos y a los demás ocasionan con tal actitud. Si las demandas corresponden a necesidades reales será necesario acentuar las medidas preventivas, orientadas especialmente a disminuir las enfermedades evitables predominantes.

Se procede al mismo tiempo a perfeccionar la organización del trabajo reajustando, si fuera necesario la composición del «equipo» para obtener la más adecuada distribución del trabajo, con el fin de conseguir el mayor rendimiento de cada uno de sus componentes. El empleo inteligente de «técnicos» auxiliares permite muchas veces aprovechar más la habilidad y conocimientos de los médicos disponibles.

El Seguro Social ofrece, en cambio, las mejores oportunidades, no sólo para orientar la atención médica principalmente en sentido preventivo, sino aun para impulsar el progreso de la Medicina en el conocimiento de las manifestaciones verdaderamente incipientes de la enfermedad, cuando es todavía fácil detenerlas. Una numerosa población previamente registrada constituye la clientela estable que debe atender, lo que garantiza la observación frecuente y prolongada durante muchos años de cada asegurado por el mismo «equipo» médico. Sus recursos económicos le permiten dotar a cada centro de trabajo médico de las costosas instalaciones y elementos de diagnóstico y tratamiento, y del numeroso personal de médicos, especialistas y técnicos auxiliares necesarios. La colaboración del Servicio Social permite conocer y actuar sobre el ambiente social que rodea al asegurado, ambiente cuya importancia como factor determinante de enfermedades es cada día más reconocido.

8.º *Estimular el interés activo y el sentido de responsabilidad del asegurado por la conservación de su propia salud.*

Estamos plenamente de acuerdo con Marshal C. Balfour cuando dice: «Ilustración de una era en que los derechos humanos se destacan excesivamente en un primer plano es la declaración universal aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1948.

Los 30 artículos de la declaración incluyen una larga lista de derechos de «cada ser humano» expuestos en términos generales. Solamente una vez la palabra deberes aparece: «deberes para la comunidad» subordina los derechos y libertad a los requisitos de moralidad, orden público y bienestar social.

A riesgo de ser considerado iconoclasta, pregunto si no se está poniendo en los derechos demasiado énfasis, y si se da muy poca atención a los deberes y obligaciones» (32).

Al implantar el Seguro Social en la mayor parte de los países se ha hecho resaltar, en nuestro concepto exageradamente, el derecho de los productores a la asistencia médica y, en general, a la Seguridad Social, sin invocar al mismo tiempo el deber que ellos tienen para sí mismos, su familia y su patria de conservar su salud y su capacidad de trabajo. Esta falta de equilibrio entre los conceptos de derecho y deber conducen a una psicología prepotente, que hace al asegurado esperar y exigir todo del Seguro, sin poner de su parte otra cosa que su cotización monetaria.

Por otra parte, las medidas de prevención de las enfermedades, y aun los tratamientos, especialmente de enfermedades prolongadas, no pueden llevarse a cabo sin su participación activa.

El concepto que ha de quedar claramente establecido es que el Seguro debe ofrecer los medios necesarios para una atención médica oportuna y completa, preventiva y curativa, y que son deberes del asegurado, primero, utilizar en forma conveniente esos medios, con el fin de conservar una buena salud física y mental y mantener su capacidad de trabajo, y,

segundo, colaborar en el mejoramiento progresivo, económico y científico de la institución que lo protege.

9.º *Continuidad de la atención.*—La American Medical Association ha señalado, en 1939, los requisitos esenciales de un buen servicio médico, y, entre ellos, éste de la continuidad, en los siguientes términos:

«Cuidado continuo del paciente, incluyendo:

- a) Continuidad del diagnóstico y del tratamiento por los diferentes tipos de servicio: domicilio, ambulatorio y hospital;
- b) Continuidad de los servicios preventivo y curativo;
- c) Integración del tratamiento médico y social» (32).

Cada una de esas modalidades de atención médica tiene su indicación, y es frecuente que una misma persona, en el curso de una enfermedad, requiera los tres tipos de asistencia. Si ella pierde continuidad, la eficacia y economía de las prestaciones sufren menoscabo.

La experiencia del Seguro Obrero de Chile es concluyente al respecto. Como sabemos, la atención hospitalaria del asegurado se lleva a cabo en los hospitales de beneficencia, mientras que las atenciones en consultorios y a domicilio están a cargo de los servicios propios de la Caja de Seguro. No obstante, los esfuerzos constantes de los médicos para conseguir la unificación o, por lo menos, coordinación entre ambos servicios no se han conseguido sino resultados mediocres: «El resultado de este esfuerzo ha sido pobre. Hoy, como ayer, las condiciones en que se realizan las prestaciones hospitalarias adolecen de múltiples defectos:

- a) Hospitalizaciones sin orden médica.
- b) Hospitalizaciones injustificadas.
- c) Prolongación innecesaria de la estadía.

- d) Duplicación de exámenes médicos.
- e) Coste elevado e insuficiencia de camas.
- f) Control insuficiente.

Todos estos defectos son suficientemente conocidos por los médicos del Seguro, que se han preocupado de ellos en múltiples trabajos, congresos y presentaciones a las autoridades directivas de la Institución» (10).

La discontinuidad de la atención, que en este caso es consecuencia de que la responsabilidad está dividida entre dos instituciones diferentes, se presenta, también por defectos de organización, en servicios dependientes de una misma institución.

En los hospitales de beneficencia del Perú es muy frecuente que se observe la misma discontinuidad, con idénticas consecuencias entre la atención que se presta en consultorios externos y la que se da en las salas de hospitalización.

La eficacia y economía no serán efectivas mientras no se mantenga la continuidad, más aún, la unidad de la atención médica en todas sus etapas y modalidades, y esto sólo se conseguirá cuando sea el mismo equipo médico el que las preste.

10. *Adecuada descentralización de actividades y de responsabilidades.*—Este principio es aplicable a la entidad encargada de administrar las prestaciones médicas.

Uno de los vicios más frecuentes en la administración pública es el del centralismo absorbente que conduce a la burocracia excesiva y a la rutina anuladora de la eficiencia.

El afán de unificar métodos y procedimientos, a fin de facilitar el comando y permitir fáciles comparaciones, olvidando que aquéllos han de adaptarse, para ser eficaces, a diversas condiciones locales, y la premura y precipitación con que se establecen los servicios «quemando etapas», conducen a que el Jefe o Director de un programa asuma la responsa-

bilidad total de éste, y que en lugar de buscar colaboradores eficientes, cuidadosamente seleccionados y adecuadamente instruídos en los principios y adiestrados en las técnicas, y, por consiguiente, capaces de asumir la responsabilidad de aplicar aquéllos y éstas a las condiciones peculiares de la zona en que actúa, se contente o aun prefiera aceptar subalternos disciplinados que cumplan las instrucciones detalladas que les va a impartir. La rutina ineficiente del subalterno falto de interés, cuya responsabilidad se limita a obedecer instrucciones; la burocracia que se establece «por los conductos regulares» que hay que seguir para obtener decisiones del comando central para asuntos aun nimios, son los frutos de estos sistemas, que todos nosotros, estoy seguro, hemos observado, y aun sentido, en carne propia en nuestras instituciones públicas.

Toda organización ha de tener, necesariamente, un órgano central directivo y órganos periféricos ejecutivos, pero sus atribuciones y responsabilidades han de estar inspiradas en el propósito de obtener la mayor eficiencia y rendimiento. Ello sólo se conseguirá cuando el primero esté establecido por un equipo selecto de especialistas altamente capacitados y perfectamente coordinados entre sí. Sus funciones deben ser las de conocer y enseñar los principios y técnicas; seleccionar e instruir a los colaboradores que van a ejecutar los programas de actividades, estudiar y observar en el terreno la marcha de éstos; observar y estudiar las experiencias semejantes de otras instituciones y otros países, a fin de aprovechar las experiencias ajenas y las propias; propender al progreso de las disciplinas relacionadas con sus actividades; dar consejos a los organismos ejecutores que deben asumir la responsabilidad de seguirlos o no, y en todo caso de adaptar los principios y técnicas a las condiciones peculiares del medio en que actúan y que ellos conocen mejor.

II. *Economía sin menoscabo de la eficiencia.*—En realidad, eficiencia y economía no son incompatibles, sino, al contrario, se complementan.

Para el caso que nos ocupa, casi podemos decir que son términos sinónimos. Efectivamente, ¿qué es lo que caracteriza la eficiencia de la atención médica?: es el diagnóstico precoz, certero y rápido y el tratamiento oportuno y eficaz. El resultado directo es la economía.

Por equivocado concepto, hay instituciones que se esfuerzan por conseguir la baratura de sus servicios sin darse cuenta que así están conspirando, precisamente, contra su economía. Personal barato significa, generalmente, poco selecto e ineficiente; la exclusión de medios costosos de diagnóstico y tratamiento significa diagnósticos inciertos y tratamientos poco eficaces, que conducen a la prolongación de la enfermedad con todas sus consecuencias económicas.

Es cierto que frecuentemente se observa en los hospitales y centros de atención médica la despreocupación del personal por la economía, que se traduce en el empleo innecesario de medios de diagnóstico y en el despilfarro de materiales de tratamiento, pero, por regla general, esos hábitos traducen también la ineficiencia.

En todo caso, el remedio no está en buscar la baratura ni establecer restricciones.

El secreto principal está en la buena organización, que significa obtener el mayor rendimiento posible del personal y el mejor aprovechamiento de las instalaciones y medios disponibles y en la adecuada educación del personal.

Sistemas de organización.—Se observan diferentes sistemas de organización de las prestaciones médicas del Seguro de Enfermedad, pero prácticamente pueden considerarse tres principales, de los que los otros son simples variantes.

1. El sistema de la «libre elección irrestricta del médi-

co» por el asegurado. Fué el primero que se implantó en Alemania, cuna del Seguro Social; hemos visto también que fué el sistema inicial adoptado por el Seguro Obrero de Chile. Actualmente funciona en Lima con carácter provisional, en el Seguro del Empleado, y como organización estable, en Nueva Zelanda y Australia; con ciertas restricciones, en Checoslovaquia, Francia y Austria, y parcialmente, en Dinamarca.

En este sistema el asegurado ocupa al médico general, al especialista, a la farmacia y al hospital de su confianza, según los casos. La entidad aseguradora se limita a abonar un tanto fijo por prestación, según una tarifa aprobada de antemano. En ninguno de los casos la tarifa cubre el valor total de las prestaciones.

Hemos visto cuál ha sido la experiencia del Seguro Obrero de Chile. La experiencia del Seguro del Empleado del Perú es muy semejante. Los asegurados no se resignan a cubrir parte de los gastos de su curación, y, con la complicidad de muchos médicos, presentan planillas de atenciones mayores de las que efectivamente han recibido. La consecuencia lógica será que paulatinamente los médicos complacientes irán conquistando la clientela que los médicos honestos pierden por su rectitud. Las instituciones de Seguro se ven obligadas, para contrarrestar los abusos, a implantar sistemas diversos de fiscalización; pero todos sabemos cuán limitadas son las posibilidades de fiscalizar en estos casos. El dinero empleado en pagar a los médicos fiscalizadores que desarrollan una labor ingrata e improductiva, desde el punto de vista social, es un dinero mal gastado.

El principio de la «libre elección» es, sin embargo, tenazmente sostenido por las organizaciones médicas.

Cada vez que se ha tratado de implantar el Seguro Social de Enfermedad, las organizaciones médicas han luchado por imponer ese principio, que ha sido proclamado también en congresos internacionales. En la Carta Médica de La Habana,

formulada por el Primer Congreso Médico Social Panamericano, de 1946, se recomienda: «Que en las prestaciones de servicios médicos del Seguro Social se respete el principio fundamental del libre ejercicio profesional y se garanticen los principios básicos de la libertad del paciente y del médico.» En la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, celebrada en Ginebra en septiembre de 1948, se reiteró la importancia de este principio (38).

El Segundo Congreso Médico Social Panamericano, reunido en Lima en febrero de 1949, al tratar sobre el Seguro Social, ha ratificado los postulados de la Carta Médica de La Habana, pero por otra parte dice: «completando la doctrina de la Carta Médica de La Habana como medio de cooperación al perfeccionamiento del Seguro Social y sus organismos, concreta sus aspiraciones en las siguientes recomendaciones...»

«Recomienda en lo posible la *libre elección relativa* del médico por el paciente en la Medicina curativa del Seguro Social» (39). Consideramos que este es un reconocimiento tácito de lo poco practicable que es la libre elección irrestricta del médico.

Ahora mismo, sin embargo, la Federación Médica Peruana y la mayor parte de las otras organizaciones médicas del Perú, ante el propósito del Seguro Social del Empleado de establecer hospitales y servicios médicos propios atendidos por médicos funcionarios, han emprendido un intenso movimiento de oposición, y entre sus declaraciones figura la siguiente: «Que una de las formas fundamentales de garantizar el mejor servicio asistencial, dentro de las circunstancias actuales, la constituye el reconocimiento del sistema de libre elección de médico por parte del asegurado» (40).

Podemos decir, como Michael M. Davis, que: «El abstracto derecho de elegir y cambiar de recursos médicos no está en discusión. La cuestión práctica es cómo este derecho es ejercido por la persona bajo diferentes condiciones hoy, y cómo

podría ejercerse más efectivamente para facilitar más y mejor atención médica» (41).

Davis señala las siguientes condiciones, que en la práctica limitan el «derecho de libre elección»: la residencia del paciente, quien, salvo situaciones excepcionales, sólo puede elegir médicos que residen en su misma comunidad o muy cerca, y en algunas zonas rurales la elección se circunscribe a muy pocos o, inclusive, a uno sólo y a los empíricos o curanderos.

Está también limitada por la especialización de los médicos. En algunos casos, cuando debe ingresar al hospital por la organización de ésta, que no admite la intervención de otros médicos que los de su propia planta. Los recursos financieros disponibles por el paciente son tal vez el factor más grave de limitaciones, dada la diversidad de honorarios de los médicos y lo elevados que son los de los afamados, y, por último, por lo poco que el paciente conoce respecto a las cualidades y personalidad de los diferentes médicos.

Refiere en seguida los resultados de los estudios hechos por Harold S. Frum, que ha entrevistado a 200 familias de Columbus, ciudad de 250.000 habitantes, para saber cómo utilizan los recursos médicos. Sus conclusiones fueron las siguientes:

Las consideraciones económicas prevalecen influenciando en el uso de los recursos y limitando la libertad de elección.

Estudio semejante se hizo en Nueva York en 1938 por miss Gladys Swackhamer, bajo los auspicios de «Committee on Research Medical Economics». Sus conclusiones son que: las familias hacen numerosas, variadas e incoordinadas elecciones entre los médicos, hospitales, clínicas, medicamentos de patente, remedios caseros y otros recursos. Los cambios de unos recursos a otros son frecuentes y reducen la continuidad y efectividad del tratamiento y el grado y valor de las relaciones personales entre médico y paciente. Factores eco-

nómicos y psicológicos combinados motivan la elección y cambios de los médicos y otros recursos.

«Esta revista justifica la conclusión que en la vida americana de hoy la elección de médico es comúnmente ininteligente e inestable. La «libertad» ha conducido hacia la anarquía más que al orden...» «En Medicina necesitamos organización de personal y recursos y educación de los profesionales y del público» (41).

Nuestra experiencia personal en el Cuzco y en Miraflores, lugares en que hemos ejercido la profesión médica desde 1924 a 1937, y la lectura de los diarios de Lima, que ostentan avisos llamativos de los médicos que tratan de atraer la clientela por métodos comerciales, confirman las observaciones americanas, no obstante que las condiciones de vida y trabajo médico son bastante diferentes.

Por otra parte, si analizamos los diferentes principios que hemos señalado como esenciales para una buena atención médica, veremos que casi ninguno es aplicable en este sistema.

Por todas estas razones, nos pronunciamos categóricamente en contra de la elección irrestricta del médico, sistema que significa mantener el ejercicio individualista de la Medicina, incompatible con las nuevas condiciones creadas por los progresos de la ciencia, la división del trabajo médico en especialidades y los demás cambios ocurridos en la sociedad contemporánea. El propósito fundamental de toda organización de atención médica es precisamente conseguir esa adaptación, a fin de poner al servicio de todos los progresos alcanzados por la ciencia y la técnica médicas.

«La Medicina, en tanto que ciencia y en tanto que profesión, está inextricablemente ligada al progreso social y a los progresos científicos en los demás campos.»

«Existen, entonces, distintos tipos de interrelación entre la Medicina, la ciencia y la sociedad. Entre estas interrelaciones se cuentan las siguientes: la del contenido de las ciencias mé-

dicas con el de las demás; la del *status* de los médicos con la creciente eficacia de la ciencia médica; la del *status* de la profesión con el alcance de las aplicaciones de la ciencia médica, y la de la organización del servicio médico con las organizaciones sociales y económicas.»

«La Medicina en Estados Unidos se encuentra de tal manera frente a un dilema: está científicamente equipada en una medida antes nunca vista, y al mismo tiempo no puede utilizar al máximo sus poderes recientemente descubiertos, a causa de las condiciones económicas y sociales, más allá de la esfera de acción de la Medicina, pero no fuera del interés médico. El problema de incrementar la actividad de la profesión médica ha llegado a ser distinto del solo mejoramiento de su competencia científica y técnica; se ha transformado en un problema de reorganización de los servicios médicos y de los correspondientes honorarios, de modo que puedan responder mejor a los requerimientos de la nueva Medicina y de la sociedad» (42).

El segundo sistema es el de la organización de servicios propios atendidos por médicos que reciben un salario fijo. Este es el sistema adoptado en el Seguro Obrero del Perú, en el de Chile y, en general, en los demás países de América ibera que tienen sistemas de Seguro de Enfermedad.

Es también el sistema adoptado casi universalmente por las instituciones de asistencia pública. Ha sido indirectamente preconizado por la Conferencia Internacional del Trabajo de Filadelfia de 1944, que en su recomendación relativa a asistencia médica se pronunció en el sentido de que, para obtener el «optimum» de asistencia médica, era preferible establecer centros sanitarios en que se dé asistencia médica de orden general.

Puede decirse que la necesidad de establecer centros de asistencia médica es universalmente reconocida, ya que ha sido recomendado cada vez que se ha estudiado el problema

de organizar la atención médica pública. «Grupos representativos e instituciones en varios países han recomendado que la práctica de la Medicina para la población total debe ser conducida a través de un sistema de «centros médicos» o «centros de salud» como base de la práctica en equipo» (32).

La ventaja fundamental de este sistema estriba en que permite la organización racional de las prestaciones, obteniendo el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles, y adaptando éstos a las necesidades y condiciones propias de cada región. Para conseguir este resultado se deben tener presentes todos los principios que hemos preconizado.

El eje de este sistema es el hospital, cuya función no debe limitarse a la atención de los enfermos que requieren guardar cama, sino además ha de contar con amplios consultorios médicos generales y especiales y todos los medios de diagnóstico y tratamiento para enfermos ambulatorios, e inclusive atención de Medicina preventiva (exámenes generales de supuestos sanos, inmunizaciones, etc.), y estar funcionalmente conectados con la atención domiciliaria para asegurar la continuidad y unidad de la atención médica, que es uno de los principios preconizados.

La amplitud y complejidad de su organización e instalaciones dependerá de la extensión de la zona que atiende y de la función que le toca desempeñar dentro del plan integral de atención médica del Seguro en el país. En general, se recomienda un sistema de distribución regional de los recursos médicos, en el que pueden distinguirse tres tipos principales de hospitales: el hospital cabeza de región, provisto de todas las instalaciones y especialidades, inclusive cirugía del tórax, neurocirugía y radioterapia; el hospital cabeza de zona, que consta también de todas las instalaciones y especialidades, con excepción de las especificadas para las regiones y los hospitales locales, en los que se dispone sólo de servicios generales de medicina, cirugía, pediatría y maternidad (incluyendo ser-

vicios especiales de aislamiento para enfermedades transmisibles y tuberculosis); completan el sistema policlínico dispensarios, y en las zonas rurales, centros sanitarios, consultorios ambulantes motorizados y, en general, sistemas adaptables especialmente a las condiciones geográficas y a las facilidades de comunicación disponibles.

Lo esencial es que el conjunto de servicios de la región integren un sistema funcionalmente coordinado. Es necesario también una coordinación del conjunto del sistema y de cada una de sus partes con los servicios de Salud Pública de la región.

Hemos visto ya que este sistema comenzó a funcionar en el Seguro Obrero de Chile desde 1932, pero desgraciadamente truncó porque le falta el eje principal, que es el hospital, y la coordinación con los servicios de Salud Pública, que es incompleta.

En el Seguro Obrero del Perú es, por una parte, más completo, puesto que el hospital es el núcleo central de los servicios, pero como está todavía poco desarrollada su distribución geográfica en regiones, es incompleta, lo mismo que su función preventiva y la coordinación con los servicios de Salud Pública; pero su organización está inspirada en esta idea, como lo prueban las siguientes frases del Superintendente general de Hospitales de la Caja Nacional de Seguro Social, doctor Almenara: «El sistema planetario de distribución de los hospitales y sus dependencias proporciona mayor economía y eficiencia de sus servicios, que se prolongan hasta las poblaciones más pequeñas y apartadas. Desde los hospitales bases, pasando por los hospitales menores o rurales, los policlínicos y los Centros de Salud, hasta las postas rurales y los servicios médicos volantes a domicilio, en las ciudades y en el campo, se mantiene un encadenamiento e intercambio de facilidades para la atención oportuna de las demandas de asistencia» (43).

En principio, este sistema es aceptado y preconizado en varios países. Así, el doctor Vergara, Médico Jefe del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, dice: «Desde el punto de vista sanitario, una Caja de Seguro forma una pirámide, cuya base coge al asegurado en las veredas por medio de puestos de socorro; le lleva a la cabecera del municipio, donde le atiende sus exigencias médicas más inmediatas y frecuentes, como son las enfermedades agudas, maternidad, enfermedades de los niños y consulta externa de enfermedades generales; le lleva después a un hospital de zona tributado por varios hospitales municipales, donde le atiende medicina o cirugía generales más complejas; le lleva, por último, al hospital central, tributado por varios hospitales de zona, adonde le atienden problemas de alta especialización médica o quirúrgica, etcétera» (44).

En 1944, The American Hospital Association designó una Comisión para el estudio de la atención hospitalaria. Su propósito era un amplio estudio sobre la atención hospitalaria en toda la nación. Ni el tiempo ni las finanzas permitió a la Comisión hacer el estudio detallado en todos los Estados. La Comisión fué autorizada a conducir un estudio «piloto» en un Estado, con el propósito de desarrollar material de trabajo y procedimientos de encuesta que pudieran ser usados en los otros Estados. Michigan fué escogido para el estudio piloto. En este interesante estudio se considera que «el hospital general ha asumido la responsabilidad de la Medicina preventiva tanto como curativa. Puede servir como centro de coordinación de varios programas de salud gubernamentales y voluntarios» (45).

Después de estudiar la situación existente en el Estado de Michigan en cuanto a recursos de atención médica y los factores sociales, económicos y de población, propusieron el plan hospitalario básico siguiente:

«Cuatro clases de hospitales generales y centros médicos han sido designados como sigue:

- a) Centros médicos;
- b) Centros hospitalarios regionales;
- c) Centros hospitalarios comunales;
- d) Centros de Salud pública y Servicios médicos.»

Los Centros médicos son centros de educación médica que están conectados con las Universidades del Estado (Universidad de Michigan y Wayne).

Su función no es solamente educar médicos y enfermeras y adiestrar personal técnico, sino también ayudar a mantener y mejorar la calidad del hospital y de la atención médica en todo el Estado mediante programas de extensión posgraduados. Para llenar esta finalidad, estos centros deben disponer de grandes hospitales y conducir programas completos de atención médica. Sus servicios deben extenderse más allá de los confines de su propia región.

«Los centros hospitalarios regionales son los que sirven de punto final para la coordinación e integración de servicios hospitalarios en un área de varios «Counties». Estos centros deben proveer servicios especiales que los pequeños hospitales comunales no pueden mantener.»

«Los centros hospitalarios comunales son los que, por razones de población, dificultad de comunicación u otras condiciones geográficas, necesitan instalar pequeños hospitales para las necesidades inmediatas de la población.»

«Centros de Salud pública y Servicios médicos son aquellos servicios organizados en poblaciones muy pequeñas para justificar un hospital, pero suficientemente grandes o alejadas de centros hospitalarios para necesitar algunos servicios de asistencia médica, aunque sólo sean facilidades de diagnóstico y servicio médico de consulta.»

«Se recomienda que estos centros estén organizadamente

relacionados e integren un solo sistema de atención hospitalaria de todo el Estado (45).

El Departamento de Salud y Bienestar Públicos de Manitoba (Canadá) ha propuesto un plan para el mejoramiento de los Servicios de Salud; después de la aprobación del Gobierno, lo ha presentado y discutido en detalle con la Asociación Médica de Manitoba, y, de acuerdo con ésta, lo ha entregado al Parlamento, que lo ha aprobado.

El plan comprende un sistema de «Unidades sanitarias», situadas en todas las zonas rurales y conectadas con hospitales de tres tipos: los más pequeños, destinados a la atención de casos de Medicina general y maternidad, serían satélites de hospitales distritales más grandes, y equipados para prestar todas las ordinarias atenciones de Medicina y Cirugía general. Estos hospitales, a su vez, se conectarán con hospitales de zona, en los que podrán practicarse todas las atenciones médicoquirúrgicas generales y especiales, con la sola excepción de cirugía torácica y neurocirugía, que sólo podrán practicarse en el Centro Médico y de Enseñanza de Winnipeg (46).

Franz Goldman, en su libro citado (32), dice: «Se han hecho propuestas detalladas para la revisión de la política hospitalaria por expertos y grupos representativos de varios países. Todos recomiendan la organización regional de los servicios hospitalarios como lógico corolario de los principios de concentración y diferenciación de las facilidades.» Señala en seguida que este sistema funciona ya en Nueva Zelanda, que ha sido sugerido en Francia, especialmente por Sarry Bournet, en 1932; en Gran Bretaña, «The Voluntary Hospital Committee», desde 1921, y la Asociación Médica Británica, en 1935, han preconizado la organización regional de hospitales con centros médicos de enseñanza como núcleo, y, por último, en Australia, «The National Health and Medical Research Council» ha preconizado este mismo sistema para todo el país.

Se han hecho varias críticas, especialmente por la profesión médica, a los servicios médicos atendidos por profesionales a sueldo o funcionarios, como se dice también. Muchas de estas críticas están fundadas en vicios que se observan frecuentemente en esta clase de servicios.

Ellas son: la pérdida de interés de muchos médicos por un trabajo una vez asegurado un sueldo fijo y la consiguiente baja en la calidad de la atención que se presta en forma rutinaria y precipitada para «salir del paso»; la supeditación de los médicos a administradores irabuídos más en la tramitación y el papeleo que en la necesidad de ofrecer eficientes servicios, y la consiguiente transformación de los Centros médicos más en oficinas burocráticas que lugares de asistencia médica; la mala selección de los profesionales cuando son las influencias políticas o personales las que se tienen en cuenta para hacer los nombramientos; la pérdida de libertad del enfermo para elegir su médico, y el peligro de que, dada la tendencia de la Seguridad Social a generalizar su campo de aplicación a toda la población, se llegue a «la socialización de la Medicina», a la transformación de profesión liberal en un empleo funcionario y burocrático con todos los inconvenientes señalados y con la consecuencia de que carecería de atractivo suficiente para las nuevas generaciones. Los jóvenes más inteligentes y mejor dotados preferirán otros campos de trabajo más promisoros. Casi todas estas críticas, que son fundadas, puesto que se observan en la práctica, no son imputables al sistema mismo, sino a la mala organización de las instituciones que lo aplican. Pero por lo mismo que se observan frecuentemente, significan un peligro, que hay que tratar de evitar a todo trance.

La larga experiencia de la administración pública, que está expuesta a los mismos vicios, ha enseñado las normas que permiten evitarlo.

Casi todas están comprendidas en los principios que he-

mos señalado, pero es conveniente que volvamos a referirnos sucintamente a ellos, aplicándolos especialmente al sistema de organización de servicios atendidos por médicos «funcionarios». La primera norma es que la asignación de los médicos y, en general, del personal, no dependa de la voluntad de una persona, por más que ésta sea el director responsable del servicio que tenga el más vivo interés en la buena elección. Habrá ocasiones en que se vea sujeto a fuerte presión política o personal, y tendrá que ceder. Debe establecerse un sistema de selección por concurso abierto a todos los postulantes que reúnan los requisitos mínimos; las pruebas del concurso serán objetivas y basadas en técnicas psicológicas, y se completarán con estudio de antecedentes documentados. Este sistema, que se ha comenzado a emplear en el Ministerio de Salud Pública del Perú por su «Departamento de Selección y Entrenamiento de Personal», está dando resultados muy promisorios.

Si se ofrecen a los médicos centros de trabajo bien equipados, selecto personal auxiliar y toda clase de facilidades para que puedan emplear todos sus conocimientos, adquirir una valiosa experiencia y, por lo mismo, progresar cada día más, será muy difícil que los espíritus bien dotados y amantes de su profesión puedan caer en la rutina. No basta ofrecerles esas facilidades de trabajo: para conseguir personal selecto es necesario, además, brindarles una remuneración adecuada que los ponga al abrigo de preocupaciones financieras y les permita llevar a su hogar las comodidades de una vida decente. La remuneración no debe ser excesiva, para que no sea el atractivo económico el que predomine en los postulantes, pero sí lo suficiente para que espíritus selectos se animen a renunciar a mejores expectativas económicas que el ejercicio profesional les ofrezca a cambio de adecuadas condiciones de trabajo y posibilidades de culturización y progreso intelectual y material mediante un escalafón que tenga en cuenta las cualidades personales, experiencia y preparación.

Se ha de procurar que el mayor número posible de personal trabaje a tiempo completo. El trabajo por pocas horas disminuye el interés, la eficiencia y aun el simple cumplimiento del horario, y favorece la dispersión de actividades del médico, que es perjudicial para él mismo. Por último, no debe recargarse el trabajo de los médicos más allá de las posibilidades materiales de una atención eficiente.

La única objeción aplicable al sistema mismo es el de la pérdida de libertad del asegurado de elegir su médico. Esta falta de elección resulta aún más grave en el sistema que preconizamos de que los médicos generales del equipo actúen como médicos de familia, lo que supone que a cada médico deben asignársele cierto número de familias aseguradas, a quienes debe atender permanentemente.

Una buena organización permite, sin embargo, dejar cierta libertad a los asegurados para elegir entre los médicos disponibles.

El tercer sistema puede decirse que es intermedio entre los dos anteriores. Es el sistema llamado «panel systems» en los países de habla inglesa.

Este sistema ha sido adoptado con el propósito de conservar el médico de familia, y consiste en que la institución abre un registro de médicos generales que deben reunir determinados requisitos y que acepten las condiciones de trabajo que se les ofrece, y que consiste, generalmente, en que deberán actuar como médicos de familia de los asegurados que se inscriban en sus listas, y percibirán una cantidad fija al año por cada asegurado de su lista. El asegurado conserva el derecho de cambiar de médico (generalmente con ciertas restricciones de tiempo) y el médico de no admitir o borrar de su lista a determinados asegurados. Los médicos generales tienen, naturalmente, que estar conectados a formar parte de un equipo del Centro médico respectivo.

Este sistema existe en el Servicio Nacional de Sanidad bri-

tánico. Se observa también en los Países Bajos y en el «Programa de Asistencia Médica» de la ciudad de Baltimore, sostenido por el Estado de Maryland como parte del Departamento de Salud de la ciudad.

Ofrece las ventajas de que permite una organización de servicios propios adaptados a las necesidades de cada zona, pero sólo puede adoptarse donde hay cierto número de médicos. Por otra parte, conserva al médico de familia, que es elegido por el asegurado, y estimula así el interés del médico en conservar su eficiencia y buen trato. La elección del médico, aunque más restringida que en el caso de la libre elección irrestricta, es más inteligente, por lo mismo que está circunscrita a los médicos generales (no especialistas) y no es influida por consideraciones económicas ni otras extrañas a las cualidades profesionales.

Coordinación de los servicios médicos del Seguro de Enfermedad con los de Salud pública.—Aun cuando hemos hecho ya referencia a este punto en varias oportunidades en este trabajo, es necesario precisar cuál es la doctrina predominante que debe recomendarse de preferencia.

Sentado el principio de que el Seguro de Enfermedad deba ofrecer a sus asegurados atenciones de Medicina preventiva y curativa, que éstas son indisolubles y que es necesario asegurar la continuidad de la atención, debemos llegar a la conclusión de que toca a los servicios médicos del Seguro todas las actividades médicas aplicables individualmente o a grupos familiares.

Los servicios de Salud pública deberán asumir la responsabilidad de aquellos aspectos de la prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud que son aplicables a la colectividad en general o que tienden a defender a ésta. Tales son las medidas de higiene pública o saneamiento ambiental: cumplimiento de Leyes y disposiciones sanitarias, tales como

aislamiento de enfermos transmisibles. lucha contra vectores, etcétera.

Como hemos visto, es esta la doctrina a que han llegado los médicos de Chile, después de múltiples conferencias para tratar sobre coordinación y unificación de los servicios de sanidad con los del Seguro.

Semejante es también la doctrina preconizada por «The Committes on Medicine and the Charing Order», nominada por la Academia de Medicina de Nueva York: «Para captar la diferencia entre Salud pública y Medicina preventiva, es necesario apreciar que la Salud pública trata de aquellas fases de la prevención y control de las enfermedades que son tratables solamente bajo control social, y que son aplicables principalmente a grandes grupos.

La Medicina preventiva, por otro lado, comprende principalmente aquellas prácticas que solamente el individuo es capaz de aplicar en su propio beneficio. La Salud pública comprende aquellas actividades que son emprendidas por la comunidad para la promoción y protección de la salud del pueblo. La Salud pública es, por consiguiente, responsabilidad de la comunidad. Como aplicación en masa, sus actividades afectan igualmente a todos los individuos.

A la Medicina preventiva, por el contrario, le concierne únicamente la promoción de la salud individual. Todas las medidas que aplica, todas las actividades que emprende tienen por finalidad proteger la vida de una sola persona. Más aún, la aplicación de los principios de esta ciencia es, principalmente, la responsabilidad individual.

Es función y responsabilidad de la más pequeña unidad social: la familia o el individuo.» (31). 4

El Seguro Social, entidad sostenida con el aporte individual, ofrece a la familia las facilidades para cumplir esa responsabilidad, que a falta de ellas sería imposible que lo hiciera. Brinda algo más el Seguro Social: es la institución que

tiene las mayores posibilidades, y, por lo mismo, la principal responsabilidad, de conseguir que el ejercicio de la Medicina, que está hoy desquiciado, se adapte a las nuevas condiciones sociales creadas por los progresos de la ciencia y la tecnología. Creemos que el derrotero ha sido ya encontrado; se vislumbra la senda que nos va a conducir a la meta anhelada, pero hay todavía obstáculos difíciles de vencer.

El primero y más grande es de naturaleza psicológica: la mentalidad del médico, bajo la influencia de tradición secular, está orientada más al estudio de la enfermedad, se ha encariñado con su función de aliviar el dolor y restaurar la salud; su formación y sus hábitos de trabajo le han creado una personalidad fuertemente individualista. Es necesario atraer su interés más hacia la salud, conseguir que, aun cuando se ocupe de curar enfermedades, piense más en las causas que las han originado y la manera de evitar que sigan actuando; despertar su interés en la más promisoriosa tarea de cultivar seres física y mentalmente sanos. Es necesario que aprenda a trabajar en colaboración, que comprenda que forma parte de una preciosa maquinaria en la que desempeña una función indispensable, pero que sirve muy poco si el engranaje marcha mal. En esta tarea no puede pedirse al Seguro Social la acción del primer plano, que toca a las escuelas de Medicina, pero sí que vincule con éstas; que les brinde su experiencia y, sobre todo, sus hospitales y centros médicos, que son el terreno más fértil para que se desarrolle la nueva semilla.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Primero. *El problema.*—Los progresos de la ciencia y la tecnología médicas, al imponer la división del trabajo en múltiples especialidades, han producido una honda transformación en la práctica de la Medicina.

Por otra parte, la estructura y la vida social misma están

sufriendo cambios semejantes por razones análogas: el industrialismo y el capitalismo, consecuencia de la aplicación de la ciencia y de la técnica, reemplazan al artesanado y al trabajo independiente.

Las normas tradicionales del trabajo médico individual no se adaptan a las nuevas condiciones, y surgen el desequilibrio y la crisis.

Segundo. *Rol del Seguro de Enfermedad.*—El Seguro de Enfermedad es la institución creada con el objeto de resolver el problema que plantean las nuevas condiciones de la Medicina y de la sociedad. Su intención primera ha sido la de resolver el aspecto económico del problema, que fué el que antes se percibió. Posteriormente, al asumir la responsabilidad de otorgar directamente las prestaciones médicas, se ha visto obligado a afrontar el problema en su integridad.

La orientación, cada vez más preventiva, de la Medicina, y el convencimiento de que Medicina preventiva y Medicina curativa constituyen una unidad difícil de dissociar, dan al Seguro de Enfermedad el amplio rol de prestar atención médica completa: preventiva y curativa.

Tercero. *Campo de aplicación.*—Es el primer factor que hay que tomar en cuenta al organizar las prestaciones del Seguro de Enfermedad. Las restricciones del campo de aplicación, especialmente cuando se limita al productor, excluyendo a la familia, complica el problema, porque obliga a las instituciones aseguradoras, o bien a establecer servicios propios, duplicando los que otras instituciones estatales (Beneficencia o Asistencia social) deben administrar para atender a la población no asegurada, o bien a contratar total o parcialmente los servicios de tales instituciones. En el primer caso, la duplicación significa, por lo menos, despilfarro, y, frecuentemente, interferencias y conflictos de atribuciones. En el segundo caso, la eficiencia de las prestaciones sufre por la falta de tutela directa de la entidad aseguradora.

Cuando el Seguro excluye a la familia, la complicación es mayor, porque aquélla recibe atención de diferentes instituciones, que pueden discordar en cuanto a procedimientos y técnicas, con la consiguiente desorientación y desconfianza en la Medicina.

El Seguro de Enfermedad, al establecer su campo de aplicación, no debe olvidar que la unidad biológica y social es la familia y no el individuo.

Cuarto. *Estudio previo de las características y necesidades de la población asegurada.*—No se podrá establecer una organización racional sin conocer previamente las características de la población con la que se va a actuar; su distribución geográfica en zonas urbanas y rurales; las condiciones sanitarias y enfermedades predominantes; los recursos disponibles; las vías y facilidades de comunicación; las entidades relacionadas con Salud pública, con las que es preciso coordinar actividades, etc. Para ello será necesario hacer un estudio, que consistirá en la compilación y análisis de los datos censales de las estadísticas vitales y sanitarias y de otros documentos disponibles, y, sobre todo, en practicar encuestas especiales.

Quinto. *Principios normativos.* — Los siguientes principios normativos deben normar la organización de las prestaciones médicas:

1.º Ensayar sistemas, métodos y procedimientos en pequeña escala antes de generalizarlos a todo el país.

2.º Organizar «equipos de trabajo médico», esto es, grupos de médicos generales, especialistas y técnicos auxiliares perfectamente coordinados entre sí, formando una verdadera unidad de trabajo.

3.º Seleccionar cuidadosamente y dar adecuada preparación al personal, especialmente en relación a los fines, principios y técnicas de la Seguridad Social.

4.º No permitir que la buena calidad de la atención médica sufra deterioro. Se debe poner especial cuidado cuando la demanda de prestaciones es muy grande y tiende a sobrepasar la capacidad de los recursos disponibles. Una inteligente organización permite obtener el máximo rendimiento. Además, la intensificación de las medidas orientadas a prevenir las enfermedades evitables predominantes reducirá apreciablemente las demandas.

5.º Estimular el interés activo y despertar el sentido de responsabilidad del asegurado por la conservación de su propia salud y la de su familia.

6.º Mantener la continuidad de la atención médica a través de las diferentes prestaciones: consulta externa, internamiento en hospital y atención a domicilio, que deben ser otorgadas por el mismo «equipo médico».

7.º Procurar la adecuada descentralización de actividades y responsabilidades, a fin de estimular el interés y progreso del personal y evitar la rutina retrogradante, que es la consecuencia inmediata del trabajo subalterno que se limita al ciego cumplimiento de órdenes recibidas.

8.º Propender a la economía, sin menoscabo de la eficiencia. En realidad, en este caso se puede decir que ambas son sinónimas: eficiencia significa diagnóstico precoz y completo tratamiento oportuno, preciso y rápido, que son también las características de la economía de las prestaciones médicas.

Sexto. *Sistemas de organización.*—Entre los principales sistemas conocidos de organización de la atención médica, el de la «libre elección irrestricta del médico» debe ser definitivamente proscrito del Seguro de Enfermedad, porque no resuelve sino parcialmente el aspecto económico del problema; porque tiende a conservar el método tradicional de trabajo individualista del médico, inadaptable a las nuevas condiciones de la Medicina y de la sociedad, y porque da lugar al re-

bajamiento de la ética profesional del médico, que se ve presionado por sus clientes asegurados, que tratan de obtener las mayores ventajas del derecho que adquieren.

El sistema del «cartel» o «panel sistemas» de los países de habla inglesa, que ha sido creado especialmente con miras a restablecer al médico de familia, permite evitar los principales inconvenientes del anterior: pero, por sí solo, no resuelve todos los problemas ni consigue la adaptación de la práctica de la Medicina a las nuevas condiciones, meta principal que se trata de alcanzar.

La implantación de centros médicos de categoría diversa, convenientemente escalonados y perfectamente coordinados entre sí, formando grupos regionales que tienen como núcleo un hospital con todos los recursos de la Medicina, ha sido preconizada, y es universalmente aceptada como la mejor organización de la atención médica. Cuando los médicos que trabajan en estos centros son empleados a sueldo fijo, como sucede en la generalidad de los casos, se han señalado varios defectos, que son consecuencia de mala organización y no exponente de fallas inherentes al sistema.

Pueden evitarse cumpliendo estrictamente los principios normativos que hemos preconizado.

La única objeción valedera es la pérdida de la libertad del asegurado de elegir su médico. Esta se puede evitar con una ligera modificación inspirada en el sistema «del cartel», y que consistiría en que los médicos generales de los equipos, que deben actuar como médicos de familia de los asegurados, fueran elegidos por éstos y pagados en relación al número de familias a su cargo. Para que esta organización rinda todo lo que de ella se espera, es preciso dar a esos médicos orientación y preparación diferentes a la que ahora reciben, a fin de que cumplan la misión de despertar el interés activo y el sentido de responsabilidad de los asegurados en la conservación de su salud y les sirvan de guía en ese propósito.

Séptimo. Delimitación de atribuciones y coordinación con los servicios de Salud pública.—La doctrina que tiende a imponerse a este respecto, y que es la que preconizamos, es que el Seguro Social asuma la responsabilidad de todas las medidas que tienden a la conservación de la salud de la unidad biológica y social: la familia, y que, por lo mismo, deben ser aplicadas por los individuos. Los servicios de Salud pública deben asumir la responsabilidad de la salud colectiva y sus actividades, que generalmente se aplican a la sociedad en general o a poblaciones en masa, estarán orientadas a crear condiciones ambientales favorables y a luchar contra las causas de las enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

(1) HENRY E. SIGERIST: *Civilización y enfermedad*. Versión española de Ramón Aguirre Dávila. Editorial Fondo de Cultura Económica. Pánuco. 63. México, 1946.

(2) GENGE ROSEN, M. D. P. G.: *Approaches to a concept of Social Medicine. A Historical Survey*. The Milbank Memorial Fund Quartely I, 1948.

(3) ROLL H. BRITTON: «Senior Statistician Office of Industrial Hygiene and Sanatations. United States Public Health Service. Mortality Rates by occupational class in the United States». *Public Health Reports*, vol. 49. número 38, septiembre 21. 1934. págs. 1.101-1.111.

(4) LUIS ANGEL UGARTE: *Deontología médica en la práctica del Seguro Social*. Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas. Segunda reunión. Lima. mayo 1939.

(5) Bureau Internationale du Travail: *L'Assurance Meladie*. Etudes et Documents, serie M (Assurances Sociales), núm. 4. Genève, 1925.

(6) Caja Nacional de Seguro Social. Lima (Perú). Ley núm. 8.433. *Informaciones sociales*. Año I, núm. 1, julio 1937. págs. 97-109.

(7) GERMÁN SÁNCHEZ PIÑA: *Los Seguros sociales y la Ley de Seguro Social Obligatorio de Venezuela*. Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile. Santiago, 1942.

(8) Caja de Seguro Obligatorio. Santiago de Chile. *España: Reglamento del Seguro de Enfermedad*. «Boletín Médico Social». Año XI, números 117-119. julio-septiembre 1934.

(9) Instituto Mexicano del Seguro Social. Código de Seguridad Social. México, 1945.

(10) A. BIONDI E. Jefe del Departamento Médico: J. VIZCARRA. Jefe zo-

ual de Valparaíso: S. ELGUEN M., Jefe del Servicio de Educación Sanitaria; M. ROSENDE, Jefe de la Sección de Farmacia: *La Caja del Seguro Obligatorio, 1924-1944. Desarrollo estructural y funcional. Racionalización de los servicios y prestaciones*. «Boletín Médico Social», Caja de Seguro Obligatorio, Santiago de Chile, Año XI, números 117-119, julio-septiembre 1944, págs. 205-252.

(11) Caja de Seguro Obligatorio, Santiago de Chile. Primer Reglamento General de los Servicios Médicos. «Boletín Médico Social», Año XI, números 117-119, julio-septiembre 1944, pág. 161-162.

(12) DR. J. VIZCARRA C. Consultorio Ezequiel González C.: *Medicina social*. Valparaíso, Año III, núm. 20, marzo-abril 1937, pág. 2.

(13) J. GARCÍA TELLO: *La perspectiva de la Medicina en los Seguros sociales*. Santiago de Chile, 1934.

(14) DR. ALFREDO ROJAS CARVAJAL, Jefe de la Sección de Medicina Preventiva de la Caja de Seguro Social Obligatorio, Chile: *Reforma de la Ley 6.174*. «Boletín Médico Social», Santiago de Chile, Año VII, núm. 75, septiembre 1940, págs. 440-443.

(15) DR. GUILLERMO VELASCO MORA, Presidente de la Federación Médica Chilena del Seguro Social; DR. ROBERTO E. AGUIRRE, Secretario general de la Federación Médica del Seguro Social: *Participación médica en el Seguro Social y la Seguridad Social en Chile*. II Congreso Médico Social Panamericano, Actas y Trabajos, Lima (Perú), 1949, págs. 110-120.

(16) DR. JOSÉ VIZCARRA, DR. VÍCTOR GROSSI, DR. EDUARDO GROVE, DR. SALVADOR ALLENDE, DR. BALDOMERO ARCE MOLINA: *Necesidad de un plan racional y comprensivo para el cuidado de la salud pública*. Ponencia presentada a la Convención Anual de la Asociación Médica Chilena, Septiembre 1937. «Medicina Social», Valparaíso, núm. 23, septiembre-octubre 1937, págs. 10-21.

(17) Asamblea extraordinaria del Gremio Médico. «Medicina Social», número 25, Valparaíso, I-II-III, 1938, págs. 15-17.

(18) JOSÉ VIZCARRA: *Política sanitaria de la Asociación Médica de Valparaíso*. «Medicina Social», núm. 31, Valparaíso, noviembre-diciembre de 1939, páginas 3-6.

(19) DR. SALVADOR ALLENDE, Ministro de Salubridad: *La realidad médico-social chilena*. Santiago, 1939.

(20) Concentración médico-provincial de la Asociación Médica de Valparaíso. Conclusiones. «Medicina Social», núm. 31, Valparaíso, noviembre-diciembre 1939, págs. 8-9.

(21) DR. ARTURO LOIS, Director de los Servicios Médicos de la Caja de Seguro Obligatorio: *Expansión de los Servicios Médicos Sociales*. «Boletín Médico Social», núm. 75, Santiago de Chile, septiembre 1940, págs. 427-438.

(22) CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL: *Plan de los Servicios Asistenciales*. Primer boletín mensual. «Informaciones Sociales», año I, núm. 1, Lima, junio de 1937, pág. 216.

(23) CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL: *El utilaje sanitario propio, meta de la organización asistencial en los Servicios Asistenciales del Seguro Social Obligatorio en el Perú*. Folleto, Lima, 1938.

(24) EDGARDO REBAGLIATI: *Doctrina, fines y técnica del Seguro Social*. «An-

formaciones Sociales». Caja Nacional de Seguro Social. Año I, núm. 1. Lima (Perú), julio de 1937, pág. 11.

(25) CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL (La organización asistencial en el folleto): *Los servicios asistenciales del Seguro Social en el Perú*. Lima, 1938.

(26) EDGARDO REBAGLIATI: *Eficiencia y economía en las prestaciones médicas y farmacéuticas en el Seguro de Enfermedad*. Comité Interamericano de Seguridad Social. Conferencia de Santiago de Chile, 10-16 de septiembre de 1942. Segundo tema del Orden del día. Santiago de Chile, 1942.

(27) LUIS ANGEL UGARTE, Jefe del Departamento de Higiene y Asistencia: *Organización funcional y unidad de asistencia hospitalaria*. «Informaciones Sociales». Caja Nacional de Seguro Social. Año II, núm. 8, agosto de 1938. Lima (Perú).

(28) LUIS ANGEL UGARTE: *Organización de trabajo médico y Seguro Social*. «Nuestro Hospital», órgano del Seguro Social de la provincia de Chancay. Año I, núm. 1. Huacho, marzo de 1943.

(29) JULIO A. DÍAZ MARTÍN: *Filadelfia y las prestaciones que tratan del cuidado de la salud*. REVISTA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD SOCIAL. Año IV, núm. 6. Madrid, julio 1950, págs. 819-840.

(30) DEAN A. CLARK, M. D. Medical Director Health Insurance Plan of Greater, New York: *The Health Department and Medicafe Care Group Practice in Preventive Medicine*. «American Journal of Public Health», volumen 137, número 3, marzo 1947.

(31) THE NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE: *Medicine in the Changing Order*. Report of the New York Academy of Medicine Committee on Medicine and the Changing Order. New York The Commonwealth Fund, 1947.

(32) FRANZ GOLDMAN, M. D., Public Medical Care Columbia University Press. New York, 1945.

(33) HENRY E. MELANEY, M. D.: *Preventive Medical Services for the family*. The Milbank Memorial Fund Quartely. July 1949. Vol. XXVIII, núm. 3. New York.

(34) INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN (Bolivia): *La Ley de Seguros Sociales Generales*. REVISTA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD SOCIAL. Año IV, núms. 7-8. Madrid, julio-agosto 1950.

(35) J. L. HYDRICK, M. D.: *La higiene rural en las Indias holandesas*, traducido al español por el Dr. Ovidio García Rosell, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos. Lima, 1944.

(36) MILTON BUFOR CASEBOLT, M. D. Kansas City: *Fertile fields for the general practitioner*. Charman's Address. «The Journal of the American Medical Association», vol. 144, núm. 821, octubre 1950, págs. 599-560. Chicago, 111.

(37) MARSHAL C. BALFOUR, M. D.: *Problems in Health Promotion in the Far East*. «The Milbank Memorial Fund Quartely». Jan. 1950, págs. 84-95.

(38) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO: *Tendencias de la Seguridad Social de la postguerra*. Estudio publicado en la «Revista Internacional del Trabajo», reproducido en la REVISTA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD SOCIAL, año VI, núm. 4. abril de 1950, págs. 513-530, y año IV, núm. 5, mayo de 1950, págs. 703-720.

(39) II Congreso Médico Social Panamericano. II Sección. Acuerdos, conclusiones y recomendaciones. «Actas y Trabajos». Lima (Perú), 1949, págs. 169-172.

(40) Federación Médica Peruana. «Boletín». Año III. núm. 3. Lima. marzo de 1951.

(41) MICHAEL M. DAVIS: *Chairman, Committee on research in medical economics*. «America Organizes Medicine». Harper and Brothers. New York and London, 1941.

(42) BERNHARD J. STERN, Profesor de la Universidad de Columbia: *Los progresos de la sociedad y la Medicina*. Traducción del inglés por Raúl Orjeda. Editorial Americalee. Buenos Aires, 1944.

(43) Dr. GUILLERMO ALMENARA, Superintendente del Hospital Obrero de Lima: *Estudio de la participación médica en el Seguro Social y la Seguridad Social*. Ponencia oficial presentada al II Congreso Médico Social Panamericano. «Actas y Trabajos». Lima (Perú), 1949, págs. 86-109.

(44) Dr. JORGE VERGARA DELGADO, M. D., Médico Jefe del Instituto Colombiano del Seguro Social: *Bases para una organización médica asistencial a través de los Seguros Sociales*. «Actas y Trabajos del II Congreso Médico Social Panamericano». Lima (Perú), 1949.

(45) The American Hospital Association. Hospital Resources and Needs. The report of the Michigan Hospital Survey. The W. Kellogg Foundation. Battle Creek. Michigan, 1946.

(46) F. W. JACKSON, M. D., Deputy Minister, Department of Health and Public Welfare, Winnipeg Manitoba Canada: *The Health Department and Medical Care*. «American Journal of Public Health», vol. 37, núm. 3. March, 1947.

ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS EN LOS SEGUROS SOCIALES

PRIMERA PARTE

SEGURO SOCIAL DE ENFERMEDAD

*Ponencia oficial presentada
a la comisión III del Congreso
Iberoamericano de Seguridad
Social.*

*Jefatura Nacional del
Seguro de Enfermedad
de España*

I

Hay ideas o conceptos que, por el acierto de su expresión o por la altura del organismo que los formula, obtienen pronto unánime asentimiento de conformidad y complacencia.

El 20 de abril de 1944, la Conferencia Internacional del Trabajo formula, como principio de un futuro venturoso, que: *La paz duradera sólo se puede establecer sobre la justicia social. Es necesario elevar el nivel de vida obrera. Es necesario la aplicación de una política calculada para garantizar a todos una parte justa en los futuros del progreso.*

Otras veces, la idea que se enuncia como consecuencia de una acertada expresión de los directores de la tarea gobernante se convierte en *slogan* de feliz divulgación. Sir William Beveridge, en su informe sobre el plan de la Seguridad Social, dijo que: *El restablecimiento de la salud de una persona enferma es un deber del Estado y de la misma persona con preferencia a cualquier otra consideración*, principio que resonó en todo el ámbito acústico del universo.

España, en labor seria y tenaz, anterior y posteriormente a aquellas fechas, ha construído y construye su organismo social bajo la inspirada dirección de don Francisco Franco, Caudillo de España, y sus obras, logradas unas y en vías de realización otras, han superado a las frases y a los *slogans* con condiciones más que suficientes para completar un periplo de circunnavegación, ofreciendo materia de reflexión y estudio a los profesionales de todo el mundo si muchos oídos no estuviesen cerrados con aquella cerrazón a que alude el Evangelio. Mas nuestra verdad es gota que horada y resplan-

dor que ciega, porque lleva la fuerza de una verdad substantiva.

Antes que aquellas concepciones tuviesen una realización práctica, ya gozaba de pública inserción el Fuero de los Españoles, verdadero Código social y célula del desarrollo de la política del régimen en orden al futuro Seguro total, capítulo cumbre y meta de la aspiración doctrinal y práctica de nuestra revolución.

España—ha dicho nuestro Ministro de Trabajo—se apresta como adelantada del mundo, a dar salida por caminos justos y cristianos, de amor a esa gran corriente histórica de liberación del humilde que, comprimida por la fuerza de los privilegiados, necesitaba recibir sobre su desesperación, su rabia y su pecado la gracia divina del bautismo (1).

I.—FIJACIÓN DE CONCEPTOS.

Es evidente que se acusa una imprecisión o, si se quiere más, un confusionismo (2) entre los términos empleados en el moderno Derecho social, y así se llega a apuntar la estimativa de una depuración de vocabulario básico de instituciones y conceptos.

El Secretario de la Real Academia Española de la Lengua indicaba cuán conveniente sería la redacción de un diccionario laboral que, buscando sus primeros materiales en la terminología del Derecho positivo, se fuesen acoplando sobre este armazón, por orden de eficacia, todos los complementos necesarios para dar a la obra forma acabada y líneas armoniosas (3).

Pero quizá, más que imprecisión o falta de firmeza en su

(1) GIRÓN DE VELASCO: *Orientaciones sociales del Gobierno*. «Publicaciones I. N. P.», 1945, pág. 10.

(2) UCELAY REPOLLÉS: *Concepto del Derecho social*.

(3) JULIO CASARES: *A propósito de un Diccionario laboral*. «R. de T.». Congreso de Estudios Sociales, 1945. «R. de T.», junio 1947, pág. 625.

contenido y acepción, la causa de todo estriba en la plétora de ideas, de matices, de relaciones, que quiere compendiarse en los límites gráficos y fonéticos de la palabra.

Estamos en la juventud de una nueva rama del Derecho, vigorosa y pujante, con la fuerza arrolladora de un crecimiento que provocan los mejores factores de la vitalidad jurídica, y, por esa razón, los conceptos clásicos resultan estrechos e insuficientes.

Las doctrinas filosóficosociales están plasmando un nuevo orden social que se debate entre dos corrientes diametralmente opuestas y donde precisamente el concepto del hombre y de su personalidad juega papel de distinción.

Bendita inquietud esta que hoy palpita en las aulas, en los gabinetes y seminarios de estudios; por su virtud, se obtienen logros cuya gestión en otras circunstancias sería laboriosa y larga.

El Derecho social, la gran conquista de la Edad Contemporánea, puede decirse que surge en el mundo a fines del siglo XVII; pero, a partir de entonces, los criterios para determinar su diferenciación de los Derechos natural y positivo son tan variados y tan dispares, que sería desvirtuar el objetivo de estas líneas el tratar de hacer mera reseña de su distinción en la bibliografía jurídica, pero es obligado reconocer que «sólo siguiendo el camino de la metafísica será posible superar los problemas técnicos que hoy tiene planteados» (4).

Múltiples variedades ofrece la sistematización del Derecho social; pero de ellas ofrece coyuntura a nuestro propósito la «concepción centrada en la idea de asistencia» (5), tesis que propugna el Derecho social como complejo de normas y de instrucciones referentes a la Previsión y a la Asistencia.

Es decir, que, de acuerdo con esta construcción jurídica,

(4) CASTRO RIAL: *Seguro social y Seguro privado*. «Revista de Derecho Mercantil». Septiembre-octubre 1946, pág. 90.

(5) CASTRO RIAL: Obra citada, pág. 82.

el Derecho social es institución propia, independiente e inconfundible con otras ramas jurídicas, incluso el Derecho de trabajo, y cuyo contenido substantivo es precisamente la Previsión y la Asistencia social.

He aquí cómo la realización de la Previsión—seguro y ahorro—y de la Asistencia—prestación y subsidio—centran el panorama de la Seguridad Social—el tercer término que ha venido a agudizar la distinción terminológica—, y que, apoyada ya en la teoría del «mínimo vital», ya en el de «liberación de la necesidad», constituye el sistema y las formas de su realización.

Pero la Seguridad Social no es una panacea para remediar todos los males (6). La más vigilante preocupación no llegará a cubrir todos los riesgos. No pretende la Seguridad Social otorgar una garantía colectiva que reduzca el esfuerzo y la iniciativa personales. El objetivo es más preciso: se habla de prevenir y controlar los riesgos comunes de la vida y cubrir las necesidades, cuya satisfacción, vital para los individuos, es, al mismo tiempo, esencial para la estructura de la colectividad.

A la consecución de la Seguridad Social por el camino de la Asistencia se llega por dos instituciones, que ya la Conferencia Regional Preparatoria Asiática de la Oficina Internacional del Trabajo pronunció en Nueva Delhi: una, la Asistencia mediante un Seguro social con base financiera y régimen de cotización, y otra, la Asistencia como servicio público, aplicable, por tanto, a todos los ciudadanos y sujeto a regulación administrativa.

II.—SEGURO SOCIAL.

Nuestro Código civil encuadra el negocio jurídico del Seguro bajo la rúbrica de las relaciones contractuales aleato-

(6) OSWALDO STEIRE. Citado en «Ed. Mecanográfica», sobre *El Seguro de Enfermedad en el mundo*.

rias; pero tanto este Cuerpo legal como el Código de Comercio, no definen tal institución en cuanto afecta a las personas, si bien reglamentan y describen algunas de sus formas especiales.

La idea del Seguro nace en el Derecho marítimo; el comerciante ha sido el primero en descubrir una combinación mediante la cual, si no eliminar el riesgo, que significaba tanto como modificar las leyes fatales del Universo, sí paliar en cierta cuantía el volumen del daño personal.

Nuevo o viejo, el Seguro es una eclosión jurídica; todo en él es rebelde a una definición unitaria que abarque en un solo concepto sus distintas manifestaciones. Cada tipo de Seguro es un semillero de variadísimos contratos (7).

El Seguro representa un triunfo de la vida humana sobre las fuerzas ciegas de la Naturaleza, una victoria de la lógica sobre todos esos poderes ilógicos con que el hombre tiene que luchar (8).

De esta raíz del Seguro Mercantil al Seguro Social han pasado más siglos de los que cifra el almanaque; la ciencia del Derecho ha ido señalando la línea divisoria substancial de ambas instituciones a través de tres históricos períodos: el de las comunidades libres de Seguros, limitadas en cuanto al número de personas; el de las comunidades libres de Seguros, con número ilimitado de miembros, y el de las comunidades coactivas de Seguros, ilimitados en cuanto al número de personas.

Criterios de distinción como: la naturaleza pública del órgano asegurador (9), la carencia de afán de lucro, la categoría de la persona asegurada, el fin político social, la cuantía de la contribución en orden a las prestaciones, la aportación

(7) S. GARRIGUES: *Curso de Derecho mercantil*.

(8) KOHLER, citado por Castro Rial: *Obra citada*, pág. 111.

(9) VICENZO GUELI: *Elementi destruttivi della Assicurazioni Sociali della assicurazioni private Sagi*, in «Saimze Assicervative», vol. II, pág. 149 y sigs.

estatal y del patrono, contribuyen a señalar diferenciaciones de contribución, pero la satisfacción no es plena.

Cómo se fué construyendo el Seguro Social a través de estas etapas es proceso harto complejo para que tenga cabida en esta lacónica exposición. Todavía sería aventurado afirmar si es una institución nueva—dando al término novedad la cuantía relativa hegeliana—o si es, por el contrario, una variante del Seguro mercantil clásico.

El Seguro Social llega a definirse como institución de Derecho público en razón de los derechos que otorga y de los deberes que impone (10), y también como aquel que el Poder público regula, protege y controla, encomendándolo a entidades no lucrativas de Derecho público, técnicamente organizadas e intervenidas por patronos y obreros para cubrir el riesgo de la suspensión o pérdida de la retribución de su trabajo a los que de él viven (11).

Mas los fundamentos para determinar al Seguro Social como el negocio jurídico que previene el primer término están, indudablemente, en crisis; no existe correlación entre prima y riesgo; existe en mayor grado entre cotización y prestación; no es la base mercantil y financiera el substráctum de su existencia.

En los últimos años se acentúa el criterio de dar al Seguro Social una independización de estructura y contenido. Se llega a la «planificación de los Seguros sociales» basados en la unidad de «riesgo», concepto que, a la vez, se transforma en el de «situación de necesidad»; se abandona la técnica del Seguro privado para buscar nuevas y más amplias bases financieras.

(10) SERRANO GUIRADO: *El Seguro Obligatorio de Enfermedad y sus problemas*.

(11) I. JIMÉNEZ, citado por Castro Rial: *El Seguro Social y el Privado*. Obra citada.

III.—EL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD.

Presupuesta la asistencia médica como Seguro social obligatorio, origina como consecuencia que el Seguro Obligatorio de Enfermedad ha venido a ser la piedra angular de la Seguridad Social.

En la Conferencia de Chile, de 1942, en la de Filadelfia, de 1944, celebrada ésta bajo la tutela de la Oficina Internacional del Trabajo, y en la Conferencia de Nueva York, de 1946, organizada por el Consejo Económico y Social de la O. N. U., se reconoce reiteradamente que «la salud es el más poderoso bien del hombre y de la nación, y que la Seguridad Social y la salud deben ir íntimamente unidas para conseguir el pleno goce y desarrollo de la vida».

Pero la realización de este contenido ha revelado en los continentes distintos coeficientes de resistencia: uno, el de Europa, y otro, el de los países americanos.

En el primero se persigue una organización sanitaria nacional adecuada a toda la población activa, propósito que tropieza con el tradicional sistema de Seguro y con una clase médica que defiende los últimos baluartes de su individualización profesional; en América, en cambio, el terreno está más virgen y fértil, y la estructuración puede realizarse con más libertad de directrices.

Sin embargo, con un sistema o con otro, la extensión de la institución es incontenible y arrolladora; el logro de un orden social más justo, que compendia la mayor perfección de la asistencia médica, no tiene límites en sus aspiraciones.

Así, en la resolución E de la Conferencia Chilena se escribe que «el Seguro de Enfermedad debe otorgar una asistencia médica eficaz que proporcione a los asegurados y sus familiares todos los recursos de la ciencia moderna».

El Seguro Obligatorio de Enfermedad en España pretende alcanzar la humana perfección en esta técnica y arte mé-

dicos; ha logrado incorporar a sus cuadros profesionales desde los médicos de familia hasta el que practica la superespecialidad, si puede admitirse este término para denominar de algún modo la «técnica» especial aplicable a un determinado tipo de dolencia.

El Decreto conjunto de los Ministerios de Educación Nacional y de Trabajo, de 22 de marzo de 1948, coordina el cumplimiento de los fines asistenciales con los docentes, y así, en las ciudades donde exista Facultad de Medicina, los catedráticos numerarios se encuadran en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, desempeñando las jefaturas de clínicas de sus Residencias sanitarias.

Por el Decreto de 16 de diciembre de 1950 se determina que los catedráticos serán nombrados médicos especialistas, jefes de clínicas en la especialidad de su profesorado, y, además, se les otorga la condición de médicos consultores atendiendo a su alta formación científica, y se les atribuye la intervención en los procesos acordes con su especialización.

También por esta última disposición el Seguro acoge a aquellos facultativos que han hecho de su título universitario el mejor guión de su conducta y de su fama profesional, conseguida y lograda en libre competencia con otros especialistas; patrocinados estos prestigios médicos nacionales por la Real Academia de Medicina, son igualmente considerados como jefes de clínica de las Residencias sanitarias.

Por último, extremando la preocupación por conseguir la total eficiencia de aquella recomendación internacional, el Seguro Obligatorio de Enfermedad solicita la intervención de facultativos ajenos al organismo en casos de necesidad o de conveniencia para la óptima solución clínica, satisfaciendo entonces los honorarios de los facultativos como acto médico libre.

Cómo se han organizado los servicios, cuáles son los me-

dios materiales para su consecución, son extremos que en los capítulos siguientes se exponen.

Y séanos permitido destacar aquí, previamente, una observación con carácter simplemente informativo. Al desarrollar esta ponencia sobre las Prestaciones Médicas en el Seguro de Enfermedad, hemos tenido que ceñirnos al período de tiempo que impusieron las circunstancias y la fecha de la celebración de este Congreso de Seguridad Social. Era materialmente imposible que la Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad español pudiera presentar el trabajo que sus deseos, y hasta sus obligaciones oficiales, querrían que se hubiese presentado; pero era un deber ineludible el aceptar el puesto de trabajo que se le ofreció con esta ponencia, y ésta se hizo con todas las reservas y todas las limitaciones, que fácilmente pueden desprenderse de las consideraciones anteriores.

Por ello, aunque se ha proyectado este trabajo con una visión amplia, objetiva del Seguro de Enfermedad, de un modo teórico, es evidente que como más fácil nos era estudiar el tema era apoyándonos en nuestra propia organización y trayendo aquí, como mejor elemento de información, el sistema en parte adoptado por el Seguro Obligatorio de Enfermedad español. Queda, pues, entendido que al hablar de la Asistencia Médica lo hacemos refiriéndonos al Seguro español, ya que consideramos que el ejemplo vivo de nuestra experiencia es la mejor aportación que podíamos hacer, dadas las condiciones en las que esta ponencia tuvo que ser redactada.

Por otra parte, también es lo cierto que nada hay tan fecundo y aleccionador como la vida misma, que día a día, con sus enseñanzas, nos dice de nuestros defectos, y es una invitación constante para superarlos.

II

NOTAS HISTORICAS SOBRE ASISTENCIA Y PREVISION
SOCIAL EN ESPAÑA

Ya durante la dominación romana existieron fundaciones que debían tener fines de previsión y asistencia social.

A tal carácter respondían indudablemente instituciones como alguna establecida en la antigua Emérita Augusta, o, también en cierto modo, las asociaciones de trabajadores «Collegio» y «Sodatilla».

La más antigua fundación asistencial benéfica conocida en España se remonta al 580 (d. de J. C.).

También los agudos espíritus de la época se preocupaban por estos problemas. Nuestro Séneca, con motivo de algunas calamidades públicas, da en sus cartas curiosas normas de verdadera previsión y asistencia.

En la Edad Media, la beneficencia y asistencia social se vinculan a las órdenes monásticas y arraigan con un sentido netamente religioso y cristiano, y que, a impulso de esta caridad, o por necesidades derivadas del peregrinaje, numeroso en lo que respecta a Santiago de Compostela, créanse hospitales anejos a las fundaciones monásticas y casas para el sustento de menesterosos, centros de refugio para caminantes y peregrinos y otras instituciones benéficoasistenciales.

En época un poco posterior (siglo XIII), forzoso es aludir al Rey Alfonso X el Sabio, que en una de sus Partidas (Ley II, título XXV) da normas interesantísimas de previsión e incapacidad en hechos acaecidos con ocasión de guerras, estableciendo verdaderos y curiosos cuadros de incapacidades profesionales, a las que se asignan el correspondiente subsidio, único y determinado en maravedíes. Entramos así en una época que puede juzgarse marca jalón en la historia de la previsión

y asistencia social en España, el siglo XII, con una institución peculiar, la *cofradía*.

Los cofradías.

Las cofradías, alguna de las cuales se constituye con un carácter de verdadera Asociación de Socorros Mutuos, cumple un triple cometido: beneficio a los asociados, seguro o auxilio con ocasión de enfermedad y gastos o auxilio para entierro.

La cofradía evolucionó en años posteriores, adquiriendo un carácter gremial, y en muchos lugares y pueblos de España los artesanos establecieron sus cofradías gremiales. Los sastres de Betanzos, los mercaderes de Atienza, los zapateros de Barcelona, los recueros de Soria, pueden citarse entre ellos. Los tenderos de Soria tenían establecido el Seguro de Enfermedad y el de Muerte. La regla reza: «Et otro sí, ponemos que el cofrade que fuere enfermo, que lo vaian a velar quatro cofrades, los más cercanos... fasta que sane o fine... e si alguno cofrade enfermare e non oviere de que se mantener deule los cofrades alguna ayuda con que se mantenga fasta que sane o fine...»

El auxilio por muerte y por enfermedad queda perfectamente establecido en numerosas cofradías durante toda la Edad Media, y hay numerosos y variados procedimientos de dar el subsidio económico: subsidio indeterminado o determinado: auxilio con el trabajo de los cofrades y asistencia «médica y botica», que era la norma entre la Cofradía de la Vera Cruz de Játiba, en el año 1381, y los carpinteros de Ribera, en Barcelona (1392). La asistencia hospitalaria en instituciones propias de cada cofradía es practicada en Andalucía y Navarra durante los siglos XIV y XV.

Aun existía otra modalidad en la prestación económica antaño: el subsidio económico con obligación de devolución

al sanar, que en 1381 figura en la regla de los plateros catalanes de Barcelona.

La hermandad.

Este auxilio en caso de enfermedad, prestado a través de las cofradías y cofradías-gremiales, aún tiene una evolución acusada en la modificación que experimenta la Asistencia Social en tiempo de los Reyes Católicos, formándose así una agrupación benéfico-religiosa que se denomina *hermandad*, en la que se determinan las circunstancias de admisión de asociados, cuotas o contribuciones de entrada, semanales, mensuales, anuales, etc., y los beneficios por muerte o por enfermedad. La enfermedad atendíase ora con asistencia hospitalaria en instituciones de la hermandad, ya proporcionando al asociado enfermo un subsidio único y determinado en metálico y dentro de ciertos plazos previstos.

La modalidad más común y frecuente era la de subsidio diario con limitación a ciertos períodos de tiempo. El socio, previa certificación del médico o cirujano, empezaba a disfrutar una indemnización en metálico el mismo día de su enfermedad. En algunas dolencias, para evitar engaños, el enfermo no disfrutaba dicha ayuda hasta el cuarto día del aviso. El subsidio era llevado por los «celadores» a las siete de la mañana en verano, y ocho en invierno, visitando al enfermo y comprobando su estado.

Los beneficios en algunas hermandades alcanzaban no sólo al asociado, sino a su cónyuge, y era proverbial que las enfermedades médicas recibieran doble subsidio que los procesos quirúrgicos. La cantidad que se percibía en concepto de subsidio por enfermedad oscilaba entre los diez-catorce reales por día.

Este tipo de hermandad se perfecciona aún más en años posteriores. Carlos V crea Cofradías de Socorros Mutuos, con

las que determina que los gremios atiendan al auxilio, no sólo de los agremiados enfermos, sino también de personas ajenas al oficio; este carácter abierto de la hermandad es notorio entre el gremio de los zapateros madrileños en 1583, constituido bajo la advocación de Nuestra Señora de los Remedios; contaba con médicos, cirujanos, barberos y boticarios propios, y proporcionaba un subsidio por enfermedad, semanal, de siete reales, dando entrada voluntaria en su seno a cualquier solicitante, con lo que llegó a contar con más de 5.000 asociados ajenos a la profesión.

Felipe II tuvo gran preocupación por los asuntos de la previsión, y los seguros de vida y enfermedad alcanzan una época de auge y esplendor bajo su reinado, iniciándose así los tradicionales y añejos sistemas de igualas médicas, y perfeccionando los relativos a transportes (terrestres y marítimos), vida, etc. Por otra parte, es uno de sus médicos de cabecera, el doctor Cristóbal Pérez de Herrera, a quien puede asignarse el título de Padre de la Beneficencia y Asistencia Social en España.

Los montepíos.

Esta organización y prestación de asistencia subsiste hasta el siglo XVIII, en el que se presencia la extinción de la organización corporativa gremial tradicional—hermandad—, naciendo un nuevo organismo peculiar, el *montepío*, sistema primario de previsión, basado en la solidaridad económica de una colectividad. Durante el mandato de Esquilache se forman algunos montepíos, precisamente de los primeros el Militar (1761), de Ministerios (1763) y Reales Oficinas (1764). Ya fué Maluquer quien afirmó en la Academia de Jurisprudencia que en el siglo XVIII se conocían y aplicaban en España, entre otros Seguros, los de transportes terrestres y marítimos, vida, rentas vitalicias, accidentes, agrícolas, incendios y algo parecido al de Enfermedad.

Los primeros años del siglo XIX acusan en la política interior del país (declaración venta de bienes órdenes religiosas, desamortización, etc.) una cierta influencia en la asistencia benéficosocial, todavía muy ligada al ambiente religioso; pero es el siglo XIX el de la resurrección del mutualismo, íntimamente ligado al aumento del daño por incremento de la industria, a la aparición de la gran industrialización, capitalismo, etc., y surgen así las teorías del Seguro Social como parte integrante de la organización estatal, y a partir de 1880 comienza a hablarse de los Seguros sociales, que en España adquieren por fin un carácter oficial el año 1908.

Maluquer, Aznar y López Núñez juegan un papel fundamental en estas etapas previas de la Previsión y Seguros sociales, que llevan a la creación del organismo rector, el Instituto Nacional de Previsión, y así llegamos al actual Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Pero permítasenos todavía exponer, en líneas generales, cómo se hallaba en España la asistencia médica antes de la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

LA ASISTENCIA MÉDICA ANTES DE LA IMPLANTACIÓN DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD.

La acción sanitaria española, antes de la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, estaba ordenada en dos direcciones: una, atendida por el Estado, y que comprende la Beneficencia Pública, vinculada ya a la Provincia o al Municipio, ya a organizaciones estatales propiamente dichas, tales como Centros Nacionales de Asistencia Médica, Hospitales o Clínicas Universitarias o algún otro organismo de vida autónoma; y otra dirección, la que afecta a la asistencia individual, atendida por la Medicina privada, que, en algún caso, constituía sociedades privadas asistenciales.

Existen también instituciones de Beneficencia privada, ya

con un fin exclusivamente asistencial, o, lo que es más frecuente, mixtas, de asistencia médica y de asistencia benéfica propiamente dicha: asilos, orfanatos o clínicas benéficas, parroquiales o diocesanas, o de fundaciones particulares.

De hecho, la asistencia pública se reparte entre los organismos estatales propiamente dichos y los propios de las provincias y municipios. Bien entendido, que algunos organismos, determinados municipales, por ejemplo, eran modelo en su clase, pero, naturalmente, circunscrita su acción a un ámbito muy limitado.

Todo el gran volumen de la asistencia médica a las familias modestas está vinculado en torno a los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, que centralizan el envío de sus enfermos para hospitalización quirúrgica en las capitales de provincia, en donde las Diputaciones Provinciales poseen un hospital provincial que concentra los enfermos por domicilio hasta el límite de la provincia respectiva.

Los centros de asistencia estatales, generalmente centralizados en Madrid, limitan su acción a ciertos aspectos especiales de la asistencia: Instituto Oftálmico, Hospital de Infecciosos, etc. Las Clínicas Universitarias, adscritas a las cátedras respectivas, se comprende que circunscriben sus actividades al grupo de enfermos cercanos geográficamente al centro universitario.

Las sociedades de asistencia.

La asistencia privada dedicaba su acción a la Medicina individualista, y la propia iniciativa privada había intentado resolver el problema de la asistencia médica, creando sociedades de tipo especial que, en algún caso, tenían un cierto carácter mutualista, aunque en el fondo era evidente la razón mercantil de su existencia.

Las sociedades de asistencia médica se reducían a una

entidad que agrupaba un conjunto de socios que cotizaban mensualmente una cantidad, sin más derechos que los de asistencia médica por el cuadro médico de la sociedad, pero ésta era la que designaba esos médicos y la que señalaba sus obligaciones. Los beneficios al socio alcanzaban a la asistencia médica en Medicina general; algunas veces, a especialidades médicas limitadas, gastos de farmacia, también limitados, y en ocasiones, un subsidio en caso de fallecimiento. Algunas agrupaciones profesionales obreras o de ciertas entidades tenían organizadas sus Mutualidades médicas, y también existían Cajas de Empresa con organización de asistencia médica para sus afiliados. Dichas Mutualidades o Montepíos de asistencia se ajustaban a las características que la legislación oficial señalaba para tales Instituciones de Previsión.

En varias zonas o regiones españolas existía una modalidad de concierto entre el médico y las familias, que voluntariamente convenían con éste sus servicios bajo la forma de igualatorio. Las igualas médicas significaban, por parte del igualado, el derecho a la asistencia limitada en Medicina general, atendiendo con sus propios medios el interesado a todos los demás gastos asistenciales.

Sectores de población a efectos de asistencia.

Puede resumirse la asistencia médica en España, antes de la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, agrupando toda la población en grandes sectores, atendidos cada uno de ellos por algunos de los procedimientos ya expuestos. Tendríamos así: A) Personas pudientes, a las que atendía la Medicina privada o individualista. B) Núcleos en las grandes poblaciones, generalmente, que eran tributarios de las sociedades privadas de asistencia médica en sus múltiples formas. C) Los integrantes de las listas oficiales de Beneficencia, atendidos por los médicos de A. P. D. y hospitalizados en los hos-

pitales municipales o provinciales. D) Los económicamente débiles, que en parte buscaban cobijo en el igualatorio médico o en las clínicas universitarias, o en las instituciones de Beneficencia privada.

Como puede observarse, los grandes sectores comprendidos en los grupos B) y D) estaban realmente necesitados de una asistencia sanitaria-económica eficaz, técnicamente ordenada.

Las clases económicamente débiles de la nación no tenían resuelto el problema de su asistencia con la amplitud que ello significa en la actualidad, y, desde luego, realmente carecían de hospitalización para intervención quirúrgica dentro de lo que fuese un derecho cierto e indudable, ya que todo lo existente se refería a personas francamente indigentes; pero no se admitía con plenitud de derechos a los económicamente débiles, que en realidad necesitaban una atención absoluta por parte de los Poderes públicos. Era, pues, evidente la necesidad de un procedimiento que eficazmente garantizase la salud de los españoles que, por sus circunstancias, ya económicas, ya sociales, no alcanzaban a obtener una asistencia médica adecuada.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad fué una necesidad sentida vivamente en España, y cuya implantación se propuso en conferencias y peticiones elevadas oficialmente a los Poderes públicos en distintas ocasiones.

Y el Seguro Obligatorio de Enfermedad, al poner en marcha sus servicios asistenciales, tuvo que tener en cuenta los existentes, para superarlos y evitar, por un lado, el incidir en el sentido benéfico que tenía la Asistencia pública en España, y, por el otro, tomar el tono frío y mercantilista de las sociedades de médico y botica. Al reconocerse el derecho a la conservación de la propia salud, y al recaer sobre los trabajadores y Empresas la atención de los gastos del Seguro, quedaba marcada la orientación que había de guiar al Seguro

Obligatorio de Enfermedad y sentados los fundamentos sobre los que había de constituirse.

Y la asistencia médica se estudió y se implantó con unas características propias, que vamos a indicar, en sus perfiles esenciales, en lo que sigue a continuación.

III

LA ASISTENCIA MEDICA EN LAS PRIMERAS ETAPAS DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD

Antes de su implantación, ya se había estudiado desde distintos puntos de vista, hasta hacer afirmar al señor Jordana de Pozas que su «preparación ha sido una de las más minuciosas y completas que se registran en nuestro Derecho».

Sin embargo, sus primeros pasos necesariamente habían, de ser lentos, apoyándose en medios elementales. Ni la vida adulta ni la perfección son propias de los comienzos.

El afirmar que el Seguro de Enfermedad en España no fué una improvisación, y que surgió pasada una larga época de estudio e investigación, no implica que se encontrara el campo en que había de desarrollarse perfectamente preparado; sería utópico y equivaldría a renunciar prácticamente a la vida si el Seguro hubiera esperado, para empezar su actuación, a que el asegurado, sobre quien habían de recaer sus beneficios, gozara de una educación sanitaria que facilitara, como debe ser, la labor social de esta clase de prestaciones: a que el facultativo, factor básico y substancia de esta Obra, alcanzara la preparación médicosocial que ha de llevarle a obtener los elevados provechos que el Seguro se propone; en fin, a que los medios, el Plan de Instalaciones, estuviera terminado.

Se encontró la Institución con diversos problemas plan-

teados que había de resolver antes de pasar los dinteles de su puesta en práctica; para beneficiar a una extensa clase social no podía sacrificar a ninguna otra.

Los médicos, y en general el personal sanitario, obtenían ingresos económicos, base de su vida familiar, de un buen número de personas, que al implantarse este régimen habían de adquirir la condición de beneficiarios.

Existe en España un Cuerpo médico muy numeroso de Asistencia Pública Domiciliaria; otro, no despreciable, al servicio de sociedades médico-farmacéuticas, y un tercero, más amplio que los anteriores, que vivía exclusivamente de su clientela privada, y que al implantarse el Seguro de Enfermedad podían ver mermados sus ingresos.

La resolución adoptada fué: los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria tendrían prioridad para obtener automáticamente nombramiento en el Seguro al tomar posesión de su «titular».

Los facultativos de sociedades médico-farmacéuticas formaron un grupo especial, con preferencia sobre los médicos libres, y se formó un tercer grupo en las Escalas con estos facultativos que solicitaron su inclusión, calificados debidamente por orden de méritos, que determinaba la prelación para desempeñar su misión en una localidad.

Así se resolvía y amparaba la situación de aquellos médicos de Igualatorios que, por su condición, no obtuvieron régimen de privilegio, evitando el advenimiento de otros facultativos extraños a una población que pudieran, por sus méritos científicos, perturbar su fuente normal de ingresos.

El día 1 de septiembre de 1944, en que el Seguro inició sus prestaciones en todo el territorio nacional, tenía nombrados, para la asistencia de sus siete millones de beneficiarios, cerca de 11.000 facultativos de Medicina general, a los que pudiera darse la denominación de médico de familia.

Este es el elemento básico para el ejercicio de la Medici-

na, y más para la práctica de la Medicina social, característica del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Mucho se iba debilitando en España esta función tan importante. El médico de familia iba perdiendo hasta el nombre, y quedaban muy pocos facultativos que de verdad siguieran estos derroteros fundamentales en el edificio sanitario.

Comprendió el Seguro que le era consubstancial el médico de familia, y que sin esos cimientos mal podía levantar su obra.

Sabía que encarna el ejercicio práctico de la Medicina, y que sin él no hay Medicina posible.

Es el médico de cabecera, que sigue sin interrupción la enfermedad desde el principio al fin; está presente y es requerido en todos sus cambios y accidentes; observa siempre los fenómenos tal como son, no como quisiera que fuesen, dentro de un cuadro de enfermedad establecido; sigue la realidad, y en su larga y asidua asistencia va separando las causas accidentales de la fundamental para llegar al conocimiento de ésta. Es el médico que tiene su puesto junto al lecho del enfermo y le impresiona el órgano o función alterada y las lágrimas del paciente, que son manifestaciones de un alma afligida. Hasta cuando el científico y el técnico han asegurado que todo tratamiento es inútil, el médico de familia queda para poner en orden el espíritu del enfermo, obra el prodigio de recuperar la serenidad en el paciente y le conduce suavemente a ese tránsito trascendente a lo eterno.

Así se fomenta una corriente de simpatía y confianza entre el médico y el enfermo.

¿Qué labor sanitaria más perfecta que la de aconsejar a los jóvenes que van a contraer matrimonio, conociendo perfectamente su organismo y sus inclinaciones? ¿Qué profilaxis más completa que este continuo orientar en las actividades de la vida, con indicaciones que parecen no tener importancia, pero que son como la gota de agua que deja rastro de su

acción aun sobre la piedra a aquellos que los médicos conocen física y espiritualmente? ¿Qué preparación mejor para cualquier tratamiento terapéutico que esta tranquilidad, esa esperanza que el médico en quien confían puede infundir en el alma de sus pacientes? Nadie como el médico de familia puede asumir la tarea de educar progresivamente al pueblo en sentido sanitario, medida indispensable para llevar a cabo, de una manera eficaz, la protección de la salud.

Sabía el Seguro que la puesta en práctica de la Medicina social obliga a revalorizar al médico de familia, consejero, amigo y confidente, que ya por su rareza decían que se iba haciendo antiguo.

Era preciso, como dice el doctor Barcia Goyanes, que el médico tuviera contacto con la vida espiritual del enfermo hasta sentirse verdaderamente unido a él. Volver a la posición cristiana del médico ante la enfermedad.

Todo esto pretendió y pretende hacer el Seguro, y por eso comenzó sus actividades con las propias del médico de familia.

Y a buen juzgar, que no pudo tener mejores principios ni hubo de sentirse defraudado en sus aspiraciones.

Los médicos españoles, hemos de proclamarlo con perennidad de reconocimiento, se entregaron al Seguro con todo su interés, sintiendo la Obra en sí mismos, a pesar de la escasa o ninguna formación recibida en su carrera acerca de estas obras sociales.

Fué la entrega del médico tan sincera y desinteresada, que pasaron muchos meses, desde el 1 de septiembre de 1944, en los que no se produjo ninguna queja de importancia de los miles de beneficiarios que reciben a diario su asistencia, utilizando el facultativo, para servicios del Seguro, sin recompensa económica de ninguna clase, sus domicilios y su material clínico.

El asegurado puede elegir con absoluta libertad el médico de familia que prefiera. Esta elección, naturalmente, había de

hacerse entre los que actuaban en el Seguro dentro de la zona en que residía el asegurado.

El mismo asegurado, por causa justificada, en cualquier momento, o sin apelar a exponer esta causa, siempre que hubiere pasado un año de la anterior elección, puede cambiar de médico.

Establecido así el servicio, se imponía la orientación de los médicos y ofrecerles medios para el más amplio ejercicio de la Medicina social.

Como en España la Medicina social no se estudia en los centros docentes, ni en la formación del médico, antes o después de la licenciatura, se atiende a este importantísimo aspecto de la Medicina, clave precisamente del Seguro Obligatorio de Enfermedad, necesariamente el mismo Seguro ha de prestar una particular atención a la formación del facultativo en tan fundamental disciplina, para que la practique al desenvolver sus funciones profesionales dentro de este régimen sanitario.

Hasta el advenimiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad, era la Medicina individualista la que prevalecía en la práctica, con excepción de algunos muy reducidos campos. Ni tampoco era preciso salirse de ella en el ejercicio de la asistencia privada o en el de las sociedades médico-farmacéuticas. El médico no echaba, por tanto, de menos su conocimiento.

Pero la asistencia moderna, y más concretamente la asistencia en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, exige, no sólo, como se hacía, estudiar con procedimientos clínicos las enfermedades, en cuanto concepción abstracta, u observar enfermos—casos patológicos—, sino tratar hombres enfermos, que son casos patológicos y casos sociales a la vez. Se llega así a la realidad en el concepto y a la máxima eficacia en la intervención.

Se logra hacer extensivo el arte de curar, el concepto social del arte de prevenir.

Entendemos, pues, que el Seguro Obligatorio de Enfermedad, para cumplir sus propios fines, ha de adoptar medidas que faciliten a los facultativos su formación en este terreno de la Medicina social, en el que ha de moverse, y sobre el que ha de edificar el baluarte más robusto defensor de la salud y vida de los trabajadores.

Otras prestaciones a que atiende el Seguro Obligatorio de Enfermedad español son las farmacéuticas, en una amplitud que podemos reconocer como absoluta, ya que fuera de algunos productos, considerados en vías de experimentación, todos pueden ser recetados.

Consideramos importantísimo, y dicho sea esto de paso, para no perder ocasión de indicar lo que a diario nos acucia, el estudio del sistema de suministro de medicamentos a los beneficiarios, por constituir el capítulo de mayor volumen económico, imprescindible y muy loable prestación en el régimen español, la de más difícil cálculo y la que puede hacer salir al profesional con más facilidad del terreno moral en que dignamente ha de moverse.

El Consejo General de Colegios Farmacéuticos apreció la importancia de esta medida social e hizo un convenio con el Seguro Obligatorio de Enfermedad, comprometiéndose a que todos sus colegiados, que lo son por obligación todos los farmacéuticos de España, despacharan las recetas médicas reconocidas como oficiales en el Seguro.

Puede, pues, el asegurado acudir a cualquier farmacia abierta al público.

Resultaba evidente que, a pesar de todos estos buenos comienzos y de la preparación que precedió a la implantación del Seguro, su misma naturaleza y sistema de acción exigía una vigilancia completa de las prestaciones y un cuerpo de

elementos orientadores que llevara a la práctica las disposiciones organizativas del Seguro.

El Cuerpo de Inspección de Servicios Sanitarios, con su doble responsabilidad de la organización sanitaria del Seguro y la vigilancia y control de su realización, asumió esta importantísima labor y se constituyó en cada provincia española en motor y eje de las actividades del Seguro.

El personal sanitario auxiliar, formado por las comadronas, practicantes y enfermeras, tuvo en estos momentos una actuación muy limitada por la falta de centros y no existencia de especialidades.

Sin embargo, en muchos casos hubieron de prestar su concurso. También para ellos y para las enfermeras se formaron las correspondientes escalas.

Para los servicios de comadrona se autorizaron todas las colegiadas en cada localidad, con objeto de que el médico, de acuerdo con la gestante, eligiera la de su mayor confianza.

Así se abre con las mejores promesas el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que en constante desarrollo pronto siente la necesidad de ampliar las prestaciones a sus beneficiarios, y aunque la Ley marca como fecha para el establecimiento de las especialidades dos años después del comienzo de la asistencia general, a los pocos meses, y con carácter de servicios extraordinarios o de urgencia, la Caja Nacional y la Obra «18 de Julio», principalmente, ponen a disposición de los asegurados los servicios de cirugía de urgencia, análisis clínicos y radiodiagnóstico, a los que siguen oftalmología, otorrinolaringología, radioterapia y odontología.

Se escogen los facultativos para la atención de estas especialidades de las escalas formadas, junto con las de los médicos de Medicina general y siguiendo el mismo criterio.

Al llegar el momento, 1 de enero de 1948, de implantar obligatoriamente todos los servicios de especialidades en el Seguro, no se retrasa el cumplimiento de esta medida, por

tenerlo ya en marcha a esas alturas casi en su totalidad. Es que a la buena voluntad y disposición de los médicos españoles se unió el interés y afanes de los Servicios Médicos del Seguro, que estudiaron a fondo los problemas de cada provincia, avanzando en extensión y altura para conseguir las noblemente ambiciosas metas que su legislación sanitariosocial les marca.

Comenzó, pues, la asistencia del Seguro con el médico de familia, ayudado por el personal sanitario auxiliar y con los farmacéuticos, como medio de suministro de los remedios terapéuticos, viéndose bien pronto ampliada su labor por los médicos especialistas, todos ellos integrados en la entidad aseguradora única que nuestra Ley determina, la Caja Nacional, que extiende su acción por medio de las entidades colaboradoras.

Se juzgó que las sociedades existentes en España antes de la implantación del régimen obligatorio de Enfermedad, y que practicaban de alguna manera este Seguro, pudieran quedar integradas en él como *colaboradoras* de la Caja Nacional. Con ello se pretendía aprovechar todo lo bueno que en estas sociedades existía y los medios con que contaban para la atención de sus afiliados, a la vez que ayudaban a la Caja Nacional en la ímproba labor que acometía. Junto con estas entidades se admitió también la colaboración de las Cajas de Empresa, similares a aquéllas para efectos sanitarios, aunque en el régimen administrativo existían diferencias.

Así permanecía aquella unidad tan deseable, manifestada en la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad español, que había de constituir su quicio más firme.

ESQUEMA ASISTENCIAL.

1.º *Sobre quiénes ejerce la asistencia el Seguro Obligatorio de Enfermedad.*—El campo de aplicación del Seguro lo constituyeron en su principio los trabajadores por cuenta aje-

na mayores de catorce años, cuyas rentas de trabajo, por todos los conceptos, no excedieran de 9.000 pesetas al año, con excepción de los manuales, que se integraban en el Seguro cualesquiera que fueran sus ingresos laborales.

Se exceptúan los funcionarios públicos o de corporaciones que tuvieran ya establecido el servicio de enfermedad.

Después, el campo del Seguro quedó delimitado para los trabajadores cuyas rentas de trabajo no excedan de 18.000 pesetas al año, sin la obligación que se establecía para los manuales, pero quedando en pie la excepción de los funcionarios públicos y de corporaciones.

Estos asegurados tienen como beneficiarios al cónyuge, ascendientes, descendientes e hijos adoptivos; los hermanos menores de dieciocho años o incapacitados de una manera permanente para el trabajo, y algún otro familiar a quien el Ministerio de Trabajo pueda reconocer ese derecho excepcionalmente, dadas las circunstancias de desamparo en que concurra.

2.º *Organización de los servicios médicos.*—Estaba encargada la organización de los servicios médicos en el Seguro al Instituto Nacional de Previsión. Hoy la organización se vincula directamente a la Dirección General de Previsión, por medio de la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad; en ésta queda encuadrada la Inspección de Servicios Sanitarios, y como entidades gestoras, la Dirección de Asistencia del Instituto Nacional de Previsión y las entidades colaboradoras, las cuales también pueden disponer de su Inspección Sanitaria, con las limitaciones correspondientes a su condición privada.

3.º *Medios para la asistencia.*—Tanto las consultas de Medicina general como de especialidades se efectúan en el domicilio de los médicos o en ambulatorios propios del Seguro o concertados. Aquella modalidad sólo se utiliza cuando el Seguro no dispone aún de centros idóneos.

La hospitalización de los pacientes que precisan intervención quirúrgica o tratamientos especiales se hace en sanatorios o clínicas particulares concertadas donde el Seguro no posee todavía residencias. A medida que éstas se van levantando, desaparece el sistema de concierto.

4.º *Clases y sistema de asistencia.*—Los beneficiarios del Seguro perciben los servicios de Medicina general y de todas las especialidades en su domicilio cuando no pueden abandonarlo, y en los ambulatorios y clínicas cuando su afección lo requiera.

Durante todo el tiempo que reciben asistencia médica obtienen cuantos medicamentos les sean precisos gratuitamente, sean fórmulas magistrales o específicos.

5.º *Personal sanitario.* — Está integrado por médicos, odontólogos, farmacéuticos, practicantes, comadronas y enfermeras.

Los médicos, según sus funciones, son directivos o de asistencia.

Los directivos actúan en las instituciones del Seguro, tienen aquel carácter y lo realizan con su propia representación.

Los de asistencia realizan sus funciones en el domicilio de los asegurados, en los ambulatorios o instituciones abiertas y en las residencias sanitarias o instituciones cerradas.

En este grupo se encuadran los médicos de familia, los especialistas y los del servicio de urgencia, los residentes y los equipos quirúrgicos.

Los médicos de familia que atienden el servicio de Medicina general son los médicos de cabecera a que nos hemos referido anteriormente.

Los especialistas tienen confiados los servicios de Cirugía general, Otorrinolaringología, Oftalmología, Aparato respiratorio y circulatorio, Aparato digestivo, Dermatología, Radioelectrología, Análisis clínicos, Odontología, Traumatología,

Neuropsiquiatría, Urología, Nutrición y secreciones internas, Ginecología, Tocología y Pediatría-Puericultura.

Los equipos quirúrgicos que se forman para las especialidades que tienen este carácter están integrados por un médico ayudante, un anestésista, que puede ser médico o practicante, y por un instrumentista, practicante o enfermera.

Los componentes de equipos quirúrgicos se nombran a propuesta del médico jefe del equipo.

Un mismo facultativo no puede simultanear los servicios de Medicina general con los de cualquier especialidad, ni los de dos especialidades, salvo muy excepcionales necesidades del servicio.

Los farmacéuticos pueden desempeñar la especialidad de laboratorio y análisis clínicos, y los odontólogos tienen la consideración de especialistas para el ejercicio de sus funciones.

Médicos del servicio de urgencia son los facultativos encargados de atender esta clase de asistencia desde las nueve de la noche a las nueve de la mañana.

Los practicantes, enfermeras y comadronas realizan los servicios propios de su profesión a las órdenes de los médicos.

6.º *Cupos de asegurados y honorarios.*—Los médicos de familia tienen asignados como cupo máximo 650 asegurados, con los familiares correspondientes.

Los especialistas de Cirugía general, Otorrinolaringología, Oftalmología, Aparato respiratorio y circulatorio, Aparato digestivo, Dermatología y Radioelectrología, hasta 13.000 asegurados, siempre con los familiares que tengan reconocidos ese derecho; los de Análisis clínicos y Odontología, un máximo de 15.600 asegurados; los de Traumatología, Neuropsiquiatría, Urología, Nutrición y secreciones internas y Ginecología, hasta 19.600, y los de Tocología y Pediatría-Puericultura, 9.500 como límite.

Todos ellos perciben sus honorarios según el número de asegurados que tengan adscritos. Si el cupo es el máximo se-

ñalado, se les justifican mensualmente 3.250 pesetas. Cuando el cupo es menor, se efectúa la proporción correspondiente.

El cupo máximo asignable a los practicantes es el de 1.300 asegurados, y sus honorarios mensuales por esta cantidad son de 1.144 pesetas.

A las matronas se les fija como cupo máximo 3.800 asegurados, y los honorarios mensuales, en 1.672 pesetas.

Las enfermeras, según su jornada laboral, tienen asignados sueldos fijos de 4.900, 7.000 y 8.400 pesetas.

Los componentes de equipos quirúrgicos perciben como honorarios una parte proporcional de lo que se asigne al jefe, y que oscila entre la mitad y la octava parte.

IV

LA UNIDAD SANITARIA GEOGRAFICA DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD

REGIONES Y ZONAS ESPAÑOLAS SANITARIAMENTE CONSIDERADAS.

Aun siendo independiente la asistencia médica, en su aspecto puramente técnico, de toda otra consideración, en el aspecto práctico, y para una buena organización de la asistencia, había necesariamente que tener presentes las características geográficas y aun etnográficas de las distintas regiones y zonas españolas.

Hay que considerar separadamente las peculiaridades de cada uno de los grupos que vamos a indicar.

Por una parte, nos encontramos con las grandes poblaciones españolas, en las que había que tener presentes todos los problemas que, en el orden de cosas que estamos considerando, plantea la gran ciudad moderna con su aglomeración de población, la dificultad de sus comunicaciones urba-

nas, sus distintas zonas o barrios, sus índices propios de morbilidad y hasta el tipo social y psicológico del asegurado que tiene que recibir la asistencia. Además, es en las grandes poblaciones en donde existe la plétora profesional, y se acumulan médicos sin trabajo y existen grandes centros sanitarios. Es también en donde desenvuelven su actividad con mayor amplitud las sociedades de asistencia médica y en donde la organización de la asistencia médica, por parte del Seguro Obligatorio de Enfermedad, tenía que contar con todos los factores locales.

Además, las grandes poblaciones, salvo alguna excepción, son también capitales de provincia, y a sus atenciones propias había que agregar las que significa la conveniencia que para una buena organización supone centralizar en la capital ciertos servicios comunes para toda la provincia. Pero, sin embargo, el Seguro no se atiene al pie de la letra a la división administrativa vigente en España, sino que considera principalmente la geográfica y las comunicaciones de cada sector que agrupó para prestar con eficacia los servicios sanitarios.

Por la misma razón de eficacia se pensó ya primitivamente que las grandes residencias sanitarias que habían de cubrir las necesidades de hospitalización se construirían en poblaciones grandes; en general, tienen éstas vías de acceso fáciles y cómodas, y ello permite obtener el mejor rendimiento de la institución, no sólo en cuanto a su mejor utilización por los asegurados, sino también para que los problemas de abastecimiento y organización interna de la propia institución tengan la mejor solución.

Y no solamente tenía que considerar el Seguro Obligatorio de Enfermedad lo que afecta a grandes o pequeñas poblaciones. Había que tener presente que el país se divide en regiones industriales, mineras, agrícolas o ganaderas, y los problemas asistenciales, aun siendo en el fondo los mismos, presen-

tan particularidades distintas que plantean, por ejemplo, las enfermedades profesionales, los accidentes de trabajo, los servicios de urgencia, etc., y aun dentro de la misma región, los núcleos urbanos o rurales tienen morbilidad y mortalidad peculiares ligadas a la existencia de endemias y aun epidemias localizadas.

La organización de la asistencia médica había de tener en cuenta la densidad de población, el domicilio de grupos de asegurados afectos a determinados centros de trabajo, los medios de desplazamiento del médico para asistencia del asegurado o sus familiares enfermos y el estudio de los medios más económicos y rápidos de evacuación del enfermo a los centros de hospitalización.

Por todo lo anterior, el Seguro Obligatorio de Enfermedad creó su propia unidad sanitaria, en la que se conjuguen del modo que el estudio teórico y la realidad práctica enseñaron más conveniente todos los factores reseñados, y así se hizo una distribución por zonas y sectores, lo mismo para Medicina general que para las especialidades, sin que coincidiesen, ni siquiera administrativamente, ambos grupos, ni aun tampoco dentro de las especialidades, para las que se tuvo en cuenta las características que tiene la asistencia dentro de cada una de ellas, y la distribución se hizo del modo que se juzgó conveniente para asegurados e instituciones.

EL RADIO DE ACCIÓN DEL MÉDICO DE ZONA.

En primer término, el Seguro Obligatorio de Enfermedad determinó el radio de acción en el que había de trabajar el médico de familia, que se llamó también médico de zona.

La zona quedó constituida por el ámbito geográfico en el que actúa el médico de familia, y para su determinación se ha tenido en cuenta que sea lo bastante extensa para que en ella puedan actuar dos o más médicos, para que así puedan ejercitar los asegurados su derecho de elección de facultativo;

pero, a la vez, se procuró que la zona no sea tan extensa que la asistencia médica en ella se haga difícil por las distancias a recorrer, o los defectuosos medios de comunicación, o las deficiencias generales de desplazamiento, lo mismo para el médico que para los propios asegurados.

Dadas las distintas circunstancias en que se encuentran los beneficiarios de las zonas rurales y de las zonas urbanas para acudir a los especialistas, extremo confirmado por la experiencia en el Seguro, y la necesidad que esto trae consigo de que en las zonas rurales muchas afecciones que debía atender el especialista, pero que por su carácter podíamos llamar pequeña especialidad, hayan de ser atendidas por el médico de familia, obligó a realizar la adscripción de asegurados de una manera distinta, según se trate de residentes en zonas urbanas o en zonas rurales.

Se entienden por zonas urbanas las constituídas por el casco de la población donde el especialista reside, con un radio sobre él de unos dos kilómetros, aproximadamente, y zona rural será toda la que no puede considerarse como urbana, según el concepto anterior.

GRUPO DE ESPECIALIDADES.

Las especialidades en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, según las disposiciones legales vigentes, se ordenan en tres grupos, de la forma siguiente :

Primer grupo :

- Cirugía general.
- Otorrinolaringología.
- Oftalmología.
- Pulmón y corazón.
- Aparato digestivo.
- Dermatología.
- Radioelectrología.

Segundo grupo :

Laboratorio y análisis clínicos.
Odontología.

Tercer grupo :

Traumatología.
Neuropsiquiatría.
Urología.
Nutrición y secreciones internas.
Ginecología.

Grupo especial :

Tocología.
Pediatría-Puericultura.

Como necesariamente las prestaciones de especialidades habían de implantarse en función de los medios con que se cuenta para su práctica, no todas podían realizarse indistintamente en cualquier población, sino en aquellas que, por densidad e importancia, podían garantizar la existencia de especialistas en ellas, y a la vez, según el plan de instalaciones del Seguro, podían contar con los centros y medios materiales para el desenvolvimiento de la especialidad.

SECTORES Y SUBSECTORES.

En consecuencia, se dividió el territorio nacional, procurando ajustarse a los límites provinciales, en sectores y subsectores.

Forman sectores la reunión de uno o más subsectores, con las zonas médicas que se considere oportuno agregar al sector. En la capital del sector existirá un ambulatorio, que se describirá después.

Constituye un subsector la reunión de zonas, y en la loca-

lidad capital del subsector existirá ambulatorio intermedio o reducido, de los cuales también se hablará posteriormente.

En las capitales de sector se implantarán todas las especialidades.

En las capitales de subsector se implantaron las especialidades de Otorrinolaringología, Oftalmología, Pediatría-Puericultura, Radiología, Laboratorio y Análisis clínicos y Odontología. Podrá también implantarse alguna otra especialidad cuando exista ambulatorio intermedio, atendida la capacidad y medios con que cuente y necesidades del servicio.

La Odontología, Pediatría-Puericultura y Tocología pueden prestarse en algunas zonas cuando la densidad de asegurados así lo aconseje, si se cuenta con medios adecuados y especialistas para ello.

Al organizar del modo que queda expuesto las unidades geográficoasistenciales propias, el Seguro de Enfermedad español conjugaba y armonizaba, según el criterio que se entendió mejor, la realidad viva de cada región española, con lo que la asistencia médica debía de ser tal y como el Seguro concibió el desenvolvimiento de sus actividades.

El médico de familia realiza su tarea en la zona; los especialistas, que, juntamente con él, están en un contacto más directo con la familia, se agrupan en un subsector que cuenta con su ambulatorio propio, y todos los restantes especialistas, constituyendo la unidad sanitaria superior que es la residencia sanitaria, se centralizan en el sector.

La asistencia médica se da así de una manera rápida y eficaz y según las necesidades propias que cada ambiente geográfico necesita.

V

LA ASISTENCIA EN LA ACTUALIDAD

ORGANIZACIÓN INICIAL DE LA ASISTENCIA.

Toda la organización del Seguro tenía que conducir a que su acción sanitariosocial fuese máxima, y para ello había de conseguirse una asistencia médica efectiva, objetivo y esencia misma del Seguro social de Enfermedad.

Para organizar los servicios asistenciales se tomó, de un modo general, como base la provincia, con las características de la unidad sanitaria propia del Seguro que acaban de exponerse, y se colocó al frente de dichos servicios un Jefe provincial. Había que coordinar la asistencia desde el domicilio del asegurado enfermo hasta el centro hospitalario que había de acogerle. Y el Seguro Obligatorio de Enfermedad organizó la asistencia escalonadamente: para el asegurado que guarda cama, el médico de zona o familia, con quien el Seguro se esfuerza en establecer una unión íntima con el asegurado, como la que se establece en el ejercicio privado de la Medicina. El médico general de zona o de familia es el primer escalón de toda actuación médica posterior. Sigue luego la asistencia en ambulatorio, es decir, asistencia a enfermos en pie y aun realizando sus tareas habituales, pero sometidos a vigilancia y asistencia médica. El tercer escalón lo integran los especialistas, y el último, las instituciones cerradas del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Se tiene así una asistencia completa, con la totalidad de medios diagnósticos y terapéuticos.

ACCIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA.

La acción domiciliaria del médico de familia es evidentemente la más amplia, constante y fundamental. El médico general atiende al asegurado enfermo y a sus beneficiarios.

efectúa las visitas diarias necesarias, realiza el diagnóstico precoz, prescribe medidas profilácticas, señala las necesidades de hospitalización y previene los riesgos sanitarios. Su acción es siempre la que inicialmente pone en marcha todos los recursos del Seguro Obligatorio de Enfermedad para cubrir las necesidades sanitarias del asegurado. Comprende su papel no sólo el cuidado del enfermo en cama en su domicilio, sino también su vigilancia posterior, atendiéndole en el ambulatorio y vigilando su convalecencia hasta el alta definitiva. Es el médico que establece un contacto regular, periódico, casi permanente pudiéramos decir, con el asegurado y su familia; de ahí su denominación de médico de familia; es quien le cura, quien le aconseja y le guía; en una palabra: él es quien le conduce a lo largo de la vida en las incidencias relacionadas con su salud y con la de los suyos.

Este papel, realmente importante y trascendental desde todos los puntos de vista, sin olvidar los espirituales, no podía gravitar con todas sus complejidades sobre el médico de zona o de Medicina general solamente; de ahí que el Seguro Obligatorio de Enfermedad le haya puesto los elementos auxiliares necesarios para una mejor acción.

LOS AUXILIARES DEL MÉDICO GENERAL.

Colaboran sanitariamente con el médico general el practicante, quien realiza cerca del asegurado todo lo relacionado con su misión auxiliar: curas, inyecciones, etc.; la comadrona, que atiende y asiste todo lo relacionado con el parto normal y el puerperio, y el Seguro establece, además, la enfermera-visitadora, que coordina con su acción sanitariosocial la acción del médico de cabecera, con la del ambulatorio y con los centros de hospitalización del Seguro Obligatorio de Enfermedad, sirviendo de nexo y a la vez de elemento auxiliar para alguna de las funciones propias de la Inspección de Servicios Sanitarios.

A la asistencia del asegurado no encamado atiende el Seguro con sus instituciones abiertas, ambulatorios, en los cuales están centralizadas las consultas del sector geográfico que en cada caso se ha visto más conveniente señalar para estos fines. En los ambulatorios pasan consulta los médicos generales, completando así la labor domiciliaria antes expuesta y coordinando su acción con la de los especialistas; además, existen en el ambulatorio todos los medios de diagnóstico auxiliares, laboratorio, etc.

LABOR DE LOS ESPECIALISTAS.

La asistencia por especialistas se da al asegurado no solamente en el ambulatorio, en donde el especialista tiene su consulta fija y diariamente, sino que el médico de cabecera puede solicitar el concurso y la colaboración del especialista, llevándole al domicilio del enfermo cuando lo juzgue necesario, celebrándose entonces una consulta médica con todas las características y formalidades de esta clase de actos de colaboración entre facultativos. El médico especialista puede después continuar encargado de la asistencia hasta la total curación del enfermo, si la índole del caso así lo requiere.

Es lo cierto que la delimitación de la atención a los beneficiarios por los médicos de familia o por los especialistas creó algunos problemas; fué necesario dictar unas normas precisas que evitasen la tendencia de algunos médicos de familia a inhibirse de la asistencia al enfermo enviándole al especialista, o, aun el caso contrario, el afán indebido de retener al enfermo cuando en verdad necesitase un afinado diagnóstico o una técnica de investigación especial. A su vez, el especialista podía tender a devolver prematuramente el enfermo encomendado a su cuidado al médico general, dejándolo así desprovisto de vigilancia por parte de la asistencia especializada. Pero esos escollos se superaron, y el Seguro Obligatorio de

Enfermedad logró coordinar eficazmente la colaboración entre médicos generales y especialistas, consiguiéndose una completa asistencia a los asegurados.

LA HOSPITALIZACIÓN.

Cuando el asegurado enfermo necesita asistencia quirúrgica pasa, para su hospitalización, a la institución cerrada. La asistencia quirúrgica puede tener carácter urgente, en cuyo caso el propio médico general es el que ordena el rápido ingreso del enfermo en el centro correspondiente, dando conocimiento de ello al cirujano, a quien previamente está designada la asistencia de los enfermos de todo el sector. Cuando no se trate de casos de urgencia, el enfermo va del médico general al especialista correspondiente, quien acuerda la hospitalización, si procede, a efectos de intervención quirúrgica. Exactamente igual acontece cuando se trata de la asistencia a embarazadas o parturientas. Pero en la asistencia en maternidad el Seguro Obligatorio de Enfermedad no tiene en cuenta tan sólo la necesidad de intervención quirúrgica o de una acción concreta médica que debe realizarse en el centro hospitalario, sino que también atiende con sus instituciones cerradas a aquellas beneficiarias que, por hallarse en condiciones poco adecuadas, sanitariamente hablando, en su domicilio, padecen lo que podría llamarse una distocia social y la atención al parto no puede darse domiciliariamente en las debidas condiciones; en tal caso, el médico de cabecera, o el tocólogo, procede al traslado de la embarazada al centro del Seguro Obligatorio de Enfermedad o institución cerrada correspondiente, y el Seguro de Enfermedad cumple así lo que entiende su deber con un sentido elevado de su misión social.

Para atender al asegurado enfermo, el Seguro tenía que organizar sus servicios de urgencia.

En la primera etapa de implantación del Seguro se llegó

a cubrir la asistencia de Medicina general y especialidades en ambulatorio y a domicilio. Para la consulta se cita una hora determinada del día, y para la asistencia domiciliaria el médico recoge los avisos a las nueve, efectuándolos en esa mañana, y nuevamente lo hace a las tres de la tarde para cumplirlos dentro de ese día.

EL SERVICIO DE URGENCIA.

Quedaba, por consiguiente, parte de la tarde y de la noche sin servicio médico bien definido, dentro del Seguro, para casos de urgencia; generalmente se recurría a las Casas de Socorro, diluyéndose, por consiguiente, la asistencia entre la general de la Beneficencia. Era necesario al Seguro disponer de un servicio médico de urgencia propio, para hacer más efectiva la asistencia a sus beneficiarios.

Para que quede claro cómo está organizado dicho servicio, hemos de considerar:

SERVICIO DE URGENCIA DIURNO.

1.º *El servicio de urgencia diurno.*—Los procesos médicoquirúrgicos urgentes que acontecen durante el día fuera del horario antedicho de asistencia ordinaria son atendidos de modo distinto en los medios rural y urbano.

En el medio rural, por el médico de zona. Generalmente resulta fácil localizarle y resuelve el problema. Si precisase la intervención de un especialista, luego de practicados los primeros auxilios, remite el enfermo al especialista de que se trate juntamente con una comunicación, en la que subraya la consideración de *urgente* cuando lo juzgue oportuno.

En el medio urbano: también tiene obligación el médico de zona de atender estos casos, pero el hallarle es tanto más difícil cuanto mayor es la población. Sin embargo, con el aumento de la ciudad acrece también la de centros benéficos

y clínicas de urgencia, donde puede ser asistido el paciente. En realidad, hasta las cuatro de la tarde el asegurado puede tener contacto fácil con su médico, y hasta la noche no es difícil encontrar la asistencia necesaria. Por tanto, se estima que la asistencia diurna está suficientemente cubierta y no justifica la creación de otro servicio especial por parte del Seguro.

SERVICIO DE URGENCIA NOCTURNO.

2.º *Servicio de urgencia nocturno.*—Era el más deficiente de todos en la primera etapa de implantación del Seguro. Las dificultades para llevar un facultativo del Seguro a la cabecera del enfermo eran a veces insuperables, y, además, tampoco se podía exigir al médico de zona un servicio permanente.

Para resolver este problema dió el Ministerio de Trabajo la Orden de 28 de octubre de 1947, por la que se organiza el servicio médico nocturno de urgencia. Quedó implantado el 1 de octubre de 1948, con arreglo a las siguientes normas:

Primera. El servicio nocturno será atendido, siempre que sea posible, por médico o por equipos de médicos que no tengan a su cargo otro servicio en el Seguro.

Segunda. Este servicio se extenderá de nueve de la noche a nueve de la mañana.

Tercera. En los núcleos en que la población asegurada sobrepase la cifra de 10.000 familias, se nombrará, por cada 10.000 familias hasta 20.000, un médico que atienda este servicio.

Cuarta. En los núcleos con población asegurada inferior a las 10.000 familias, si existen cuatro o más médicos del Seguro, éstos estarán obligados a realizar el servicio nocturno, estableciendo turnos entre ellos para cada día, cada semana o cada mes, según convenga al servicio, atienda uno a las llama-

das nocturnas. Si existiera discrepancia entre los médicos para llegar a un acuerdo, resolverá la Inspección.

Quinta. En aquellos núcleos de población que cuenten con menos de cuatro médicos, como el volumen de asegurados no ofrece fundamento para establecer servicios especiales nocturnos, serán los propios médicos del servicio normal diurno los que tengan la obligación de la asistencia urgente a sus beneficiarios en cualquier momento.

Sexta. El médico de servicios nocturnos realizará las prestaciones que requiera el caso de urgencia para el que es llamado, como curas, inyecciones y demás servicios similares.

En las grandes poblaciones, que exigen traslados distantes del médico para prestar sus urgentes servicios, dispone el Seguro de ambulancias, donde se traslada el facultativo para efectuar la visita, llevando consigo la medicación usual de urgencia para curas, inyecciones, etc. Y si es necesario alguna intervención que requiera rápida hospitalización, la misma ambulancia le lleva a la residencia.

El médico de urgencia comunica, al finalizar sus servicios, el trabajo realizado a la Inspección correspondiente.

SERVICIO DE AMBULANCIAS.

De todos los servicios sanitarios es el de ambulancias uno de los más importantes. La eficiencia del tratamiento depende en muchos casos de la buena organización de este servicio. La vida del paciente puede ser salvada interviniendo precozmente una hernia estrangulada o una perforación típica, y esto sólo es posible diagnosticando pronto y trasladando al paciente lo más rápidamente posible al centro hospitalario para ser operado, cosa que únicamente se puede realizar disponiendo de un adecuado servicio de ambulancias.

Además de estas razones vitales y perentorias, hay muchos

otros casos que necesitan ser hospitalizados: fracturas, distorcias, enfermos infecciosos, etc.

Necesidades.—Se calcula que el 5 por 100 de los enfermos deben ser hospitalizados; de ellos, una parte son servicios quirúrgicos de urgencia, que necesitan ser trasladados en ambulancia; y otra parte son los casos médicos de urgencia, que también necesitan ser trasladados al hospital.

Todo ello justifica la importancia del servicio de ambulancias, pues con él llegan hasta el asegurado del pueblo más apartado los beneficios de una asistencia médica adecuada y completa, ley fundamental del Seguro de Enfermedad en España.

En esta primera fase de implantación del Seguro queda reducido el servicio de ambulancias para los casos de cirugía de urgencia.

Cuando el Plan Nacional de Instalaciones vaya desarrollándose, será posible extender el servicio de hospitalización a enfermos no quirúrgicos, y prestar de este modo toda la asistencia médicoquirúrgica hospitalaria a que aspira el Seguro de Enfermedad en España.

Llegado este momento, el Seguro de Enfermedad creará su servicio propio de ambulancias en razón a las consideraciones siguientes:

El rendimiento del servicio aumenta, pudiendo disponer más ampliamente de él para el traslado de convalecientes a sus domicilios, ahorrando estancias en la residencia; transporte de equipos de vacunación en casos de epidemia y traslado de equipos de urgencia, transfusiones, tocológicos, etc.

Servicio óptimo: A continuación exponemos el servicio ideal de ambulancias por cada 100.000 beneficiarios.

Una ambulancia pequeña para enfermos infecciosos.

Una ambulancia pequeña para heridos comunes.

Una ambulancia grande para enfermos comunes.

Estas ambulancias tendrían su base en la residencia del sector, pudiendo estar algunas de ellas destacadas en cabeza de subsector o ambulatorio cuando lo aconsejen razones geográficas de la provincia, para hacer más rápida la cumplimentación de los servicios.

Con la ambulancia iría un practicante, que, llevando el material de urgencia necesario, atendería al paciente durante el traslado, efectuando las prescripciones médicas que se le indicasen.

De las autoridades se recabaría una preferencia especial a las llamadas telegráficas y telefónicas que se hicieran al servicio de ambulancias, a fin de poderlas cumplimentar con la mayor rapidez posible.

Como puede verse, por lo expuesto de un modo somero, la acción médica del Seguro Obligatorio de Enfermedad es tan completa, que los servicios sanitarios tienen una evidente y real complejidad, y a la complejidad médica o técnica propiamente dicha hay que agregar también la compleja organización administrativa que todo el volumen del Seguro Obligatorio de Enfermedad representa. Quedó señalado que primitivamente la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad perteneciese al Instituto Nacional de Previsión en Granada, con las Entidades colaboradoras del Seguro de Enfermedad, todos los servicios, centralizándolos a efectos de dirección; y en la actualidad la Jefatura del Seguro Obligatorio de Enfermedad coordina y unifica todos los multiformes aspectos que comprende la asistencia del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

PRESTACIONES FARMACÉUTICAS.

Dejamos expuesta una visión panorámica de la asistencia médica, sin perjuicio de completarla en varios detalles, y hemos de indicar ahora aquí que, como es natural, la asistencia médica se completa en el Seguro Obligatorio de Enfermedad español con las prestaciones farmacéuticas.

Las prestaciones farmacéuticas se dan sin limitaciones de ninguna clase. El médico puede prescribir toda clase de medicamentos que considere útiles y necesarios para el tratamiento y curación de sus enfermos. Extiende su prescripción en una receta oficial del Seguro, y el asegurado la presenta en cualquier farmacia y retira el medicamento o los medicamentos prescritos sin ninguna limitación.

El Seguro de Enfermedad español no tiene farmacias propias, aunque esté prevista la posibilidad de su creación; todas las farmacias legalmente establecidas pueden, pues, despachar recetas oficiales del Seguro, que no necesitan ningún visto bueno ni control, sino simplemente la presentación de la cartilla de identidad del asegurado, y tienen que estar extendidas, naturalmente, en el impreso oficial que el Seguro facilita a los facultativos, y debidamente firmados por éste.

El médico puede prescribir los medicamentos que juzgue oportunos sin limitación a fórmulas magistrales o especialidades determinadas, o a clase o marcas de éstas; el médico prescribe libremente con arreglo a su criterio científico y siguiendo los dictados de su conciencia profesional. El Seguro se limita a recomendar que se dé siempre al asegurado toda la medicación que éste necesite, tendiendo a conciliar lo más económico con lo más eficaz.

El asegurado no tiene que pagar absolutamente nada en las farmacias, sea cualquiera el medicamento prescrito; no existe en España *ticket* moderador, y los gastos de farmacia corren íntegramente a cargo del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Es decir, que todas las limitaciones que se señalan, en cuanto a la prestación farmacéutica, son de índole moral. Descansan en la conciencia profesional del facultativo y en el deber moral que éste tiene de no recetar sino lo útil y necesario, y en el deber de cooperación social de los asegurados, que deben sentir su responsabilidad mutualista frente al Se-

guro y no solicitar otras prestaciones que las que en verdad necesiten.

Tenemos, pues, que la asistencia médica total que el Seguro facilita se completa con todas las prestaciones farmacéuticas necesarias, y se cierra así el ciclo asistencial que rodea al asegurado y a sus familiares.

PLAZOS DE ASISTENCIA.

Naturalmente, que la asistencia medicofarmacéutica no puede darse indefinidamente, y la Ley y los Reglamentos del Seguro marcan los plazos de asistencia.

La asistencia médica se presta desde el día en que se notifica la enfermedad al médico correspondiente y mientras sea preciso, con una duración de veintiséis semanas por año. Este plazo de duración de asistencia puede ser ampliado cuando las circunstancias del enfermo lo aconsejen y la Jefatura del Seguro lo acuerde.

El derecho a la asistencia comienza el día de la afiliación de cada asegurado, para éste, su cónyuge y sus hijos. Para los demás familiares no comenzará hasta pasados seis meses de pedir justamente al Seguro el reconocimiento de su carácter de beneficiario del mismo.

Las prestaciones farmacéuticas siguen, en cuanto a los plazos, las mismas normas que rigen para la asistencia médica, con la cual existe, como es lógico, total coordinación.

ASISTENCIA OBLIGATORIA.

Lo mismo la asistencia médica que la hospitalización podrán ser dispuestas con carácter obligatorio en los casos siguientes:

- 1.º Si la naturaleza de la enfermedad exige un tratamiento que no se puede dar en el domicilio del paciente.
- 2.º Si la enfermedad es contagiosa.

3.º Si el enfermo no observa las prescripciones del médico que le asiste.

4.º Si el estado o la conducta del paciente exige una continua vigilancia.

En cualquiera de estos casos, la hospitalización obligatoria será declarada por la Inspección de Servicios Sanitarios del Seguro, directamente o a propuesta del médico que asiste al enfermo.

En la petición de asistencia médica, el asegurado solamente tiene que atenerse a una norma concreta: la de si no guarda cama ni está imposibilitado por su enfermedad ha de concurrir a los ambulatorios del Seguro; pero la asistencia a domicilio por Medicina general se prestará a requerimiento de los beneficiarios cuando su estado no les permita abandonar el domicilio.

MEDICINA PREVENTIVA.

En cuanto a la Medicina preventiva, el Seguro de Enfermedad ajusta su acción a las normas generales dictadas por la Dirección General de Sanidad, o que las autoridades sanitarias autoricen previamente a propuesta del Seguro.

Pero está ya reglamentariamente establecido que los médicos del Seguro inmunizarán a los niños beneficiarios del mismo, en el tiempo que marcan las disposiciones legales, contra las enfermedades declaradas de vacunación obligatoria, llevándose a cabo esta labor con preparados que al Seguro le entreguen los servicios del Estado encargados de realizar tal misión.

El Seguro, además, ha realizado con sus propios medios extensas e intensas campañas de inmunización en todas estas etapas de su actividad.

Los beneficiarios están obligados a observar las medidas de Medicina preventiva que determine con este carácter el

Seguro, y el personal sanitario está también obligado a dar cuenta de las contravenciones que observe, en relación con tales medidas, a la Inspección Médica del Seguro.

Como se ve, el Seguro Obligatorio de Enfermedad español cubre la asistencia médica en todos sus aspectos, desde el enfermo encamado en su domicilio hasta las medidas sanitarias previsoras más particulares. No se pierde de vista en ningún momento la acción social del Seguro, su misión de velar por la salud pública al atender a un anchísimo campo de la población española y su responsabilidad en el mejoramiento total del tono vital del país. Es, no sólo la acción meramente asistencial la que interesa, sino a la vez la acción preventiva e higiénica que mejore la salud y robustezca la raza, elevando el nivel sanitario de grandes masas de la población española, que hasta la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad no hallaban toda la atención, necesaria en la actualidad, en los problemas que la enfermedad plantea en el seno de la familia.

ENFERMERAS VISITADORAS.

Había necesidad, para mejor cumplir tales afanes, de realizar una labor educativa social; se hacía preciso informar a los asegurados y a los beneficiarios de sus derechos y deberes, y a veces hasta de ejercer una acción tutelar sanitaria sobre aquéllos. Para cumplir en parte esta misión, el Seguro creó y organizó su cuerpo de enfermeras visitadoras.

El papel de la enfermera visitadora no solamente se limita a seguir la vigilancia del cumplimiento de las prescripciones ordenadas por el médico y observar si se realiza una recta utilización de las mismas por el asegurado, sino aconsejar y orientar a éste sobre todo lo que sanitariamente puede serle necesario y a informarle de todo aquello que socialmente y en relación con el Seguro Obligatorio de Enfermedad puede ser útil.

ELECCIÓN DE FACULTATIVO.

Quedó ya señalado, y juzgamos oportuno volver a repetirlo aquí, que el asegurado tiene derecho reconocido dentro del Seguro Obligatorio de Enfermedad español a elegir libremente facultativo, y puede designarlo dentro de los que estén suscritos a su zona, y no solamente puede elegirlo, sino que, transcurrido un año, puede solicitar cambio de facultativo, simplemente comunicando por escrito sus deseos a la Inspección de Servicios Sanitarios. Es natural que se fije un plazo entre cada elección, ya que conviene evitar el cambio constante de facultativo por razones muchas veces momentáneas y de ofuscación personal.

Por todo lo anterior, se ve claramente la amplia y completa misión asistencial social que el Seguro Obligatorio de Enfermedad se marcó y cómo ha procurado ajustar sus realizaciones a las propias directrices fijadas; y resumiremos aquí, sin extendernos en consideraciones estadísticas, la actividad del Seguro en unas cifras elocuentes por sí mismas:

Enfermos asistidos en todo el Seguro.

Año	Beneficiarios	Enfermos	% de morbilidad
1945	7.483.998	4.850.282	64,80
1946	8.025.047	6.310.352	78,63
1947	8.526.886	6.273.432	73,57
1948	8.422.697	5.935.270	70,46
1949	8.277.113	5.706.174	68,93
(1) 1950	8.248.906	5.984.450	72,54

(1) No estando aún completa la estadística de enfermos en el año 1950, se ha tomado el primer semestre y multiplicado por dos para hacer el cálculo aproximado, y quedando, por tanto, también teórico y aproximado el tanto por ciento de morbilidad de dicho año.

INSPECCIÓN MÉDICA DE SERVICIOS.

Ya decíamos antes que había que coordinar la asistencia desde el domicilio del asegurado enfermo hasta la Institución que había de acogerle. Y esta tarea de organización, coordinación y vigilancia de la asistencia es la que se encomendó a la Inspección de Servicios Sanitarios.

Era necesario un cuerpo médico de inspección que dirigiera toda la tarea que dentro del Seguro habían de cumplir médicos, especialistas, practicantes, comadronas y enfermeras. Había que instalar ambulatorios para estudiar la creación de residencias sanitarias de gran capacidad, organizar servicios de urgencia, vigilar la asistencia y la utilización de las prestaciones, iniciar, inclusive, al propio personal sanitario en su función peculiar dentro del Seguro; en una palabra, llevar adelante todo lo que sanitariamente significa el Seguro Obligatorio de Enfermedad, y que es su propia esencia y la razón misma de su existencia; tal labor recayó sobre la Inspección Médica y la Subdirección Médica de la Caja Nacional del Instituto Nacional de Previsión. hoy integrada también esta última en la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad como Sección de Ordenación Sanitaria.

Al frente de cada provincia se situó un Inspector médico provincial, que desempeñó simultáneamente la Jefatura de los Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, de la que ya anteriormente hemos hablado. Es decir, que la inspección y vigilancia de las prestaciones y la organización técnica de los servicios se dirigen con ámbito provincial, centralizándose todas las actividades en la Jefatura Nacional del Seguro, a través de la Inspección Central.

Al Inspector provincial le secundan en su tarea, dentro de la provincia, los Inspectores de Zona necesarios. La Inspección de Zona lleva hasta la última localidad en donde actúa el Seguro la acción coordinadora de éste.

LOS FINES SANITARIOS DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD.

La asistencia médica del Seguro español de Enfermedad realiza así, por los caminos que esquemáticamente quedan esbozados, los dos fines sanitarios que tiene señalados: el uno, terapéutico, es decir, reparación del dolor físico, el curar la enfermedad; el otro, preventivo, procurando anular las causas de la misma, o, al menos, atenuar su acción.

Es evidente que en el camino recorrido tenían que encontrarse muchos obstáculos y había que vencer muchas dificultades, y no la menor de ellas la carencia en España de ideas claras sobre lo que debe ser la Medicina social y la asistencia médica en el Seguro de Enfermedad de ámbito nacional. Había que conseguir la adaptación de los sanitarios españoles al ejercicio de su profesión dentro de lo que el Seguro de Enfermedad exige, y los médicos tenían que ver claro que éste no podía ni debía de confundirse con las antiguas asociaciones asistenciales, y había también que hacer ver a los asegurados que su colaboración y su comprensión de lo que es el Seguro y de sus verdaderos alcances son también necesarios para el funcionamiento del mismo.

Día a día, etapa tras etapa, se ha llegado a la actual, en la que la asistencia médica en el Seguro, dentro de lo que toda institución humana puede tener de perfecto, realiza su fin asistencial de modo completo, y día a día se mejoran instalaciones, se inauguran residencias o se planean servicios, que tienden a conseguir que la asistencia médica en nuestra Nación alcance el máximo grado de perfección y se enriquezca así la Patria al ser más rica la salud de todos los españoles.

VI

ASISTENCIA A LA MATERNIDAD

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

En el año 1890, en Berlín, se plantea por primera vez la gran necesidad social de atender a la madre obrera activa y protegerla contra los riesgos que su trabajo, inmediatamente anterior y posterior al parto, ocasionaba a ella y a su hijo.

PERÍODO PROTECCIONISTA NO ASISTENCIAL.

España, a través de su Comisión de Reformas Sociales, que presidía Cánovas, se hace eco de aquel aldabonazo que sonó en Berlín, y en 1891 establece por primera vez una iniciación de legislación proteccionista *a forciori*, y propone al Gobierno que «las paridas no pudieran ser admitidas al trabajo en establecimientos industriales y mercantiles sino después de las cuatro semanas siguientes al parto».

Al presentar el proyecto de Ley, el Gobierno había modificado la proposición, y en su artículo tercero decía: «Se prohíbe emplear a las mujeres durante los días inmediatos al parto en trabajos notoriamente perjudiciales a su salud.»

Sucesivamente, y por distintos Gobiernos de dispares posiciones y doctrinas políticas, van modificándose los anteriores conceptos, dando lugar a diferentes proyectos de Ley, algunos de ellos aprobados—Dato, 1899; Romanones, 1907—, sin que nunca produjeran el efecto apetecido.

Daban a la obrera madre un derecho a descansar, que era un derecho al hambre; si descansaba no ganaba salario y llevaba la miseria al hogar; fueron Leyes de protección que la aplastaban.

En 1908 nace el Instituto Nacional de Previsión, y se per-

fila con él un inmenso problema social, el de la previsión. En cuanto a la objetividad de los linderos de su campo de acción, se determina el objeto a quien hace referencia ese problema, se señalan los fines a alcanzar la reparación del daño producido por el riesgo conocido y se monta el mecanismo que ha de producir y elaborar los medios que hagan efectiva esta reparación.

En 1919, España asiste a la Primera Conferencia Internacional del Trabajo, de Washington, y se aprueba un convenio sobre «El empleo de la mujer antes y después del parto», y en 1922 se celebra en Barcelona una Conferencia Nacional sobre Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, y el Instituto Nacional de Previsión envía al Ministerio de Trabajo, junto con las conclusiones de la Conferencia, un informe conteniendo las bases razonadas de un régimen de Seguro de Maternidad, en donde la base segunda decía así: «Para los efectos de esta Ley, el parto será considerado como una enfermedad, y, por lo tanto, el Seguro de Maternidad deberá fundirse y estar comprendido en el Seguro de Enfermedad.»

En 1923 se ordena al Instituto Nacional de Previsión prepare un proyecto de Seguro de Maternidad desglosado del de Enfermedad.

La Comisión Paritaria Nacional sugiere el establecimiento de prestaciones económicas solamente, y se implanta el Régimen de Subsidio de Maternidad por Real decreto de 23 de agosto de 1923.

SEGURO OBLIGATORIO DE MATERNIDAD.

El Real decreto de 22 de marzo de 1929 crea el Seguro Obligatorio de Maternidad; el 29 de enero de 1930 se aprueba el Reglamento, y por Ley de 26 de mayo de 1931 se implanta y pone en vigor el Seguro de Maternidad.

Era el segundo Seguro social que se implantaba, sólo precedido por el Régimen de Retiro Obrero o Seguro de Vejez.

el primero que se refería al riesgo permanente e invariable y de realización prevista y diferida, y que pudo ser piedra de toque con la que verificar un ensayo de concurrencia y colaboración de la clase patronal y obrera, y de cuyos errores no hubieron de sufrirse, tanto involuntarios como malévolos perjuicios inmediatos.

No puede negarse que hasta el momento de implantación y puesta en vigor del Seguro de Maternidad se había hecho en favor de la maternidad en los económicamente inferiores acciones proteccionistas de orden legal y económico, mas lo asistencial comienza con el antedicho Seguro social obligatorio.

En el curso de funcionamiento del Seguro de Maternidad hemos de encontrar dos estados diferentes en su vida y desenvolvimiento, separados por el Glorioso Alzamiento Nacional, caracterizados cada uno de ellos por el tono común a todas las actividades de tipo nacional, ambientado el primer ciclo en un medio de liberalismo que impregna, hasta cierto punto, la tónica política y social, valga la redundancia, tanto de los medios, en cuanto a instalaciones y servicios, como incluso en la actividad de la Entidad aseguradora frente a su misión, ya que, diluida la responsabilidad del Instituto Nacional de Previsión en la acción colaboradora de las Cajas regionales, son varias de ellas las que abandonaban su directa intervención en una asistencia, que en la Ley aspira a un cierto grado de perfección, pero que en la realidad se traduce en la ampliación del anterior Subsidio de Maternidad, atendiendo sólo a la solución del problema económico de pago de una asistencia que no daban directamente, recurriendo al procedimiento del concierto, más cómodo y menos eficaz, con una rudimentaria inspección que solamente controla, pero no dirige, la acción asistencial realizada con un fundamento cuya base es la espontánea honradez de los colaboradores, tanto prestatarios como beneficiarios de la Obra.

No obstante, todo el contenido de aquella concepción es

de tal naturaleza real, que puede afirmarse con serenidad que, con todos sus defectos, la asistencia a la maternidad de la obrera activa había sido establecida con una amplitud y eficacia que podía enorgullecer a quienes la concibieron y llevaron a la práctica, y si tenía defectos, que, como antes se apuntaba, los tenía, ellos habían de constituir metas de labor y afán, mas nunca puntos de apoyo para actividades de retroceso y mutilación, de peores resultados en el presente y lo por venir que el propio mantenimiento de lo defectuoso.

El contenido legislativo del Seguro Obligatorio de Maternidad aspiró a dar a la obrera activa, como económicamente inferior y objeto inmediato del riesgo, una asistencia lo más parecida posible a la recibida en el medio asistencial en uso entre los económicamente suficientes, y la fundamentó en la libre elección de facultativo y en el pago por servicio, con arreglo a una tarifa establecida por concierto entre los facultativos y la Entidad aseguradora, con las amplitudes que las necesidades exigieran en cuanto a la cantidad y calidad de la asistencia, tanto en domicilio como en institución cerrada, abarcando cuantas incidencias hubieran de ser posibles producirse en el curso del embarazo, parto y puerperio, directamente relacionadas con el proceso de la maternidad, tanto correspondientes a la madre como al hijo, y unidas a estas prestaciones sanitarias, unas económicas, compensadoras de la ausencia del jornal en el descanso obligatorio de seis semanas posteriores al parto, período ampliable si el estado de la madre así lo exigiera, y proporcionarles en su cuantía el período de cotización, calculado en plenitud de derecho, en cantidades semejantes al jornal medio de la mujer en el medio laboral nacional, más un premio de lactancia, que cumplió su misión social, médica y sanitaria para la que se estableció.

ALZAMIENTO NACIONAL.

Se produce nuestra Guerra de Liberación, con toda su fuerza de jalón destacadísimo en la historia patria, fin y principio de tantos afanes, amanecer de realidades y esperanzas, y huelga decir cuánto había de conmocionarse la vida y existencia de una obra en cuyo complejo tantas facetas destacadas habían de considerarse influídas unas y vivificadas otras en grado extraordinario.

SUPERACIÓN DEL CONCEPTO DE RIESGO.

El Seguro de Maternidad, en todo su contenido económico, sanitario, médico, social y político, con toda la emotiva atención que su consideración inspira, con todo su valor de asistencia a la mujer en el momento más dolorosamente trascendente de su misión en el mundo, garantía de permanencia y conservación de la especie humana, supera y desplaza la doctrina del Seguro Social, en cuanto éste se limita a la reparación de un daño producido por un riesgo engendrador de un problema económico, insoluble para el particular y engendrador de miseria en el económicamente inferior, y concentra para sí atenciones de otros órdenes en valor trascendente de significación, y ya no es sólo la obrera activa el objeto de sus atenciones, ya no se piensa sólo en que ésta va a perder su jornal cuando tiene un hijo y es necesario ayudarla, sino que se advierte la imperiosa necesidad de superar un problema sanitario y médico planteado en el campo nacional, con una enorme cantidad de defunciones maternas que agobia angustiosamente nuestra sensibilidad; son millares de vidas nuevas y, por tanto, esperanzas destruídas, que se tronchan al nacer por una incorrecta asistencia; es el mayor bien de la humanidad, la riqueza hombre, que se despilfarra inconscientemente, mutilando los resultados de una tasa de natalidad todavía de cierta consideración en España: es la desviación trágica de

una normalidad a la que la negación de atenciones y esfuerzos empujaba a la sociedad nacional a un verdadero delito de homicidio por omisión imprudente y temeraria; es la convicción de que la raza necesita imprescindibles atenciones de conservación y mejoramiento, que han de comenzar desde el momento de la concepción de los nuevos seres que la han de constituir en lo venidero.

OBRA MATERNAL E INFANTIL.

La fuerza y realidad de todas las anteriores consideraciones impregna los cauces por donde discurren los afanes de nuestro Caudillo, y tras de la integración de las Cajas colaboradoras regionales de Previsión en el Instituto Nacional y la constitución del mando único y de la unidad de gestión, se crea la Obra Maternal e Infantil, con la Jefatura Nacional, y esto, unido a la promulgación de la Ley de 18 de junio de 1942, que extiende el campo de aplicación del Seguro a la esposa del trabajador y a la de todo beneficiario del Régimen de Subsidios Familiares, sea cualquiera la cuantía de sus rentas de trabajo, pone bajo la tutela y asistencia del Seguro al 60 por 100 de la población total de España, extiende fecundamente toda la labor puericultora a ella aneja y coloca a esta población en condiciones óptimas de asistencia; establece la del parto por médico, transformando la tradicional prestada por la comadrona en el parto normal, y determina la inmediata vigilancia del facultativo; acerca a la mujer a la clínica para la solución del problema obstétrico, implanta la vigilancia obligatoria puericultora del hijo durante las primeras semanas y meses de su vida, y obtiene resultados insospechados en cuanto al mejoramiento de las tasas de mortalidad maternal e infantil, alcanzando cifras que pocas naciones en el mundo las igualan.

Añádase a todo lo anterior un aumento de las tarifas concertadas con los facultativos hasta límite que las hace seme-

jantes a las corrientes en una asistencia particular, y, en algún caso, aun las mejora, y, con todo ello, se llega a la edad adulta del Seguro de Maternidad, que pudiéramos considerar de plenitud de funciones y resultados.

INTEGRACIÓN DE LA O. M. I. EN EL S. O. E. (1948).

Implantado el Seguro de Enfermedad, y funcionando desde el 1 de septiembre de 1944, continuó separado el Seguro de Maternidad, hasta que en 1948 se integró en el de Enfermedad, absorbiendo éste, no sólo las prestaciones correspondientes a las beneficiarias del Seguro de Enfermedad, sino las de las esposas de los beneficiarios del Régimen de Subsidios Familiares, cumpliéndose la base 2.ª de las aprobadas en la Conferencia Nacional de Barcelona de 1922, que preveía la fusión de ambos Seguros, y dando con ello estado definitivo y completo al contenido asistencial del Seguro Obligatorio de Enfermedad, y superando con ello un problema de unificación y de simplificación de servicios, con resultados de mayor eficacia y economía.

Continúan impregnando lo legislativo las consideraciones de tipo social y político que llenaban el espíritu del anterior Seguro de Maternidad autónomo, y lo mismo que la Ley fundacional y Reglamento vigente del Seguro de Enfermedad dedica destacado capítulo aparte a las atenciones de maternidad, en lo que a las prestaciones sanitarias y económicas de su asistencia se refiere, acomoda también a sus especiales características la forma de asistencia, lo mismo en los servicios que en el personal a atenderlos, ateniéndose como única limitación a las posibilidades que la distribución geográfica del mismo proporciona.

PERSONAL.

El personal facultativo que atiende al Servicio de Maternidad está constituido por los especialistas de Tocología que

figuran en las escalas del Seguro de Enfermedad, los médicos de zona y las matronas propuestas por los especialistas.

La distribución del servicio en relación con este personal facultativo está condicionada a la asistencia o no de medios quirúrgicos y a la dedicación y posesión completa de la técnica precisa de la especialidad para la utilización de esos medios y acomodada en sus escalones técnicos a las diferentes unidades asistenciales, ordenadas desde la zona hasta la residencia quirúrgica.

En tanto que la mejor distribución de los facultativos en el territorio nacional sea alcanzada por el Seguro, éste ha de aceptar lo actualmente real y acomodar el servicio a la presencia de facultativo, aprovechando el especialista en aquellas localidades en donde exista, y que, por regla general, coinciden con las cabeceras de subsector y sector.

La asistencia a la mujer en su maternidad se realiza en las zonas por el médico general, donde no existe especialista; si éste existiera, aun siendo zona, él es quien atiende todo el proceso de embarazo y parto; lo mismo que en las cabeceras de subsector y en el de sector con medio quirúrgico, el especialista que atiende este servicio tiene a su cargo también la asistencia de grandes distocias de las beneficiarias residentes en todo el sector.

Todo el personal auxiliar, tanto el componente de los equipos de los especialistas con actividad quirúrgica como las matronas, son propuestos por los titulares para obtener la más idónea colaboración.

Cada facultativo especialista atiende a un cupo de asegurados, cuyo volumen máximo (9.500) ha de ser garantía de una asistencia correcta acomodada a las características de esta especialidad, y en los partos normales son auxiliados por las matronas a ellos adscritas.

En la zona, atendido el servicio por el médico general, la matrona es designada en cada caso por éste, de acuerdo con el

deseo de la beneficiaria, y si no existe este auxiliar en la localidad, los honorarios que habría de percibir se acumulan a los del médico.

ASISTENCIA A LAS BENEFICIARIAS DE LA LEY GIRÓN.

La asistencia a las beneficiarias de la Ley de 18 de junio de 1942 se realiza en la misma forma y por los mismos facultativos del Seguro de Enfermedad; se satisfacen honorarios por acto médico, sea cualquiera el facultativo que asiste y la localidad donde se realiza, y lo mismo esta asistencia que las prestaciones farmacéuticas necesarias son satisfechas por la Dirección de Subsidios y Seguros Unificados.

CLASES DE ASISTENCIA.

La asistencia se realiza bien en el domicilio de la beneficiaria, en el parto normal y aun en las distocias imprevistas que puedan resolverse en este medio, y en caso de distocia prevista o de superdistocia, la asistencia es en institución cerrada y a propuesta del médico que atiende, tanto si es médico general como tocólogo.

Aparte de las razones puramente técnicas que han de clasificar la asistencia que corresponde en cada caso, el Seguro considera las razones de orden sanitario, social y económico que rodean siempre al hecho de la maternidad y ante circunstancias no sólo de orden sanitario que hagan considerar inadecuado el domicilio de la beneficiaria para que en él sea asistido el parto, sino de toda otra índole, que alcanza a las condiciones familiares y morales del hogar y hasta la ausencia de familiares que sustituyan debidamente en sus faenas a la madre imposibilitada por su estado; el Seguro decide la asistencia en institución cerrada de todos estos casos, en los que la Inspección de Servicios Sanitarios interviene con su visado, tras de la correspondiente información, salvo los casos de urgencia, en los que la decisión de internamiento puede

ser tomada por el facultativo que asiste sin el visado de la Inspección.

INSTITUCIONES CERRADAS.

En período de realización, pero incompleto el plan nacional de instalaciones sanitarias del Seguro de Enfermedad, no se dispone en el momento actual del número suficiente de camas para las atenciones de maternidad, y se ha resuelto el problema estableciendo conciertos con instituciones particulares u oficiales, con preferencia de aquellas montadas especialmente para residencias maternas, y acomodando en cada caso las condiciones del concierto a lo más conveniente, ya satisfaciéndose honorarios por cama ocupada o teniendo contratadas un número fijo de camas, sea cualquiera el número de las ocupadas.

ASPIRACIONES A ALCANZAR.

Siendo todo lo humano perfectible, no había de ser nuestra actual organización de asistencia a la maternidad una excepción, tanto más cuanto que la consideramos en situación de paso, no definitiva, en el permanente evolucionar de las conquistas del Seguro de Enfermedad hacia aspiraciones de realización, para las que nadie más ambicioso que este Seguro.

Lo actualmente en vigor tiene defectos, y muchos de ellos modificables hacia lo mejor, aspirando a que desaparezcan las diferencias asistenciales en las beneficiarias según su situación geográfica, y aumentando en cuanto sea necesario, con consideración justa del problema, la asistencia del parto en clínica, huyendo tanto de la insuficiencia como de la complacencia viciosa, extremos tributarios de asistencia incompleta y peligrosa por un lado, o de un exceso de intervencionismo tan nocivo para el presente como para el porvenir de la mujer madre, por otro.

VII

LA PUERICULTURA EN EL S. O. E.

LA PEDIATRÍA Y PUERICULTURA EN ESPAÑA.

Cuatro son las instituciones españolas estatales o paraestatales que se ocupan de la protección infantil en sus distintos aspectos. Enumerándolas en orden cronológico de su instauración, son:

1.º La Obra de Protección de Menores, primitivamente Protección a la Infancia, según Ley de 1904, que aspiró en una iniciación a la protección integral del niño y fué derivando en su Reglamento y órdenes y decretos posteriores hacia la tutela jurídica del menor preferentemente, sin dejar, aunque en mínima parte, la atención sanitaria del niño. Está encuadrada en el Ministerio de Justicia.

2.º Los Servicios de Sanidad Infantil y Maternal del Estado, dependientes de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación, con dispensarios de Maternología y Puericultura, escuelas e institutos de Puericultura, centros maternos y pediátricos de urgencia, clínicas de lactantes, etc., en Institutos provinciales de Higiene y Centros Secundarios y Primarios de Higiene Rural.

Tienen función esencialmente docente, divulgadora y atención sanitaria de vigilancia sistemática de embarazo, asistencia al parto y control del desarrollo infantil y aplicación de medidas de Medicina preventiva.

3.º La obra de Auxilio Social, dependiente de los órganos del Movimiento y Beneficencia y Obras Sociales, con misión de asistencia social; y

4.º Los Servicios de Pediatría y Puericultura del S. O. E.

Quedan todavía instituciones aisladas de beneficencia infantil, servicios pediátricos y puericultores de Ayuntamientos

y Diputaciones, si bien el campo de aplicación se circunscribe a algunas, muy pocas, ciudades importantes, sin gran repercusión en el ámbito nacional.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Los actuales Servicios de Maternología, Pediatría y Puericultura del S. O. E. tienen un valioso antecedente, cuyo desarrollo durante veinte años ha de servirnos de experiencia y enseñanza de gran interés.

El Seguro Obligatorio de Maternidad, comentado *in extense* anteriormente, alcanzaba a medio millón de mujeres españolas trabajadoras por cuenta ajena fuera de su hogar, y procuraba atención sanitaria y asistencia médica a 25.000 gestaciones y sus partos, y a los correspondientes niños, durante tres años, y muy especialmente durante los seis primeros meses.

Aparte de los convenios con Colegios de Médicos, de Matronas y de Farmacéuticos para la asistencia al parto, organizó el Seguro Obligatorio de Maternidad la Obra Maternal e Infantil, con 270 dispensarios, en las Delegaciones y Agencias del Instituto Nacional de Previsión, y contaba con 200 médicos maternólogos, 300 médicos puericultores y 500 enfermeras visitadoras.

La Ley Girón, de 1942, extendió los beneficios de maternidad a las esposas de trabajadores, aunque ellas no trabajaran.

Las ventajas sanitarias y demográficas se apreciaron muy pronto, a pesar de la modestia del ensayo. La mortalidad infantil entre los beneficiarios del Seguro fué extraordinariamente menor que la mortalidad infantil media de toda España. Cuando todavía la cifra de mortalidad infantil era de 80 a 90 por 1.000 en todo el país, en zonas bien organizadas, como Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla y Bilbao. la mor-

talidad infantil entre beneficiarios del Seguro ha sido de 20 por 1.000, mejor que las mejores del mundo. Es que los servicios de la O. M. I. obtuvieron proporciones de lactancia materna altísimas; es que el premio de lactancia se llevaba con riguroso control; es que se ejercía la vigilancia sanitaria sistemática de todo recién nacido y niño pequeño; es que las conferencias elementales para las madres les enseñaba la importancia de las enfermedades evitables, y la función de la enfermera visitadora, con las diez visitas en las diez semanas siguientes al nacimiento, completaba la función sanitaria y educadora de adhesión de las familias al dispensario, tan necesaria para la acción eficaz de todo servicio sanitariosocial.

Ejemplo clarísimo de la eficacia de los Seguros sociales sanitarios fué, indudablemente, el del Seguro Obligatorio de Maternidad y su Obra Maternal e Infantil como ensayo y entrenamiento ante la mejor función que compete al Seguro Obligatorio de Enfermedad en el campo de la Maternología y Pediatria-Puericultura.

SERVICIO DE PEDIATRÍA-PUERICULTURA Y MATERNOLOGÍA. EXTENSIÓN.

Sobre la base de 8.300.000 beneficiarios que, en números redondos, tiene el Seguro, hay que contar con el siguiente volumen de personas sobre las cuales recaen estas prestaciones:

Partos.—La tasa de natalidad en España es de 21-23 por 1.000 habitantes (1949), lo que significa que se producirá cada año un mínimo de 176.000 partos, puesto que entre los económicamente débiles se da una tasa algo mayor que en la media general. A esta cifra hay que agregar los abortos, que suponen también una vigilancia temporal de la gestante y una asistencia a prestar, por lo cual se puede estipular un total de 200.000 mujeres a incluir anualmente en la asistencia.

Niños.—En la población española, los niños hasta los doce

años suponen el 23,60 por 100 (Censo 1940), de modo que entre todos los beneficiarios hay 1.960.000; en números redondos, dos millones de niños de primera, segunda, y tercera infancia.

Considerando solamente los niños hasta los tres años, que son el objeto más directo de la puericultura, supone el 4,80 por 100 de la población española, y, por tanto, hay entre los beneficiarios un total de 400.000 niños de esta edad.

PRESTACIONES.

El Servicio de Pediatría-Puericultura y Maternología otorga las siguientes prestaciones sanitarias:

1. Vigilancia del embarazo, lo más precoz posible.
2. Asistencia a los abortos y a los partos.
3. Recuperación femenina postpártum.
4. Lucha contra la esterilidad femenina.
5. Puericultura.
6. Profilaxis de las enfermedades infecciosas de la infancia.
7. Profilaxis y corrección de los defectos físicos infantiles.
8. Asistencia pediátrica médica y quirúrgica.

A continuación se detallan someramente estos enunciados para mejor comprensión de su trascendencia.

VIGILANCIA DEL EMBARAZO.

Se ha dicho repetidas veces, y por diversas autoridades, que la vigilancia del embarazo tiene una innegable importancia en la prevención de la mortalidad maternal. En una reciente publicación editada por el Instituto Nacional de Previsión, comentando un estudio de 270.000 partos asistidos por el Seguro, se ha hecho notar la baja mortalidad maternal relacionándola con la vigilancia médica del embarazo.

Pero en este momento, cuando la mortalidad infantil ha descendido grandemente en España a expensas de las enfermedades infecciosas y de los trastornos gastrointestinales, queda como causa de mayor cuantía de las muertes infantiles el grupo de los vicios de conformación, enfermedades congénitas y, en general, las causas relacionadas directamente con la vida intrauterina. Y es notable que estas causas, consideradas hasta hace poco como inatacables, están empezando a descender en España, sin que se pueda atribuir a otro motivo más claro que a la vigilancia del embarazo y a la mejor asistencia obstétrica. El camino está señalado, y el Seguro contribuye a incrementar ese descenso apenas iniciado, proporcionalmente al número de personas confiadas a su cuidado.

ASISTENCIA A LOS ABORTOS Y A LOS PARTOS.

Esta prestación, que se impone por sí misma, está reforzada por las consideraciones anteriores, puesto que entra a disminuir la mortalidad maternal y la mortalidad infantil precoz o mortalidad intranatal y neonatal.

RECUPERACIÓN FEMENINA POSTPÁRTUM.

De gran valor demográfico por su influencia para futuras gestaciones y profilaxis de ginecopatías.

LUCHA CONTRA LA ESTERILIDAD FEMENINA.

Actualmente, cuando la tasa de mortalidad tiende a disminuir progresivamente, es de la mayor importancia el dedicar una atención cuidadosa a la tasa de fecundidad, tratando de elevarla todo lo posible. Una gran cantidad de mujeres, deseosas de ser madre, no lo son por infertilidad, lo que es distinto de esterilidad. Es decir, que siendo en principio aptas para la maternidad, tienen algún defecto o enfermedad que las incapacita para concebir. Descubrir el impedimento y re-

mediarlo es función ginecológica; pero por ir directamente encaminada a posibilitar la gestación, esta faceta debe ir incluida en la maternología.

PUERICULTURA.

Casi no es necesario recalcar su importancia, porque felizmente ha adquirido gran difusión en España. Pero sí conviene agregar que, según se indicó antes, la mortalidad infantil ha descendido de un modo que podríamos decir vertiginoso desde 1942, es decir, desde la gran difusión de la puericultura en España. Pero ni se ha alcanzado aún la tasa que debe constituir el objetivo mínimo (40 por 1.000, frente a más del 63 por 1.000 que hay todavía), ni se puede cejar en el empeño, porque se corre el grave riesgo de retroceder en lo conseguido.

Así, pues, nos parece que la puericultura tiene que proseguir la acción lograda ya casi al máximo sobre los grupos de causas de muerte inherentes al peligro alimenticio y al peligro infeccioso; pero tiene que reforzar su armamento para atacar ahora a la parte más difícil, aunque quizá menos espectacular, de los componentes de la mortalidad infantil, para reducirla al 40 por 1.000, que es la tasa de los países no ricos, pero bien dotados sanitariamente.

En cuanto a la puericultura posnatal o higiene infantil se refiere, hemos de tener en cuenta los siguientes extremos:

1.º Edad; aunque la infancia comprende desde el nacimiento hasta la pubertad, ordinariamente se incluye en los servicios de Puericultura a los niños de primera y segunda infancia, o sea, hasta los tres años.

2.º Función:

a) Vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño;

b) Enfermedades del crecimiento y desarrollo:

actualmente es la enfermedad infecciosa que ocasiona más defunciones de niños pequeños en España).

Mención especial merece la vacunación contra la tuberculosis con B. C. G., hoy día extendida en muchos países con excelentes resultados, y que será considerada a fondo por el Seguro, ya que reporta salud a los beneficiarios y un futuro y grande ahorro al propio Seguro al disminuir la futura morbilidad por tuberculosis.

PROFILAXIS Y CORRECCIÓN DE LOS DEFECTOS FÍSICOS INFANTILES.

En orden a la recuperación de niños inválidos y deformes no puede estar ausente el S. O. E., y en tal sentido inicia la organización oportuna, estableciendo en Madrid un «Ambulatorio Antipoliomelítico». En fecha reciente, el *Boletín Oficial del Estado* ordena su puesta en marcha, fijando su cometido y el del personal especializado.

ASISTENCIA PEDIÁTRICA, MÉDICA Y QUIRÚRGICA.

Le pediatría o asistencia del niño enfermo se verifica en la actualidad en la forma siguiente:

Sería tal vez el ideal que el niño fuera siempre, en sus enfermedades, atendido por un especialista. La gran proporción de niños y, sobre todo, la morbilidad infantil, extraordinariamente superior a la del adulto, obligaría a reducir el cupo de familias en forma tal que pudieran ser atendidas, y la cuota correspondiente por familia mucho mayor que la de hoy.

El niño enfermo es atendido en su domicilio por el médico de zona o médico general. En caso de enfermedad grave, se solicita consulta con el pediatra a presencia del médico general. Cuando el enfermo puede abandonar el domicilio acude, con volante del médico general, a la consulta del especialista.

La distribución geográfica de las zonas afectas a cada especialista no se ajusta a los sectores o subsectores de otras especialidades, ya que es tendencia del S. O. E. multiplicar el número de pediatras para la mejor atención del niño enfermo.

He aquí a grandes rasgos expuesta la labor de puericultura y pediatría en plena organización y perfeccionamiento.

Falta abordar el problema hospitalario, indispensable en el campo de la pediatría, y que, por fortuna, podrá llevarse a cabo con la puesta en marcha de las residencias médico-quirúrgicas del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

El plan completo de Maternología y Puericultura-Pediatría, con buenas instalaciones dispensariales y hospitalarias en sus residencias, una buena selección de especialistas que en España existen, un estudio completo de los cupos de familias para conseguir un trabajo lo más perfecto posible, han de contribuir muy eficazmente a disminuir las muertes evitables en la infancia, en unión de las otras organizaciones sanitarias españolas, y, entre todas, conseguir se llegue más pronto a la cifra de mortalidades mínimas, salvando las que nosotros llamamos «vidas de infancia recuperables», colocando a nuestro país en parangón con otros similares.

No es tarea imposible, aunque sí difícil, y a ella hemos de aprestarnos todos, dirigentes y dirigidos, en el S. O. E., que tantos beneficios puede rendir a sus asegurados y familiares.

VIII

ASISTENCIA MEDICA EN INSTITUCIONES ABIERTAS DOS FORMAS DE LA VIDA ESPAÑOLA.

En cierto modo, la estructura geográfica y política del país ha dado lugar a zonas independizadas en el sentido industrial y agropecuario, éstas mucho más extensas y empobrecidas.

Y es fácil darse cuenta de sus particulares problemas sociales y de que asistimos a una gran preocupación nacional, estado al que el Gobierno ha salido al paso proyectando y concibiendo una serie de organizaciones con las que pretende equilibrar y coordinar estas formas básicas de la vida.

En el orden económico, político y psicológico, esas dos formas de vivir han dado lugar a diferencias ideológicas perturbadoras de la unidad social, y factores derivados de esa estructuración están causando efectos de la mayor trascendencia para la vida nacional, entre los que se señala con toda claridad, y no menor importancia, por sus consecuencias, el éxodo hacia las zonas industriales, hecho que, sin duda, potencializa esa falta de armonía en los intereses y esa semejanza psicológica en los asentados de una y otra zona nacional.

Entre las organizaciones que pretenden armonizar y unificar las aspiraciones de nuestro tiempo figura muy destacadamente el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Aquí no nos ha de incumbir analizar aquellos hechos ni señalar las reacciones psicofísicas que, sobre el hombre y la masa de esos dos medios sociales, han provocado sus específicos y particulares estímulos. Nos interesa sopesar cómo el Seguro, al proyectar las prestaciones del débil económico, ha orientado los postulados de justicia social y ha concebido la ejecución de los problemas sanitarios, si éstos han de satisfacer el riesgo de enfermedad. El plan nacional de instalaciones sanitarias fué estudiado y proyectado, no sólo teniendo presentes los fines enmarcados en la Ley del Seguro, sino de tal manera, que en sus prestaciones brillase el espíritu cristiano y católico de la Nación.

Y así, para satisfacer las necesidades asistenciales del débil económico, fué proyectada y aprobada una extensa, coordinada y eficiente red de instituciones sanitarias, mediante las cuales se habían de ultimar las prestaciones que en ámbito nacional se propuso llevar a efecto el Seguro, tanto más cuan-

to que ha de ser materia de sus fines atender los acontecimientos de la enfermedad y desarrollar una Medicina moderna que articule escalonadamente sus misiones preventiva y curativa, principio esencial de la Medicina social, que, en una obra como la del Seguro Obligatorio de Enfermedad, ha de satisfacer el riesgo de enfermedad como ejecución de primer orden, a la vez que atienda objetivos de conservación, amortización y actualización de las instalaciones y servicios, aspectos técnico-financieros que será de rigor sean utilizados con la mayor diligencia y escrupulosidad.

A la altura de este trabajo, interesa comentar las funciones generales de la institución ambulatorio; muy particularmente, las de aquellos que se hallan enclavados y desplegados en regiones eminentemente agropecuarias, y que, por las características demográficas y psicológicas de sus habitantes, es previsor y humano que en los mismos se implanten determinados servicios médicos especializados, con lo que quedará demostrado que la justicia social, en el ámbito nacional, es un hecho y una realidad viva y sin distingos.

EL SEGURO DE ENFERMEDAD EN LAS ZONAS INDUSTRIALES Y AGROPECUARIAS.

Vamos a desarrollar someramente una cifras y tantos por ciento que habrán de ayudar a razonar y fundamentar cuanto sigue. Estas cifras se refieren preferentemente a asegurados y beneficiarios en uso de ambulatorios, institución perfectamente proyectada y pródigamente dotada en instalaciones de examen, exploración y tratamiento. cuyos servicios serán atendidos por mayor o menor número de médicos generales, especialistas y personal auxiliar sanitario.

Conforme a datos demográficos de la estadística sanitaria, que sirvieron de base para formular el plan nacional de instalaciones sanitarias, los 28.510.857 habitantes que actualmente constituyen la población nacional nos dan 3.098.189

asegurados en el S. O. E., habitantes y asegurados que se distribuyen: 15.599.330, residentes en sectores del Seguro, capitales de provincia y masas urbanas establecidas en superficies provinciales con comunicaciones convergentes hacia la cabecera del sector, de los cuales 5.328.031 son beneficiarios; por otro lado, 12.931.527 habitan en subsectores, demografía eminentemente agropecuaria, habitantes de poblaciones no capital de provincia, pueblos, aldeas, caseríos, etc., con 2.920.875 beneficiarios.

Ahora observamos que, en el primer grupo, el 34,19 por 100 resulta beneficiario, cifra que fluctúa entre una máxima de 82,76 por 100 y una mínima de 7,49 por 100, tantos por ciento correspondientes a zonas industriales y agropecuarias, respectivamente. Por lo que respecta al segundo grupo, el 24,85 por 100 de población figura como actuales beneficiarios del S. O. E., con una máxima de 90,33 por 100 en las zonas industrializadas, y una mínima de 4,26 por 100 en los espacios netamente agropecuarios. Cifras que nos dicen, elocuentemente, cómo el Seguro Obligatorio de Enfermedad, si en el aspecto prestación sanitaria ha de desarrollar una obra de verdadera justicia social, deberá atender el riesgo de enfermedad en el débil económico, cualquiera que sea su régimen laboral, tanto más que, en las zonas correspondientes a habitantes de cometido agropecuario, existe un ambicioso campo de aumento de población y de rendimiento económico. Y así como en los problemas de producción nacional no es posible hacer abstracción del campo, en materia de Seguro de Enfermedad es imprescindible que las prestaciones lleguen y se amplíen a estos modestos escalones de asentamiento agrícola y ganadero, pues no se ha de olvidar que en Medicina, si ha de tener realidad su principio «vale más prevenir que curar», su contenido sanitario deberá llevarse a todos los rincones del país, máxime que en todos puede surgir la enfermedad, en cualquiera de sus formas, y no desplegarle preferentemente en las

zonas y poblaciones de fácil financiación. La Medicina social, el Seguro de Enfermedad, deberá considerar la Nación como un todo, como una unidad vital, sin hacer distingos entre regiones nobles y ejecutoras, entre zonas de mucha y poca afiliación, entre jornales altos y bajos. Fue fundamentándose en estas ideas básicas de justicia social cómo el proyectado plan nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad cubrirá, está cubriendo, el ámbito nacional de instituciones sanitarias, y con ellas se pretende satisfacer las necesidades asistenciales del débil económico, resolviendo de esta forma muchos problemas sanitarios que no sólo son reclamados por esas localidades hasta ahora desasistidas de medios e instalaciones médicas modernas, imprescindibles para la ejecución real y práctica de la Medicina, sino porque estas prestaciones médicas interesa a la Nación que se efectúen íntegra y totalmente, con espíritu de unidad, ya que de no ser así la Nación y el Seguro sufrirán las consecuencias, como hasta el momento ha ocurrido y se ha reflejado en la estadística sanitaria y laboral, confirmándose con todo esto, una vez más, que la esencia y la ejecución del Seguro son eminentemente médicas, mejor dicho, son una especialización de la Medicina. Medicina social, en una palabra.

INSTITUCIONES SANITARIAS ABIERTAS.

Ambulatorio es una institución de asistencia médica, en régimen externo, a la que concurren los enfermos beneficiarios residentes en un área determinada de población. Tales beneficiarios se hallan adscritos al ambulatorio como consecuencia del estudio geográfico, económico y médico del sector o subsector en que residen. Sector o subsector delimitado, y, desde luego, puede ser susceptible de perfeccionamiento y matización, en cuanto al área que ha de abarcar en cada caso.

Las misiones y ejecuciones, en régimen externo, que cada

una de estas instituciones ha de realizar se ajustarán a los siguientes tipos de ambulatorio:

Ambulatorio completo.—Establecido en población cabecera de sector, se atenderán en él la totalidad de las prestaciones médicas en régimen externo; funcionará perfectamente coordinado con la residencia. En muchos casos, sus especialistas podrán articular sus funciones, en una u otra institución, según los tiempos de la prestación sanitaria, y de esta forma continuarán el tratamiento de los beneficiarios que tengan adscritos. Esta unidad en la asistencia es a veces discontinua, por actuar en la residencia especialistas encargados de una diferenciada especialidad o servicio, o porque éstos estén encargados de atender a los beneficiarios adscritos a médicos especialistas que tan sólo realizan prestaciones sanitarias de régimen externo.

Los especialistas que actúan en las residencias deberán realizar un concurso-prueba-práctica, en el que demuestren capacidad y aptitud para el perfecto ejercicio de la especialidad.

Ambulatorios reducidos e intermedios.—Enclavados en poblaciones cabecera de subsector, que abarcan una limitada superficie provincial.

El reducido comprende: Medicina general, Oftalmología, Otorrinolaringología, Odontología, Maternología y Puericultura, Radiología elemental y Laboratorio elemental.

Se destina este ambulatorio para localidades que estén muy desplazadas de los centros asistenciales, teniendo, por su parte, así como la zona de su influencia, un volumen bastante corto de población, que hace prácticamente irrealizable el mantenimiento de manera permanente de toda clase de especialidades. Se incluyen en sus servicios solamente las especialidades que constituyen un auxilio imprescindible a la Medicina general (diagnóstico radiológico elemental y análisis clínico elemental) y aquellas otras que, por su mayor difusión

en España, son más fáciles de encontrar en este tipo de localidades (Obstetricia, Pediatría, Otorrinolaringología, Oftalmología y Odontología).

El ambulatorio intermedio incluye los elementos del anterior, a los que se agregan las especialidades de Pulmón y Corazón y Digestivo.

Los ambulatorios están dotados con enfermerías de cuatro a seis camas, destinadas a resolver los problemas de asistencia urgente hasta tanto que el enfermo pueda ser trasladado a la residencia de que dependa el ambulatorio.

Para las especialidades no previstas en estos ambulatorios, proyectados para la asistencia de los asegurados de los subsectores, estos últimos dependen del sector, dotado con él.

En vigor el plan nacional de instalaciones, todos los centros descritos anteriormente convergen en lo que podríamos llamar unidad sanitaria superior, constituida por la residencia.

En el ámbito residencial, pues, estarán incluidos todos los asegurados de una provincia, de una parte de provincia o de una región, de conformidad con el número de residencias en el espacio provincial o con las especialidades establecidas en la institución, ya que éstas, por su específica o diferenciada ejecución, pudieran dispensarse en un ámbito superior al provincial, adquiriendo total o parcialmente carácter regional.

Algunas cifras completarán nuestra exposición.

Las residencias sanitarias proyectadas en el ámbito nacional se elevan a la cifra de 67. Como cada residencia ha de coordinarse, cuando menos, con un ambulatorio completo, los ambulatorios donde se realizarán toda clase de prestaciones especializadas, en régimen externo, serán 67, más una serie de ambulatorios de este mismo tipo, proyectados y en ejecución en grandes poblaciones, como Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Bilbao, Oviedo, etc., ciudades que su por su número de asegurados será preciso dividir las en varios sectores.

En las grandes ciudades, las distancias urbanas y el nú-

mero de beneficiarios que acuden a las consultas son de tal orden, que, como principio fundamental y económico, es necesario establecer varios ambulatorios; a cada uno posiblemente corresponderá un sector de población y de superficie geográfica provincial.

El número de subsectores, hasta el momento, se eleva a 185. Muchos de sus ambulatorios se hallan ya en función o en fase avanzada de construcción. Las características de cada subsector determinarán el tipo de ambulatorio.

SERVICIOS MÉDICOS EN RÉGIMEN EXTERNO.

Consecuentemente con lo que se ha expresado, en el ambulatorio completo actuarán en misión de consulta y de prestaciones sanitarias: de una parte, los médicos generales o de familia adscritos a zonas médicas circunscritas a estas instituciones; de otra, especialistas, para la total prestación de las especialidades, en número que quedará justificado por la cifra de asegurados del sector. Unos y otros estarán condicionados a residir, legalmente, en la localidad donde esté establecido el ambulatorio, y deberán coordinarse, en misiones y funciones, a fin de resolver técnicamente las prestaciones que, en régimen externo, pueden precisar los beneficiarios adscritos a los citados médicos.

En los ambulatorios reducidos e intermedios, establecidos en la localidad cabecera de subsector, no se ejercerán más funciones que aquellas que con toda eficiencia puedan efectuarse en régimen externo.

El ambulatorio reducido asumirá: Medicina general. Pediatría-Puericultura. Maternología, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Radiología y Laboratorio clínico. Con las siguientes particularidades: Oftalmología y Otorrinolaringología completarán la especialidad, cuando se trate de intervenciones que precisen régimen interno, en las residencias. Radiología y Laboratorio clínico ajustarán sus instalacio-

nes y realizaciones al examen, determinación y tratamiento que puedan precisar las disciplinas y especialidades desarrolladas en este ambulatorio.

El ambulatorio intermedio no será sino el reducido más desarrollado en el número de sus especialidades, las que tendrán efectividad cuando en las localidades existan, o puedan establecerse, médicos especialistas en aparato cardiovascular, respiratorio o digestivo; en Dermatología, Neuropsiquiatría y otras disciplinas médicas que no precisen de intervención quirúrgica en sus enfermos.

Características de estos ambulatorios, que, muchas veces, surgirán como consecuencia de la futura distribución o colocación médica, de la apetencia profesional, que fomentará la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, de la estadística y demografía del Seguro; de las comunicaciones, riqueza y costumbres del subsector; de la inclinación que la clase médica pueda sentir para establecerse en estas localidades cabeceras de ambulatorio; factores susceptibles de mayor valoración al instalarse nuevos ambulatorios del plan nacional, excelente medio que sitúa al alcance del médico general y del especialista los elementos técnicos necesarios para informe, examen, exploración, tratamiento especializado, organización e instalación médica, que hasta ahora se halla limitada a la clínica privada o a los centros médicos establecidos en las grandes poblaciones, y de los que carecía, en absoluto o en muchísimos casos, el médico de familia, el médico rural, que ahora se verá asistido y ayudado; asimismo, estimulado en la labor sanitaria y preventiva, en el diagnóstico precoz de las enfermedades funcionales latentes y orgánicas, lo que equivale a sentar los jalones para la realización de una Medicina moderna, para la más fácil curación de muchas enfermedades, en otros tiempos incurables o que abocan sistemáticamente a la cronicidad, provocando muchas veces la invalidez • la incapacidad, problemas de la más alta trascendencia na-

cional e importancia social en los medios titulados débiles económicos.

En todos estos ambulatorios, además de los servicios generales, higiene, hidroterapia y electromedicina, excelentes elementos para el mejor rendimiento terapéutico, se dispone de salas dedicadas a enfermería. Cuatro a ocho camas, por medio de las que se habrá de resolver la asistencia de los casos que precisan reanimación y recuperación o intervenciones de la mayor urgencia, por su gravedad, hasta tanto que el enfermo se halle restablecido del fallo que accidentalmente pudiera haber ocasionado la pequeña intervención de régimen externo, o, en el segundo caso, hasta que sea evacuado sobre la residencia sanitaria más próxima.

La Dirección del Seguro estableció el escalonamiento sanitario y su jalonamiento en sectores y subsectores como una consecuencia de la existencia de zonas industriales, agropecuarias, comerciales y de sus costumbres: humana geografía del Seguro que, con justa apetencia, precisa e interesa las prestaciones sanitarias de ambulatorio. Nosotros, nación de vieja cultura y de hacienda que no permite despilfarros, tenemos exacto conocimiento de los hechos esenciales de una asistencia social sanitaria; Medicina practicada en el hogar; Medicina ejecutada en régimen externo, con auxilio de excelentes instalaciones; Medicina realizada, con la ayuda de los más modernos elementos de la técnica médica y por la selección de destacadas capacidades médicas, en las residencias. Tres factores esencialísimos en la Medicina social, que el Seguro realiza para satisfacción de la economía débil.

No desconoce el Seguro español de Enfermedad la importancia médicosocial de la residencia; buena prueba de esto es la factura y la magnífica dotación de las ya terminadas, de las próximas a terminarse y de aquellas que se hallan en proyecto: total, 67 residencias, con una dotación no menor de 17.000 camas. Pero no es menos evidente que la Medicina está

abogando por que las convalecencias se efectúen en el medio habitual y en régimen de ambulatorio. Hasta los pueblos más ricos y adelantados convienen en estas ideas, de asistencia a domicilio por el médico general o especialista, como una necesidad terapéutica.

En estos mismos países, las prestaciones en régimen de ambulatorio ganan terreno, y se manifiesta que deberán ser perfeccionadas, pretendiendo por este medio un mayor rendimiento técnicoeconómico de la Medicina social. Hechos que, si empiezan a ser reconocidos en esas naciones de hacienda próspera y de gran abolengo asistencial médico, se hallan de acuerdo con las normas y disposiciones vigentes en el Seguro español de Enfermedad.

EL SERVICIO MÉDICO EN LAS ZONAS DEL SEGURO.

Finalizaremos la exposición de las prestaciones sanitarias comentando brevemente la misión del médico general de zona en este importantísimo escalón inicial del servicio médico.

Ya fué expuesto en otra parte de este trabajo la noble y humanísima actividad que el médico general del Seguro, fiel trasunto del médico de familia, ha de desplegar. Ya se comentó la misión que al médico corresponde y cómo en su ejecución ha de derrochar saber, serenidad, juicio, ponderación, paciencia, desinterés, complacencia..., caridad. La Medicina, en este plano social, se ha de concebir en ese espíritu amplísimo de misión.

Estos profesionales desarrollan sus cometidos médicos según dos modalidades:

1.ª *Médico establecido en localidad que no posea ambulatorio.*—Su labor médica se desenvuelve en la consulta que establezca en su propio domicilio y a la cabecera del enfermo beneficiario. Actividad clásica del médico de familia y del médico rural. Ahora bien, creado el Seguro de Enfermedad, el

médico se halla eficientemente relacionado y coordinado con los servicios de los escalones sanitarios inmediatos: ambulatorio y residencia, y se verá asistido por los servicios médicos de estas instituciones, colaboración eficaz de los especialistas y de sus técnicas médicas.

2.^a *Médico instalado en localidad con ambulatorio.*—Sus misiones se desarrollan, conforme al Reglamento de servicios y normas, a la cabecera del enfermo beneficiario en el ambulatorio, donde dispone de cuantos elementos precisa para satisfacer una excelente y moderna práctica médica.

En una y otra modalidad serán ayudados por personal auxiliar sanitario: practicantes, comadronas y enfermeras.

Después de lo expuesto, destaca, por su importancia y finalidad asistencial, el diagnóstico precoz, que el médico de zona podrá enfocar u orientar valiéndose de una de las dos situaciones más arriba comentadas.

Manifestábamos antes los conceptos «complacencia» y «caridad» como características de la personalidad médica; no se pensará que lo hacíamos apuntando ciertos vicios de la dispensación; por otra parte, ya aludimos al estudiar la prestación farmacéutica; lo hacíamos pensando que el médico del Seguro no deberá olvidar que la fatiga, la fatiga laboral, es no pocas veces causa de enfermedad.

También, en gran parte, por este escalón será orientada la coordinación con los servicios de las luchas sanitarias. Asegurados y beneficiarios, como españoles, pueden y deben hacer uso de las organizaciones y servicios de la Sanidad Nacional, y será, casi siempre, por los médicos generales del S. O. E. que se aconsejará la iniciación y la práctica de los preceptos de una lucha sanitaria.

IX

LA ASISTENCIA EN INSTITUCIONES CERRADAS

CONSIDERACIONES LEGISLATIVAS.

Analizadas ya las razones características que orientan las instituciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad, vamos a estudiar aquí específicamente las instituciones cerradas.

De acuerdo con el artículo 13 de la Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad:

El Seguro presta el servicio de hospitalización hasta un límite de doce semanas por año para los asegurados, y de seis para sus familiares beneficiarios del Seguro. Estos plazos podrán prorrogarse cuando las circunstancias lo aconsejen.

Esta prestación sólo es obligatoria, tanto para el Seguro como para el asegurado, cuando así lo disponga el servicio médico del Seguro.

Ordena también en la tercera de sus disposiciones transitorias la creación de una Comisión de enlace del Ministerio con otros organismos, y en la que están representados la Dirección General de Sanidad, la Delegación Nacional de Sindicatos y el Instituto Nacional de Previsión, para la confección del Reglamento que ha de desarrollar la Ley.

El primer problema considerado por dicha Comisión es el de la asistencia institucional, y considera que debe ser eficiente y lo más completa posible, limitada tan sólo por sus características médicas sociales, que excluyen lo superfluo o lujoso, y de acuerdo con las disponibilidades financieras del Seguro. Debe, en todo caso, ser de calidad superior a la asistencia benéfica pública o de fundaciones particulares de carácter benéfico, estableciendo con ellas una diferencia clara, y en este sentido, la Comisión, entre sus conclusiones, dió la siguiente:

«La asistencia medicofarmacéutica será siempre superior a la benéfica; en el mayor grado posible, semejante a la privada, y vigilada por la Inspección de Servicios.»

Estudiando las necesidades de asistencia institucional ambulatoria y residencial, no se reputaron suficientes las instituciones españolas existentes para prestar la asistencia a los asegurados. Por ello, además de estimarse la utilidad de coordinar las actividades del Seguro, no estrictamente asistenciales, con las de los organismos del Estado, Provincia o Municipios encargados específicamente de ellas, se consideró preciso y posible concertar los servicios asistenciales con las instituciones dependientes de ellos y con las pertenecientes a fundaciones, Empresas o particulares.

Para suplir las deficiencias señaladas en las instituciones existentes en España, se consideró necesaria la realización de un plan de instalaciones para el Seguro de Enfermedad.

El Reglamento del Seguro de Enfermedad, propuesto por la citada Comisión, y que fué publicado por el Ministerio en 11 de noviembre de 1943, determina en su artículo 34 los servicios que el Seguro comprende.

Es lógico que tan amplio plan atendiera con especial cuidado a la hospitalización de los enfermos, medio imprescindible para la práctica de un gran número de prestaciones, y así, después de hacerse eco el Reglamento indicado de lo que dispone la Ley del Seguro, añade en sus artículos 43 y 44:

Artículo 43. La asistencia en clínica operatoria o sanatorio se prestará solamente por prescripción de los médicos del Seguro, en la forma que determinen los Reglamentos de régimen interior.

Artículo 44. La hospitalización podrá ser dispuesta con carácter obligatorio en los casos siguientes:

1.º Si la naturaleza de la enfermedad exige un tratamiento que no se pueda dar en el domicilio del paciente.

2.º Si la enfermedad es contagiosa.

3.º Si el enfermo no observa las prescripciones del médico que le asiste.

4.º Si el estado o la conducta del paciente exige una continua vigilancia.

En cualquiera de estos casos la hospitalización obligatoria será declarada por la Inspección de Servicios Sanitarios del Seguro, directamente o a propuesta del médico que asiste al enfermo.

La Comisión, pues, acordó la puesta en marcha del plan de instalaciones para suplir las deficiencias de las que existían en España, que no se consideraban suficientes para la asistencia de los asegurados.

Esto exigió el estudio previo de un plan de asistencia, al objeto de determinar los sitios de emplazamiento de los centros asistenciales y después de calcular el volumen de las instituciones para la asistencia ambulatoria y las camas precisas en las de asistencia residencial.

Expuesta ya la asistencia en ambulatorios, hablaremos de la asistencia en residencias.

ENFERMOS QUE DEBEN SER ASISTIDOS EN INSTITUCIONES CERRADAS.

Diversos motivos y circunstancias hacen que el enfermo no pueda asistirse convenientemente en su domicilio o en ambulatorios y deba ser hospitalizado.

Las causas de este internamiento dependen del enfermo o del medio que le rodea.

En cuanto al medio ambiente en que vive el enfermo, hay que señalar que la hospitalización se hace necesaria cuando en su domicilio no puede recibir los cuidados generales de asistencia; cuando los plazos de recuperación puedan ser abreviados con el internamiento; cuando el medio en que vive el enfermo no reúna las condiciones sanitarias adecuadas para un buen tratamiento.

Por la índole de la enfermedad, señalaremos que la hospitalización está indicada por el carácter infeccioso o contagioso del enfermo; si se trata de enfermos mentales, que constituyen peligro social, y cuando se precisa terapéutica que sólo pueda o deba ser aplicada en sus establecimientos residenciales.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA ASISTENCIA RESIDENCIAL.

Examinaremos ahora las necesidades que deben preverse para la asistencia residencial.

Hay que hacer notar que dependen de dos principales factores:

- 1.º Morbilidad general y demanda de los enfermos para su ingreso en residencia.
- 2.º Duración de las estancias por enfermedad.

Consideremos el primero de dichos factores: morbilidad general y porcentaje de enfermos a hospitalizar. Desde los primeros estudios preparatorios para la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, efectuados por la Comisión de enlace, se vió que no poseíamos estadísticas suficientes en que fundamentar unas conclusiones al problema epigrafiado. No eran utilizables las obtenidas en los hospitales, ya que, además de incompletas, no se tenía una referencia exacta de la población a que había de referirse los enfermos en ellos tratados.

Los datos recogidos por encuestas entre las sociedades medicofarmacéuticas que practicaban el Seguro libre, las más afines a la organización y objetivo del Seguro, no resultaban tampoco manejables, puesto que adolecían de los mismos defectos en cuanto a su exactitud, y los beneficios por ellas otorgados a los afiliados eran en extremo variables para poder llegar a unificar ninguna conclusión.

Para completar este estudio se utilizaron otros trabajos,

procediendo a los ajustes que se juzgaron necesarios para aplicar éstos a nuestra población.

CÁLCULO DE LA MORBILIDAD.

Para el cálculo de la morbilidad, los datos que se emplearon fueron aquellos obtenidos en estadísticas que investigan la incidencia de enfermedades en una población continua o frecuentemente observada y las de las Cajas de Seguros.

Al primer tipo de datos pertenecen los de Collins, que resumen las investigaciones del Comité Americano para el estudio del costo de la asistencia médica. Sus tasas de morbilidad por grupos de edades, aplicados a nuestra población con referencia a los mismos grupos, proporcionaron un coeficiente probable de morbilidad del 82,94 por 100.

En lugar de partir de los datos de morbilidad, se utilizaron también el número de casos estimados por cada defunción, con referencias a grupos de edades. Proyectados éstos en las defunciones para nuestra población en 1930 (no fueron utilizados los posteriores al Movimiento Nacional, por ser de alguna anormalidad sanitaria), obtenemos la morbilidad por vía indirecta, resultando así una tasa de 145,08 por 100.

Esta discrepancia en los resultados obtenidos por uno y otro procedimiento, es explicable por el hecho de que el número de casos de enfermedad que da Collins por cada defunción es muy grande, correspondiente a unas tasas de mortalidad y de letalidad muy bajas. Al aplicarlas a nuestra mortalidad de aquella época se obtiene una cifra muy alta por este procedimiento. Estudiada la proporción de casos de enfermedad sobre cada defunción, tomada de estudios similares de otros países europeos y de diversas Cajas de Seguros extranjeras, se muestra en todos uniformemente menor, por lo que se ajustaron los datos de Collins a la media obtenida para los demás estudios, y esto condujo a la conclusión de la necesidad de hacer una reducción, que se cifró en el 25 por 100.

Efectuada ésta y hechos los cálculos con esta nueva base de estimación, se obtiene una morbilidad de 105,86 por 100, que coincide con los hallados por Sydenstriker, en Hagerstown, de 108,1 por 100, y con otras encuestas y estudios, donde la investigación se llevó al conjunto de la población.

Como resultado de estos cálculos se llegó a la conclusión de que se debe esperar una tasa de morbilidad del 100 por 100, y que de estos enfermos el 50 por 100 precisan guardar cama para tratamiento de su enfermedad.

PORCENTAJE DE CASOS QUE REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN.

Al igual que para los estudios sobre morbilidad, las estadísticas propias no pudieron ser utilizadas con valor absoluto por diversas causas, que se pueden resumir así:

Escasez general de camas en sanatorios particulares, de Empresas de asistencia medicofarmacéutica, así como los hospitales dependientes del Estado, Provincia o Municipio.

Escasa demanda para el internamiento en los primeros, por ser sus precios incompatibles con una gran mayoría de economías privadas; restricciones en los segundos, a tenor de la extensión de los beneficios concedidos, y repulsión por los restantes, que en gran parte son de edificación antigua y asistencia deficiente en salas comunes superpobladas.

Recurriendo a datos extranjeros, se efectuaron estimaciones por vía indirecta, a partir del número de camas que por diversos países se consideran necesarias para la asistencia hospitalaria de 1.000 habitantes y la estancia media de los enfermos en el hospital, que condujeron a la conclusión de que se debía esperar que el 12,5 por 100 de las enfermedades del conjunto de la población debían ser tratadas en residencias.

Estas estimaciones tienen solamente carácter relativo, pues la utilización del hospital depende de varias causas, que, referidas a la población que se estudia, han de condicionar la

suma de hospitalización. De estas causas, unas aumentan el grado de utilización y otras lo disminuyen.

Entre las que aumentan el grado de utilización, tenemos que considerar :

Causas que dependen del propio hospital: mejora en el acondicionamiento y asistencia; mayor eficacia de la asistencia médica, con la agregación al hospital de medios de diagnóstico y terapia; suficiente número de camas para admitir a todos los que solicitan internamiento.

Causas dependientes del medio social: las malas condiciones de los alojamientos y la crisis de la vivienda, el trabajo femenino fuera de casa, la estructura de la población (las edades viejas dan mayor contingente de enfermos); los Seguros sociales (la cobertura de los gastos de hospitalización hace posible la utilización del sanatorio por los económicamente débiles); el carácter urbano o rural de la población. Las aglomeraciones urbanas suministran mayor porcentaje de hospitalización que las rurales. En estas últimas se acrece el porcentaje si se suministran medios rápidos y adecuados de transporte :

Las causas que disminuyen el grado de utilización son :

Las actividades de la Sanidad, que con sus medidas preventivas eliminan enfermedades, como fiebre tifoidea, difteria, etc.

Los nuevos tratamientos (sulfamidas y antibióticos). Muchas enfermedades que antes requerían hospitalización y muchos procesos sépticos que eran tributarios de terapéutica quirúrgica sanatorial son hoy tratados eficientemente en el domicilio del enfermo.

Los exámenes periódicos preventivos, que disminuyen las enfermedades.

La actuación de dispensarios anejos a los hospitales, que, efectuando tratamientos ambulatorios, reducen la hospitalización.

Si, en relación con todo el problema que estamos considerando, observamos, por ejemplo, un país extranjero, como los Estados Unidos de América, nación que puede considerarse como de elevados niveles sanitarios, encontramos que obtienen en sus estadísticas los valores que siguen :

En la investigación efectuada por Wilson, abarcando 439 hospitales de Míchigan, representando 49.957 camas, calcula en un 10 por 100 de la población las admisiones anuales, en lo que respecta a hospital general y referido a todo el año 1946.

Los planes de la Cruz Azul obtienen, para 1943, 10,62 por 100; en 1944, 10,32 por 100, y en 1945, 10,77 por 100.

El Report de la Oficina de Investigación y Estadística en el Campo de la Seguridad Social, redactado por el Comité de Educación y Trabajo del Senado, obtiene un 8 por 100 de admisiones a hospitales generales (excluyendo las instituciones federales), entre la población civil, para 1944, y referido a 126.600.000 de población. Sugiere que con los beneficiarios del Seguro el número de personas que habrán de hospitalizarse sufrirá un aumento, que lo evalúa en el 10 al 25 por 100 para los primeros tres años de pago de coste de hospitalización, y este aumento quedará condicionado al período de beneficios concedidos.

En la población española, antes de implantarse el Seguro de Enfermedad, el grado de utilización del hospital era muy pequeño. La tendencia ha sido siempre a hacer tratamiento de sus enfermos en el propio domicilio, recurriéndose a la hospitalización solamente en los casos en que ésta era necesaria para el tratamiento o porque la insuficiencia de medios económicos hacía imposible obtener la asistencia médica y la medicación necesaria a sus expensas, y habían de obtenerla en hospitales de la Beneficencia. Condicionadores de ella eran, sin duda, la actuación de las causas que antes hemos enumerado, que se incluyen en el porcentaje de utilización de la hospitalización. Estas han de ser alteradas por el Seguro de

Enfermedad; las causas dependientes del propio hospital serán grandemente modificadas en sentido favorable, y al cubrir el Seguro los costos de hospitalización (en los plazos legales concedidos) debe esperarse un mayor volumen de hospitalizaciones. A éste ha de contribuir también las crisis de alojamiento, que impide una buena asistencia a domicilio, y el suministro por el Seguro de adecuado transporte de enfermos. También han de sufrir una gran alteración las circunstancias que actúan, disminuyendo el porcentaje de hospitalizaciones, por el impulso que ha de recibir la Medicina preventiva, por el suministro gratuito de medicaciones y por la actuación de la red dispensarial proyectada y en ejecución.

En la actualidad, para la hospitalización quirúrgica, los ingresos en residencias propias del Seguro o concertadas nos dan los siguientes resultados, referentes solamente a los de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad:

Año 1948:	
Operaciones realizadas.....	17.998
Beneficiarios a que se refieren.....	1.669.971
Operaciones por 100 beneficiarios al año.....	1,08
Año 1949:	
Operaciones realizadas.....	24.649
Beneficiarios a que se refieren.....	1.846.665
Operaciones por 100 beneficiarios al año.....	1,33
AÑO 1950 (PRIMER SEMESTRE):	
Operaciones realizadas.....	16.847
Beneficiarios a que se refiere.....	2.004.475
Operaciones por 100 beneficiarios al año.....	1,68

Wilson encuentra que de cada 100 enfermos asistidos en hospitales generales 40 pertenecen a cirugía. Con arreglo a esto, si se calculase en 10 por 100 de la población los ingresos en hospitales, aceptando un término medio de los datos americanos, el 4 por 100 corresponde a cirugía, y el 6 por 100, a medicina. Así, pues, las cifras obtenidas por el Seguro espa-

ñol son bajas, pero se observa un aumento progresivo. Si se tiene en cuenta que en el régimen provisional de concierto en que se desarrolla la hospitalización, por insuficiencia de medios, se restringen los internamientos siempre que la enfermedad pueda ser tratada con régimen ambulatorio, es de esperar que el aumento que se viene observando ha de seguir la misma tendencia con la puesta en servicio de las instituciones residenciales del plan nacional de instalaciones del Seguro, y que se alcanzará un 2 por 100 de hospitalizaciones quirúrgicas entre su población beneficiaria. Suponiendo que la hospitalización médica siga una marcha paralela, el 6 por 100 que se asigna a ella quedaría reducido al 3.

Contrapesando las diversas tendencias sobre las que ha de ejercer su influencia el Seguro, y ajustándolas a las condiciones que ha de crear y a las asistencias que se obtienen para cirugía, se puede aceptar que la suma de hospitalizaciones alcanzará en los próximos años, cuando el Seguro conceda entre sus prestaciones la hospitalización médica, el 5 por 100 de la población total anual.

El Seguro español quiere llegar a que sus beneficiarios encuentren en las residencias todas las atenciones sanitarias que precisen, ya sean quirúrgicas, ya médicas, y el estudio de las necesidades de hospitalización se ha hecho, no sólo para que el enfermo encuentre en cada momento la cama que necesita, sino cuando y como la necesite. Se desea que la residencia pierda la frialdad hospitalaria y la asistencia en ella tenga el tono humano y cristiano que cree en el enfermo la sensación de que se encuentra en una prolongación de su hogar.

DURACIÓN MEDIA DE LAS ESTANCIAS.

Analicemos ahora el segundo de los factores que en relación con las necesidades que deben preverse para la asisten-

cia residencial hay que considerar: duración de las estancias en las residencias y estancia media.

En la encuesta realizada acerca de las instituciones existentes en España, a las que nos referimos después con mayor amplitud, se obtienen los siguientes datos, referidos a hospitales y sanatorios de los que poseemos información completa:

Hospitales, propiedad	Núm.	Camas	Estancia	Enfermos	Media
Del Estado.....	7	2.379	630.344	20.189	31,22
Provincial.....	42	14.778	4.831.895	115.213	40,20
Municipal.....	51	3.792	702.876	22.774	30,86
Fundaciones.....	34	3.203	696.565	19.348	36
Mutuas y Empresas.....	8	434	96.818	7.210	13,42
<i>Hospitales y sanatorios:</i>					
Particular.....	57	3.873	931.956	63.308	14,72

A las cifras anteriores hay que hacer los siguientes comentarios: excluyendo los sanatorios particulares, se han tomado al azar 100 hospitales de diversas capacidades y de distintas provincias, y se han estimado los que funcionan como tales hospitales y los que tienen misión prácticamente exclusiva para enfermos crónicos o incurables, y que actúan más bien como asilo. El resultado es el siguiente:

Hospitales, 75 (75 por 100 del total), con 10.640 camas; 93,13 por 100 del total.

Asilos, 25 (25 por 100 del total), con 732 camas; 6,87 por 100 del total.

Esto, en parte, nos explica el porqué se obtiene una media de estancias tan elevadas por enfermos, que van de 30,86 a 40,20 días en los hospitales pertenecientes al Estado, Provincia y Municipio y en los obtenidos por fundaciones benéficas, de los cuales el 25 por 100 tiene como misión exclusiva la de asilo de crónicos, incurables, etc., y el 75 por 100 restante alojan en gran proporción esta clase de enfermos.

Los de propiedad particular y los pertenecientes a Mutua-

lidades y Empresas de Seguro libre sólo alcanzan medias de 13,42 a 14,72 días por enfermo.

Cifras obtenidas por el Seguro para la hospitalización quirúrgica, referidas a la Caja Nacional:

	Intervenciones	Días	Promedio
AÑO 1949:			
Cirugía general	14.295	148.419	10,38
Traumatología	1.891	22.300	11,79
Urología	572	8.565	14,97
Tocoginecología	6.146	53.349	8,68
Oftalmología	333	2.831	8,50
Otorrinolaringología	1.412	6.858	4,85
<i>Toda la cirugía</i>	<u>24.649</u>	<u>242.322</u>	<u>9,83</u>
AÑO 1950 (PRIMER SEMESTRE):			
Cirugía general	9.412	92.378	9,81
Traumatología	1.276	13.752	10,77
Urología	441	5.231	11,86
Tocoginecología	4.409	36.277	8,22
Oftalmología	305	2.411	7,91
Otorrinolaringología	1.054	4.468	4,23
<i>Toda la cirugía</i>	<u>16.897</u>	<u>154.517</u>	<u>9,14</u>

No suministrándose en la actualidad hospitalización médica, no podemos conocer estadísticamente la duración media de internamiento para las afecciones médicas. De forma indirecta podemos hacer una estimación de ella, valiéndonos de datos obtenidos de hospitales generales. En estos segundos, Wilson, el 33 por 100 de las estancias son consumidas por los enfermos de cirugía, y como, según el mismo autor, la proporción de enfermos quirúrgicos al total es del 40 por 100, la media de días de hospitalizaciones médicas en relación a las quirúrgicas estará en la proporción de 1 : 1,35.

De esto se deduce que siendo 9,14 la media que obtenemos para las prestaciones quirúrgicas, la de los procesos medios será de 13,33, y la media para el conjunto, 11,05.

En los hospitales generales americanos la media de estancias que se obtiene es:

Hospitales generales federales.....	10,69
Hospitales generales no gubernamentales.....	9,57
Cruz Azul.....	8,46

Estas medias son menores que las alcanzadas en el Seguro. No obstante, teniendo en cuenta que, aunque las cifras obtenidas van en disminución, como, de otra parte, no se saca de las camas el rendimiento del 10 por 100, aceptamos la media de once días para el plazo de ocupación de cama por cada enfermo internado.

NÚMERO DE CAMAS QUE SE PRECISAN PARA LA ATENCIÓN DE 1.000 BENEFICIARIOS DEL SEGURO.

En la exposición efectuada anteriormente sobre el cálculo de volumen de hospitalización y estancia media hemos llegado a considerar como aceptable, por lo que se refiere a nuestra Patria, para volumen de hospitalización durante el año, el 5 por 100 de la población y una duración media de utilización de camas de once días. Expresado en días de hospitalización consumida por 1.000 beneficiarios, da quinientos cincuenta días al año.

A estas cifras se ha llegado por estudios sobre encuestas y estadísticas de hospitales generales. Hemos de tener en cuenta que el Seguro de Enfermedad sólo cubre los gastos de hospitalización durante ochenta y cuatro días para los asegurados y cuarenta y dos para los beneficiarios. La proporción de los primeros a los segundos es, aproximadamente, de 1 a 1,7, que por persona cubre:

$$84 \text{ días} \times 1 = 84$$

$$42 \text{ días} \times 1,7 = 71,4$$

$$2,7 = 155,4 : 2,7 = 57,55 \text{ días de hospitalización.}$$

Se estima, como resultado de estudios efectuados a tal fin, que la exclusión de los beneficios de hospitalización, a los que sobrepasan de sesenta días, produce una disminución del 10 por 100 de las estancias. En virtud de esto, las 550 estancias al año proporcionadas por 1.000 beneficiarios se reducen a 495.

Como estas estancias corresponden a 50 enfermos internados, la media por enfermo es de 9,9 días.

Si cada enfermo hace 9,9 días de hospitalización, cada cama servirá al año a 36,87 (365 días del año: $9,9 = 3687$), y para la atención de los 49,5 se precisarán 1,34 camas.

En estas necesidades no van incluidas las asistencias a los tuberculosos ni a los enfermos mentales. Como éstos han de ser asistidos en los establecimientos del Estado o provinciales, las camas necesarias habrán de ser obtenidas por concierto.

NECESIDADES DE CAMAS PARA LA POBLACIÓN QUE SE PREVÉ HA DE ACOGER EL SEGURO.

Se hace el cálculo, no sobre la población actual, sino la que se prevé para un futuro de veinte años, que se estima en 30 millones.

Se calcula ha de quedar acogida a los beneficios del Seguro el 60 por 100 de la población, o sea, 18 millones.

Las camas necesarias, aplicando a esta población el índice de 1,34 por 1.000 beneficiarios antes aceptado, son 24.120.

Para conocer las camas instaladas en España y cuáles podrían ser utilizadas por el Seguro, fué remitido un cuestionario, con el cual se hizo un catastro de las instituciones, que arrojaban un total de 77.158 camas.

El criterio de inclusión como instituciones concertables o de exclusión fué el que sigue:

Se admitieron como instituciones con las que se podía concertar la hospitalización:

1.º Instituciones capaces de proporcionar la asistencia médico-quirúrgica general y especial, maternal y pediátrica emplazadas en localidades consideradas en el plan de instalaciones como lugares de situación de centros asistenciales.

2.º Instituciones del Estado o provinciales que prestan servicio a los tuberculosos y enfermos mentales, con el objeto de prestar asistencia a los beneficiarios del Seguro durante los plazos legales en régimen de conciertos, sin que su utilización suponga una disminución de las necesidades antes expuestas.

Se entendió que debían excluirse del concierto:

1.º Las emplazadas en localidades no previstas en el plan de instalaciones.

2.º Las dedicadas a fines especiales o restringidas. Son éstas, principalmente, los asilos, orfanatos y fundaciones benéficas particulares, por una parte, y hospitales de los ejércitos, por otra.

3.º Las de capacidad insuficiente. No pueden ser utilizadas las pequeñas residencias, pues se produciría una dispersión en la asistencia de los asegurados incompatible con una buena inspección.

4.º Las de calidad insuficiente en la dotación de sus servicios.

5.º Las que, por su instalación deficiente, no reúnan las condiciones de *confort* necesarias y no permitan la separación de enfermos benéficos de los del Seguro.

6.º Las de propiedad particular.

Excluidas las del Estado y las dedicadas a enfermos mentales sostenidas por las Diputaciones, las fundaciones benéficas y las de propiedad particular, las 77.158 camas registradas quedan reducidas a:

Hospitales generales provinciales.....	30.344
De Mutuas o Empresas.....	2.289

Se estimó que de las primeras solamente podían ser utilizadas por el Seguro en las condiciones requeridas por éste, de separación de sus beneficiarios de los enfermos benéficos, un 10 por 100, siendo utilizables de las segundas el 100 por 100, es decir :

Hospitales provinciales.....	30.344	10 %	3.034
De Mutuas o Empresas.....	2.289	100 %	2.289
	32.633		5.323

Descontadas éstas de las 24.120 en que se han estimado las necesidades del Seguro, quedan 18.797.

ESTADO ACTUAL DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SEGURO.

Por Decreto de 14 de diciembre de 1946 se estableció que, a partir de 1 de enero de 1947, se declaraban implantadas, con carácter preceptivo, en todo el territorio nacional las prestaciones de cirugía general y hospitalización quirúrgica. La prestación de los servicios de hospitalización médica quedó condicionada al desarrollo del plan de instalaciones.

Las necesidades de hospitalización quirúrgica fueron cubiertas con servicios propios o concertados.

Servicios propios.—Están constituídos por pequeñas residencias de carácter provisional, utilizando inmuebles adaptados a tal fin, previas las reformas necesarias.

Servicios concertados.—En las localidades donde existió posibilidad y no se contaba con servicios propios, se recurrió a conciertos con hospitales provinciales y clínicas particulares.

La necesidad de atender desde el primer momento a la hospitalización de sus beneficiarios exigió concertar servicios, con las deficiencias que era lógico prever, dadas las urgentes necesidades que exigían dicho concierto. Pero el Seguro, atento a mejorar constantemente todas sus prestaciones, atendió simultáneamente a ellas y fué anotando las deficiencias observadas para corregirlas y superarlas.

La experiencia adquirida sobre los servicios concertados puede resumirse como sigue :

Conciertos con instituciones oficiales :

1.º Rara vez es posible entre los asegurados y enfermos benéficos una separación.

2.º La vigilancia de la inspección se dificulta considerablemente, encontrándose los encargados de efectuarla casi siempre frente a hechos consumados (ingresos indebidos, altas diferidas con fines de estudio, etc.).

3.º El personal facultativo de las instituciones en algunos casos ajeno al Seguro, se resiste a observar las normas de la inspección y nuestras dificultades para cumplimentar los modelos de la estadística del Seguro.

4.º Imposibilidad de comprobación de aquellos servicios que hace el centro que no están comprendidos en el concierto y son abonados por unidad, y, en ocasiones, duplicidad de pagos.

Con instituciones particulares :

1.º Solamente tienen actuación en ellas los equipos quirúrgicos propios; el resto del personal es ajeno al servicio.

2.º Como consecuencia de lo anterior, resulta de imposible comprobación las cantidades que, fuera del concierto, hay que abonar al centro por servicios extraordinarios.

3.º El alojamiento de los asegurados es, en general, de condición inferior al de los enfermos particulares, con notoria desigualdad de trato.

4.º Las condiciones económicas de estos conciertos son cada vez más onerosas.

Después de considerar las características relativas de los servicios concertados, tanto con organismos oficiales como particulares, y la insuficiencia de las instituciones existentes para cubrir las necesidades totales de hospitalización médico-

quirúrgica de los asegurados, es evidente la necesidad de crear y poner en marcha un plan de instalaciones del Seguro de Enfermedad para que supla todas estas deficiencias.

PLAN NACIONAL DE INSTALACIONES.

En el plan nacional de instalaciones figuran 67 residencias sanitarias: seis se hallan terminadas, dos están a punto de terminarse, 14 están avanzadas, 10 ya comenzadas, 35 han sido proyectadas y, probablemente, en 1958 estará cubierto el ámbito nacional por esta clase de instituciones; todas ellas totalizan por encima de 17.000 camas.

Es perfectamente claro que una cama situada en una institución estratégicamente emplazada, integrada en un sistema asistencial y dotada de todos los medios diagnósticos y terapéuticos fundamentales y auxiliares, no es equivalente a otra perteneciente a un sistema ajeno no situada convenientemente desde el punto de vista del Seguro e insuficientemente dotada de medios. Por ello, al Seguro las camas no le sirven al 100 por 100 más que en las localidades correspondientes al plan de instalaciones.

El Seguro de Enfermedad nace en España en una época de transformación radical del país, no solamente en el aspecto político interior, sino en el aspecto demográfico e industrial.

En estos últimos años se está llevando a cabo una verdadera revalorización del país, y además, se están industrializando intensamente grandes áreas del territorio. Por otra parte, la emigración está restringida a un mínimo; por consiguiente, la demografía y la distribución de la población están sufriendo modificaciones que pueden llegar a ser radicales. Ello impone una cierta cautela en la valoración de las necesidades sanitarias reputadas indispensables, especialmente en lo que se refiere al tamaño y emplazamiento de las instituciones del plan, así como en el orden de las construcciones.

Sería muy complejo analizar aquí la influencia de todos estos factores: por consiguiente, bastará señalar que se ha procurado, sobre todo, que el plan tenga un carácter dinámico, con grandes posibilidades de ampliación, tanto en sentido vertical como horizontal.

LA RESIDENCIA SANITARIA.

Para una comprensión total de lo que el Seguro Obligatorio de Enfermedad entiende por su unidad sanitaria superior, la residencia sanitaria, expondremos lo que ha de entenderse por ésta y lo que en ella ambiciona realizar el Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Residencia sanitaria es una organización dedicada a la asistencia médicoquirúrgica en régimen de internado. Su edificio se proyecta, aprueba y construye como resultado de un minucioso estudio, en el que intervienen médicos, arquitectos, directivos, consejeros del Instituto Nacional de Previsión, y de tal manera, que su belleza arquitectónica, su trazado y desarrollo se ha de armonizar con el perfecto funcionamiento de los servicios médicoquirúrgicos asistenciales y las naturales apetencias de los enfermos. De aquí a muy pocos años se podrá contemplar esta maravillosa obra del Seguro de Enfermedad, aplicada a la mejor justicia social. Se han calculado unos seis o siete años como muy probables para dar cima al actual plan nacional de instalaciones sanitarias del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que en este momento se halla, en gran parte, desplegado por todo el ámbito nacional.

La residencia sanitaria cuenta con salas de espera, exploración, estudio y tratamiento; dispone de laboratorios con dotaciones de material que les permitirán realizar toda clase de análisis y determinaciones químicobiológicas; de departamentos de Rayos X; de radioterapia profunda, superficial y de contacto; de salas de hidroterapia dispuestas para todas las técnicas y aplicaciones terapéuticas por agua, y peloides, y de

una gran sala de mecanoterapia. Los tratamientos por onda corta, diatermia, electricidad, rayos ultravioleta e infrarrojos, etc., serán desarrollados en departamentos independientes, a fin de que en todo momento quede protegido y respetado el pudor de hombres y mujeres. Técnicamente organizadas, las residencias cuentan con grandes unidades de cirugía, cada una de éstas asistida por servicios dedicados a la preparación de cirujanos, de enfermos y de material operatorio. El total de la unidad se ha concebido y ejecutado, según la urgencia y la especialidad quirúrgica, conforme a las más exigentes técnicas de la cirugía actual. A fin de completar las recientes orientaciones y adquisiciones de la Medicina y de formalizar el tratamiento ideal de los enfermos, próximo a las salas de operaciones, se ha desarrollado el departamento de reanimación y recuperación, asimismo, proyectado y dotado conforme a las últimas novedades en reanimación y recuperación, con objeto de recibir y tratar las bajas afectadas de grave perturbación biológica, los estados que precisen ser normalizados o acondicionados para resistir con éxito la operación salvadora. Departamento que también se dedicará a recuperar a aquellos operados que, como resultas del traumatismo operatorio, de las pérdidas orgánicas y humorales sufridas durante la intervención quirúrgica, tienen precisión de asistencias y cuidados especializados o muy específicos, como transfusión de sangre, respiración en atmósferas enriquecidas en oxígeno, administración especializada de drogas o antibióticos, etc., tratamientos enfocados a normalizar en sentido fisiológico los operados o los enfermos en trance de sufrir una operación quirúrgica; unos y otros, más o menos profundamente desequilibrados en sus sistemas o humores, en su medio biológico, y que después de corregido el choque o el desequilibrio, recuperadas las funciones, y ya, sin mayor peligro, pueden ser trasladados al quirófano o a la habitación que antes de la operación tenían asignada en la residencia.

Por otro lado, las plantas del edificio poseen acceso fácil a salas de esparcimiento, recreo y visita; a comedores independizados para hombres y mujeres, unos y otros decorados de tal manera que impresionen agradablemente, a la vez que tranquilicen, brindando comodidad, reposo y máximo sosiego psíquico al enfermo.

Las habitaciones dedicadas a enfermería, higiénicas y confortables, son de una, dos y cuatro camas, todas acondicionadas de aseos y mobiliario acogedor y práctico. Los servicios de aseo, duchas y baños se han prodigado al máximo. Por planta también, sin perjuicio de la correspondiente independencia higiénicosanitaria, se han centralizado y coordinado los departamentos de consulta y curación; los puestos de enfermera, de preparación de comidas y de desinfección de utensilios y cuñas, cocinas y lavandería, alejadas de los enfermos, que se han dotado de instalaciones modernas, de tal modo que sus cometidos, planes y regímenes puedan efectuarse de acuerdo con la higiene, y permitiendo que las preparaciones culinarias se armonicen con los principios fisiológicos de la nutrición, en cuanto se refiere a alimentación en general, a dietas especiales o de régimen y cuando así lo exija la particular enfermedad. Otro tanto pudiéramos concretar respecto a la protección y profilaxis de las enfermedades transmisibles, cuando se han de manipular utensilios y ropas usadas por enfermos con afecciones infectocontagiosas, ya que las instalaciones responden a la protección integral del personal de la residencia, tanto si éste es un empleado como si se trata de un enfermo.

Sin hacer mención de otros muchos servicios y dispositivos propios de estas instituciones, así como tampoco de cómo se ha cuidado, también especialmente, el aspecto espiritual, sí hemos de manifestar que el edificio se hallará encuadrado, la mayor parte de las veces, dentro de un parque-jardín, en cuya concepción, desarrollo y ornamentación tiene amplia

libertad el espíritu artístico del arquitecto. En este mismo sentido se embellecerán los interiores mediante el empleo de determinados colores, por el desarrollo de perspectivas y la colocación de plantas, cuadros y flores, tratando por todos estos medios que los pórticos, vestíbulos, corredores, salas, departamentos, etc., resulten agradables y atrayentes, particularidades muy dignas de tener en cuenta, porque ellas van a influir, no solamente haciendo placentera la estancia, sino también proporcionando serenidad física y psicológica al enfermo, parte interesantísima de la Medicina de estos días, y que tiene aplicación indudable en la terapéutica de las enfermedades físicas y psicoemocionales, de las que pudiera decirse, con muchísima razón, que nadie está libre de padecerlas.

Es así como se ha humanizado, dignificado y atendido la asistencia sanitaria en las residencias, desplazando y anulando por estos procedimientos aquel concepto y perjuicio, en gran parte depresivo y desmoralizador para el paciente y la marcha de su enfermedad, que hace unos años teníamos del hospital.

La residencia, así concebida y desarrollada, resulta para los enfermos cómoda, alegre y confortadora.

X

EL FUTURO DE LA ASISTENCIA MEDICA EN EL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD

Ya se ha descrito la organización actual de la asistencia médica, así como las características peculiares de esta última. Que se haya llegado a una tal situación no significa, en modo alguno, que se considere perfecta, ni mucho menos aún, que sea inmutable. Es obvio que el constante cambio de las con-

diciones sociales y el continuo progreso de los conocimientos científicos han de traducirse forzosamente en futuras modificaciones del esquema asistencial del Seguro de Enfermedad. Mas, sin esperar a esa evolución, ya están concebidas modificaciones de trascendencia que irán siendo introducidas a medida que el tiempo y la situación lo permitan, por ser imposible haber arrancado desde el principio con toda la organización deseable convertida en realidad.

LOS FUTUROS BENEFICIARIOS DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD.

Hasta ahora dos son las limitaciones impuestas para encuadramiento de los trabajadores como asegurados: un tope máximo en el salario y ciertas condiciones de su modalidad de empleo. Como consecuencia de ello, por ahora quedan fuera de los beneficios del Seguro de Enfermedad considerables masas de productores agropecuarios que, por no disfrutar de estabilidad en su ocupación, han quedado relegados para una segunda fase, en la cual serán incorporados también al Seguro. Hay una razón puramente administrativa para esta demora, que es la innegable dificultad de puesta en marcha del Seguro de Enfermedad, ya de por sí considerable con los trabajadores fijos y muy acusada con los agrarios de carácter eventual, que por esa misma razón presentan problemas especiales en cuanto a la afiliación y cotización.

Así, pues, una vez plenamente estabilizado el Seguro con su actual ámbito, una segunda fase habrá de ser la incorporación de los eventuales agrarios. En tal momento, una honda modificación se habrá de producir en el panorama asistencial de España. Ya se ha dicho que actualmente el Seguro otorga sus beneficios a un total aproximado de ocho millones de habitantes, que equivalen, sobre poco más o menos, al 28 por 100 de los actuales 28 millones de españoles. Pues bien, sobre esta misma población, la admisión de los obreros cita

implicaría atender a cerca de 17 millones de personas, o sea, alrededor del 60 por 100 de la totalidad.

Este incremento de la población beneficiaria no habrá de ser uniforme en todas las provincias. En la actualidad, las provincias de carácter minero e industrial tienen ya afiliada a casi toda la población previsible, puesto que en ellas significan poco los trabajadores agrarios de tipo eventual. En cambio, las extensas regiones agrícolas y ganaderas, aunque de menor densidad relativa de población, son las que ahora tienen el menor porcentaje de población beneficiaria, porque justamente en ellas es donde predomina el obrero sin trabajo fijo. En muchas provincias se estima que la población beneficiaria habrá de elevarse al triple y aun más en algunas, lo cual implicará un nuevo aspecto en la asistencia sanitaria de la demarcación.

LAS INSTALACIONES SANITARIAS DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD.

No es posible presentar una correcta asistencia sin un armamento adecuado de instituciones sanitarias. Este ha sido un principio adoptado como fundamental por el Seguro, que ha estimado la imprescindible necesidad de contar con buenos centros asistenciales en los que pueda traducirse la competencia científica de sus médicos en forma de una buena asistencia sanitaria.

Ya se ha indicado que uno de los primeros pasos en la organización del Seguro fué el de hacer un catastro de los centros asistenciales de toda la nación, con el fin de conocer las disponibilidades con que se podía hacer frente a las necesidades calculadas. En otro lugar se expone el proceso por el que se calcularon estas necesidades en cuanto a la hospitalización, que era el problema de mayor volumen.

El resultado de la encuesta, como repetimos, fué eviden-

ciar que en España se contaba con un número bastante considerable de hospitales de todo tipo, oficiales y privados; pero que una gran parte de ellos responden a tiempos y concepciones que no pueden, de manera alguna, considerarse ya como aceptables. Edificios seculares incompatibles con el tipo de asistencia hospitalaria actual; hospitales insuficientes, por su tamaño, para las necesidades calculadas y difíciles de ampliar; numerosos y precarios hospitales rurales, procedentes de antiguas fundaciones benéficas, cuyo emplazamiento no puede concordar con los centros nodales de la red asistencial del Seguro; en una palabra, una gran cantidad de hospitales que, por no haber respondido nunca a un plan orgánico y sistematizado, sino proceder del arbitrio de la buena voluntad de un testador o correspondientes a la necesidad de llenar un cometido para el cual los medios económicos fueron insuficientes, tanto para la construcción como para el sostenimiento, tenían por fuerza que ser desestimados como elementos aprovechables para el Seguro.

En lo que respecta a la asistencia ambulatoria, el panorama era aún menos confortador. Exceptuando los cometidos específicos de la Sanidad Nacional, la asistencia médica se ha prestado en España, como regla general, en el domicilio del paciente o en la consulta privada del médico. Sólo algunas instituciones benéficas y entidades de Seguros contaban con centros dispensariales, y éstos no podían alcanzar, ni con mucho, a las necesidades calculadas para una asistencia a millones de personas sobre la base de centros de diagnóstico y tratamiento para enfermos ambulatorios.

Así delimitada la situación, se estableció el plan nacional de instalaciones sanitarias, destinado a cubrir las necesidades que no podían ser definidas a base de las instituciones existentes y que reuniesen un mínimo adecuado de condiciones. Este plan se superpone a la organización asistencial ya descrita de zonas, subsectores y sectores, de tal modo, que todas

las especialidades se presten en instituciones apropiadas, así como la Medicina general en todos los sitios en que ello sea posible.

No quiso el Seguro que un problema de tal calibre se abordara ligeramente. Antes de acometerlo se reunió documentación sobre la materia y se realizó un viaje de estudio, por su personal de médicos y arquitectos, para recoger la mayor información posible en los Estados Unidos, por estimar que es uno de los países en que la técnica hospitalaria está más adelantada, ya que el momento en que se realizó el viaje, apenas terminada la segunda guerra mundial, no permitía dirigirse a algunas otras naciones.

Ello no quiere decir que el Seguro se haya limitado a copiar materialmente modelos extranjeros de hospitales. Los técnicos que han desarrollado el plan cuidaron de introducir sus propias concepciones del modo que ha parecido más ajustado para las características peculiares de la asistencia en España. Así se trazaron los programas de construcción que habrían de servir de base para el desarrollo de los proyectos arquitectónicos, programas sometidos a sucesivas revisiones, eliminando todo lo que se consideró inconveniente, hasta llegar a fórmulas satisfactorias.

Estos programas han sido convertidos en proyectos por un equipo de arquitectos, seleccionados mediante un concurso para reunir los que demostraran una mejor aptitud en el difícil problema de las construcciones hospitalarias. Sin embargo, el cometido de los asesores médicos es permanente, puesto que el progreso de cada institución, desde el primer bosquejo del arquitecto hasta la ultimación de su equipo, es vigilado y orientado por los asesores a quienes se ha confiado tan decisiva misión.

El plan de instalaciones está en pleno desenvolvimiento, y su futura puesta en servicio habrá de significar un perfeccionamiento en la asistencia, que ahora, teniendo que utilizar

instalaciones improvisadas o inadecuadas. dista mucho de ser satisfactoria en este aspecto.

Descrito ya en detalle, se puede resumir, en líneas generales, que el ambulatorio del Seguro (de los cuales ya algunos han sido terminados y funcionan normalmente) equivale a un centro de diagnóstico y de terapéutica para enfermos que no precisan permanecer en la cama, y que, naturalmente, suponen la mayor parte de los pacientes. Cada médico encuentra allí un equipo de instrumental y de aparatos con los cuales pueden rendir la máxima eficacia en relación con sus conocimientos profesionales. El enfermo, por su parte, tiene la facilidad de encontrar reunidos todos los distintos especialistas que, eventualmente, tenga que recorrer, y de los cuales casi siempre habrán de ser dos, el analista y el radiólogo, además del que entienda en la particular afección que le aqueje. Esto, en una palabra, significa la realización de la Medicina de equipo, necesidad impuesta por el desarrollo de las especializaciones que hacen poco menos que imposible que un solo médico pueda abarcar a fondo toda la Medicina.

Anteriormente se ha detallado la residencia sanitaria —nombre peculiar que se ha querido dar al hospital del Seguro—, que, en síntesis, responde en primer término a la tendencia actual de fraccionar las salas de enfermos en pequeñas unidades para dos, cuatro, seis camas, como máximo. Es indudable que tal disposición hace más laboriosa la asistencia del personal auxiliar, comparando con la antigua sala general de 20 ó 30 camas, y que ello se traduce en mayores necesidades de personal y en un mayor coste de sostenimiento. Sin embargo, no se ha vacilado en adoptar tal sistema, porque se han considerado otras ventajas: los hospitales son más flexibles y se puede lograr un índice más elevado de ocupación de camas; es más fácil la segregación de enfermos graves, peligrosos o incómodos; se pueden acomodar mejor los enfermos de acuerdo con sus características personales:

en fin, se sustituye el incómodo sostenimiento de internamiento gregario, lesivo para el natural deseo de intimidad en ciertos momentos, por el fomento de la amistad y camaradería entre pacientes similares por su dolencia y por su condición, que conviven en ambiente reducido, eliminando al mismo tiempo la sensación de soledad lejos del hogar.

La segunda característica de las residencias sanitarias del Seguro es la riqueza de servicio. Cada unidad clínica (conjunto de salas que suman de 20 a 0 camas) va dotada de servicios auxiliares en una proporción muy superior a la usual en los antiguos hospitales: puesto de servicios para enfermeras, cuarto de trabajo para las mismas, sala de exploración y tratamiento, servicios de aseo y limpieza, etc.

El conjunto de la institución lleva una dotación de servicios de cocinas, lavaderos, almacenes, etc., que permiten el holgado desenvolvimiento funcional, de modo que la calidad de la asistencia al enfermo sea irreprochable.

Si se han cuidado los aspectos residenciales de la institución, huelga decir que aún más se han detallado los servicios diagnósticos y terapéuticos, incluyendo desde los grupos operatorios con esterilización centralizada, concebidos ya para las modernas técnicas de anestesia y de cuidados postoperatorios, hasta la instalación del banco de sangre y de los departamentos de recuperación funcional mediante la mecanoterapia la fisioterapia, hidro y electroterapéuticas, incluso la terapia ocupacional.

Expuesto el anterior y actual panorama del armamento institucional en España, es fácil concebir en qué grado la calidad de la asistencia se ha de ver influenciada por la futura entrada en servicio de las nuevas instalaciones. Por primera vez se va a disponer de una red de centros asistenciales que permitan obtener el máximo rendimiento de la capacidad científica de los médicos, y van a ser precisamente los bene-

ficiarios del Seguro de Enfermedad los que primordialmente van a gozar de tal mejora.

EQUIPOS MÓVILES.

Así planteada la futura asistencia médica en el Seguro, todavía adolecería de un importante defecto, que sería el de una rigidez estática. La densidad de población, muy baja en extensas regiones de España, no permite diseminar por todas partes las instituciones asistenciales, puesto que hay un mínimo imprescindible de equipos para poder prestar la asistencia, equipo que resultaría excesivamente costoso para el escaso volumen de población atendida, ya que en ningún momento se puede olvidar que la economía de un Seguro social es la suma de muchas economías débiles, que, reunidas en número suficiente, pueden afrontar muchos problemas de otro modo inasequibles, pero precisamente a condición de alcanzar ese número suficiente. Cuando se atomizan los beneficiarios, el problema económico vuelve a surgir como impedimento insalvable.

Al mismo tiempo, esas comarcas de gran extensión y baja densidad de habitantes ofrecen campo escasamente propicio para que ciertos especialistas puedan encontrar volumen de trabajo, oficial y privado, que les permita vivir con decoro, lo que se traduce en que, por falta de aliciente, no es fácil que vayan a establecerse en tales demarcaciones.

Por tanto, será inevitable que dilatadas comarcas queden alejadas del centro asistencial, sobre todo del de grado superior. La solución de este problema no puede encontrarse más que en el equipo móvil, que lleve hasta los rincones distantes los beneficios de la asistencia, ya sea circunstancialmente en un caso de urgencia, ya sea de un modo regular para las necesidades ordinarias.

El Seguro, en consecuencia, prevé la futura necesidad de extender el radio de acción de sus centros asistenciales por

medio de equipos móviles de transfusión de sangre, de asistencia obstétrica, que acudan a resolver un agudo y urgente problema que no puede ser llevado al ambulatorio o a la residencia sanitaria. E incluso la posibilidad de dar solución a la dificultad que para los beneficiarios distantes significa el costo de su desplazamiento a los médicos especialistas, por medio de equipos móviles de las especialidades más imprescindibles, que periódicamente llevan su auxilio a esos beneficiarios.

EL PERSONAL FACULTATIVO.

Si se ha afirmado antes que una tal red asistencial permitirá a los médicos rendir su mayor eficacia, también hay que establecer la contrapartida de que, para obtener el máximo rendimiento de tales instalaciones, se necesitará entregarlas al personal facultativo mejor capacitado.

En su momento se expuso cómo, en los primeros momentos de implantación del Seguro, se catalogó a todos los médicos que voluntariamente acudieron con deseo de prestar servicio en unas escalas que han servido para irles admitiendo para cubrir las necesidades. El tiempo transcurrido ha puesto de relieve dos problemas que será necesario resolver: el primero es la aparición de sucesivas generaciones de médicos que en aquel momento permanecían en las aulas universitarias y que, lógicamente, aspiran a trabajar también para el Seguro; el segundo es el distinto nivel de capacidad entre los facultativos que cultivan una especialidad determinada.

Para resolver el problema, se ha hecho un nuevo llamamiento a los médicos, a fin de integrarles en una escala nacional, puesto que las antiguas tienen carácter provincial y aun local, formada por todos los médicos que lo soliciten, antiguos y nuevos, y susceptible de ser abierta cada dos años para nuevas admisiones y para el aporte de ulteriores méritos por los ya comprendidos en ella. Esta escala será el órgano

vivo y dinámico que en el futuro regule el ingreso al servicio del Seguro Obligatorio de Enfermedad, permitiendo que cada médico ocupe la prioridad que su actual valor científico le confiera.

Pero habiéndose otorgado unos derechos por las antiguas escalas, no ha querido el Seguro entregar ciegameamente sus futuras instalaciones a los facultativos sin tener la garantía de que su capacidad científica es adecuada al instrumento que van a manejar. La realidad ha demostrado que el denominarse especialista no implica obligadamente el dominio total de la especialidad, ya que hay estimables profesionales que abarcan una parte más o menos extensa de la especialidad, pero que no pueden resolver algunos intrincados problemas de diagnóstico y de tratamiento. Pero despreciar el concurso de tales profesionales sería un error craso, porque ni hay extraordinarios especialistas por todas partes, ni es la intención del Seguro causar daño al que honradamente ejerce su profesión hasta el límite de sus propias posibilidades.

Por este motivo, el primer cuidado del Seguro, ante la puesta en servicio de sus residencias sanitarias, es el de efectuar una prueba de selección entre los especialistas con derecho a ocupar plaza, prueba que es confiada a un Tribunal en el que tienen representación otros organismos sanitarios oficiales, y en el que el propio Seguro confía su representación a especialistas de indiscutible capacidad. De esta manera se valora, con ecuanimidad, a los facultativos para discernir a cuáles se les podrán confiar los servicios asistenciales superiores.

ESPECIALISTAS DESTACADOS.

Si el Seguro situase su meta en contar con los facultativos de suficiente nivel científico, sería un pobre objetivo. El Seguro quiere dotar a sus cuadros asistenciales no solamente con valores suficientes, sino también con los mejores. Por este

motivo, la puesta en funcionamiento de las residencias sanitarias, cuya contextura se ha dicho que permitirá disponer de los medios materiales para la mejor asistencia, llevará aparejada la invitación a los médicos más relevantes en las distintas ramas de especialización para que puedan aportar su cooperación a esta obra social.

ESCALONAMIENTO ASISTENCIAL.

El resultado de todo lo expuesto será una asistencia escalonada, que ya ahora está parcialmente en funcionamiento y que, comenzando en la cabecera del enfermo o en la consulta de Medicina general a cargo del médico de familia, para seguir con los especialistas de creciente nivel asistencial actuando en ambulatorios y residencias sanitarias, y culmine en el gran especialista, en la celebridad médica, a quien se confiarán los más difíciles problemas de diagnóstico o las delicadas terapéuticas que han de efectuarse mediante unas técnicas que, por su complejidad o dificultad, no pueden ser del dominio general, los cuales estarán situados en las residencias sanitarias para abarcar ámbitos regionales de modo que se equilibren el logro de un volumen suficiente de trabajo y la asequibilidad a los enfermos que necesiten su asistencia.

Para no enumerar sino algunas de las facetas de esta asistencia de alta especialización, baste citar el tratamiento quirúrgico de los niños afectos de la «enfermedad azul», la cirugía del sistema nervioso central, las fenestraciones de oído, ciertos injertos y trasplantaciones, etc. Ni se puede disponer de especialistas para situarlos en todas partes, ni el contingente de enfermos justificaría la presencia de ellos en cada institución asistencial.

Lo racional es situarles estratégicamente y confiarles zonas proporcionadas de actuación, y éste precisamente es el propósito del Seguro.

FORMACIÓN CIENTÍFICA DEL MÉDICO.

Limitarse a encuadrar los médicos en una escala e irlos admitiendo al servicio a medida que las necesidades lo requieran sería adoptar el Seguro una actitud pasiva respecto a la calidad de sus médicos. Sería tomar a los facultativos tales cuales son, seleccionando entre ellos si se quiere, pero inhibiéndose de su origen, de su valor actual y, sobre todo, de su valor ulterior.

En rigor, ésta podría ser una norma definitiva de conducta, puesto que al Seguro no le compete la enseñanza de la Medicina ni para formar médicos ni para mejorar posteriormente su bagaje científico. Pero esta interpretación de la posición del Seguro equivaldría a un criterio ruin y mezquino. El Seguro no solamente desea y necesita precisamente médicos idóneos. Y si el Seguro aspira a que los médicos que atiendan a sus beneficiarios sean los mejores, no debe esperar a que progresen como y cuando sea, sino que debe anticiparse a prestar su concurso, sus medios y su iniciativa para fomentar el progreso de los conocimientos médicos entre los facultativos, para que ese progreso repercuta cuanto antes en la calidad de la asistencia. Además, el Seguro no actúa aisladamente dentro del cuerpo nacional, sino que está obligado a sentar una solidaridad con todo el resto de las actividades nacionales, y, además de cumplir sus fines específicos, debe aportar al bien común todo esfuerzo.

Hasta aquí, absorto el Seguro en las graves preocupaciones de poner en marcha una obra tan extensa y tan complicada, ha tenido que permanecer ajeno a la formación profesional. El progreso científico en España no ha sido en ningún momento estorbado por el Seguro, pero en lo sucesivo estará apoyado además por esta Organización.

No quiere decir esto que el Seguro se proponga organizar, por sí y ante sí, una enseñanza de la Medicina.

El primer paso ya dado ha sido una disposición oficial incorporando a los catedráticos de las Facultades de Medicina dentro de la organización del Seguro de Enfermedad. Ellos han de representar el nexo de unión entre ambos organismos para esta ingente obra de perfeccionamiento científico del personal facultativo del Seguro, asumiendo estos profesores cargos de Jefatura de clínica en las residencias sanitarias del Seguro, según las correspondientes especialidades. De esta manera, el Seguro va a prestar a las Facultades de Medicina todo su caudal de posibilidades de trabajos y experiencia, de modo que, sin lesionar ninguna susceptibilidad en los beneficiarios, se pueda aportar el concurso de sus historiales clínicos a la enseñanza de la Medicina.

Otro paso, también ya dado, ha sido el disponer que los médicos residentes, es decir, los que han de permanecer continuamente en los centros de internamiento asistencial, sean escogidos precisamente entre los que hagan menos de cinco años que obtuvieron su título profesional. Con esta norma se recogen los jóvenes valores, que son las promesas para el mañana, y se les sitúa en el medio en que pueden rodearse de las mejores condiciones para aumentar su caudal de conocimientos. Dentro de una Institución bien equipada, observando cuantioso material humano y al lado de expertos médicos generales y especializados, estos jóvenes médicos estarán en las mejores condiciones para convertirse en el plantel de los futuros especialistas, lo cual significa una valiosa aportación al perfeccionamiento médico nacional.

Estos dos ejemplos son solamente sendas muestras de lo que el Seguro puede hacer por el progreso del nivel científico nacional en su propio provecho y en aportación al enriquecimiento del acervo común. Las facetas de esta cuestión son innumerables, y sería prolijo detallar muchas más. Baste, por lo tanto, reiterar la afirmación de que el Seguro, lejos de ser una rémora para el progreso de la Medicina, puede, debe y

quiere, ser un factor activo para el fomento de un nivel profesional cada vez más alto que beneficie a los enfermos del Seguro con una mejor asistencia, que favorezca a los médicos con un mayor bagaje científico y un acrecentado prestigio, y, finalmente, que redunde en el mejor cumplimiento del deber general de contribuir por todos los procedimientos posibles al bienestar de toda la nación.

LA MEDICINA SOCIAL.

Ya en otro lugar se ha hecho referencia al problema que plantea la manera de entender la Medicina desde un punto de vista social. Y ha sido necesario reconocer paladinamente que, de un modo general, esta preparación no ha sido dada a los médicos. Ciertamente, al proclamar que los médicos han colaborado desde el primer momento y con decisión a la obra del Seguro, se entiende implícitamente que han intuído este nuevo ángulo de visión sobre los problemas médicos. Pero no es bastante. El viejo aforismo «no hay enfermedades, sino enfermos» continúa y continuará teniendo todo su valor en el caso concreto de cada paciente, hecha abstracción de su emplazamiento en un medio ambiente. Pero al lado de este modo de considerar al enfermo, hoy no es posible abstraerse al hecho indiscutible de que la enfermedad de este caso y la de otros muchos similares tienen una repercusión sobre la sociedad de que forman parte, la cual sufre sus efectos a la par que posiblemente ella misma es la causa determinante o coadyuvante de la propia enfermedad.

Esta proyección del enfermo y de la enfermedad sobre el ambiente social, y, recíprocamente, este reflejo de la sociedad sobre el paciente, son una nueva manera de ver y entender la Medicina que es fundamental para el Seguro de Enfermedad, que es, ante todo, un Seguro Social. En este decisivo aspecto de la formación del médico, el Seguro no puede ni quiere permanecer en una inactiva espera de que alguna vez

se inicie la formación sociológica de los médicos. Y puesto que por ahora esta disciplina no tiene asiento entre las aulas universitarias, será deber primordial del Seguro, una vez resueltos los apremiantes problemas del período de implantación, asumir la tarea de dar a sus médicos, tanto del grupo asistencial, la formación médica social, que ha de significar la plena conciencia de la gran obra en que cada uno colabora y el acertado aprovechamiento de los conocimientos científicos en la exacta orientación en que deben ser enfocados.

Tampoco aquí se ha de entender que se pretenda sentar la doctrina de que la formación social de los médicos haya de ser patrimonio exclusivo del Seguro. A lo largo de esta exposición se habrá visto ya con claridad que el Seguro de Enfermedad debe utilizar lo existente y suplir lo deficitario. Si, como ahora ocurre con la Medicina social, el déficit es casi total, el Seguro debe abordar íntegramente la tarea; si ya existe una organización para cumplir la finalidad, como sucede con la enseñanza de la Medicina, debe cooperar con esa organización. Por eso, si en un momento se incorpora esta enseñanza a las funciones docentes universitarias, el Seguro la prestaría su apoyo de la misma manera que al mejoramiento del nivel científico del médico.

El punto fundamental es que, en la futura asistencia médica del Seguro, la orientación social del médico no puede faltar, y si el facultativo no tiene esa orientación, el Seguro no debe esperar inactivo a que alguna vez llegue a tenerla.

LAS ENFERMERAS.

Cuando se han expuesto las características principales de las futuras instituciones asistenciales del Seguro se ha hecho mención expresa de su amplitud de servicios auxiliares. Y, de la misma manera que mejores servicios diagnósticos y terapéuticos requieren mejores médicos, también los mejores

servicios auxiliares necesitan el concurso de enfermeras de elevada eficacia profesional. El cuidado del enfermo en su cama, la ejecución de las prescripciones del médico, la preparación de instrumentos y aparatos, la esterilización con rigor de garantía son muestras de las innumerables facetas que representa el trabajo adecuado de las enfermeras en el centro asistencial.

En estos momentos, es inminente una profunda reforma de los estudios de enfermeras, para los cuales se exigirán ciertos conocimientos previos de enseñanza media, seguidos de un régimen de estudios en internamiento y con duración de tres años.

Así son las cosas; ante el número de instalaciones asistenciales del plan que van a entrar pronto en servicio, el Seguro no puede esperar a que el nuevo sistema dé sus frutos. La realidad es que no se cuenta con un número bastante de enfermeras eficientes para cubrir las necesidades en perspectiva. Siguiendo el ya reiterado criterio, el Seguro tiene, pues, que acometer por sí mismo la capacitación de las enfermeras que hayan de prestar servicio en las residencias sanitarias para ponerlas en condiciones de que puedan hacer funcionar los instrumentos asistenciales en que van a ser encuadradas. Será preciso poner su capacidad profesional a la altura necesaria para la misión que se les va a encomendar, al mismo tiempo que se les inculque el sentido social de su cometido en la obra del Seguro.

Más aún, admitiéndose la creación de escuelas de enfermeras establecidas por organizaciones oficiales dentro del encuadramiento obligado en relación con las Facultades de Medicina, el Seguro deberá crear sus propias escuelas de enfermeras, destinadas, por una parte, a las tareas netamente asistenciales y, por otro lado, a cubrir las filas del Cuerpo de Visitadoras Sociales, que cooperan, con la Inspección, en la vigilancia de las prestaciones sanitarias del Seguro.

ORIENTACIÓN PREVENTIVA.

Hasta ahora, toda la orientación futura de la asistencia médica se ha expuesto desde un punto de vista de Medicina curativa. El Seguro, ciertamente, tendrá que seguir haciendo frente al hecho consumado de la enfermedad existente, tratando de ponerle remedio y de devolver al enfermo su capacidad de trabajo y su salud perdida. Limitarse a este objetivo sería una miope visión de las finalidades y de los deberes de un Seguro de Enfermedad; si, para problemas parciales de la asistencia, se ha dicho una y otra vez que el Seguro no puede esperar a que alguna vez se los den resueltos, sino que ha de ir directamente a acometerlos cuando no haya quien los afronte, sería establecer una línea de criterio para lo parcial o lo accidental para luego onútila justamente en lo total y en lo permanente. Lo total, lo permanente, es la enfermedad, con sus secuelas de dolor, de pérdidas económicas, de incapacidad y de muerte. Absorbido por las perentorias preocupaciones de la puesta en marcha de un sistema asistencial, el Seguro ha tenido y tiene todavía un carácter evidentemente dedicado a resolver el problema de la enfermedad, después que ésta ha hecho su aparición. Pero ésta no es más que una fase transitoria que representa los primeros pasos de toda una obra mucho mayor.

El futuro de la asistencia médica del Seguro de Enfermedad tiene que ser mucho más ambicioso. Antes que curar la enfermedad, la finalidad primordial tiene que ser evitarla, y, con ella, todas sus consecuencias circunstanciales u obligadas. Este criterio es, ante todo, el más humano, porque hay que ahorrar al hombre todos los padecimientos innecesarios; es el más eficaz, porque la terminación de cada enfermedad no deja de ser siempre una incógnita; es el más económico, porque ya es clásico afirmar que cuesta menos prevenir que curar; es el más patriótico, porque se conservan mejor los valo-

res al servicio de la Nación; es, en fin, el más moral, porque implica llevar la utilización de la propia capacidad hasta el último grado de aprovechamiento en beneficio de todos.

No es que el Seguro haya permanecido totalmente inactivo en el sentido de la Medicina preventiva. Las actividades en el campo de la maternología y de la puericultura, las repetidas campañas de inmunizaciones contra diversas infecciones, son ejemplos de que ya esta preocupación ha sido llevada a la práctica por el Seguro en la medida de sus posibilidades. Recientemente, la coordinación con la lucha antituberculosa ha marcado otro jalón en el avance hacia la orientación preventiva del Seguro. Por otro lado, vuelve a presentarse aquí la posible dualidad de cometidos para distintas organizaciones existentes. Y, en este caso, es la Sanidad Nacional quien, con carácter general, tiene encomendada la misión de velar por la prevención de las enfermedades para todos los habitantes del país. Sin embargo, la tarea es ingente y todos los medios son pocos para hacer frente a su ejecución. Por eso, la eficacia de la sanidad es ilusoria si cada uno de los habitantes no presta su cooperación personal en las medidas preventivas, y, puesto que el Seguro asume la representación de millones de personas frente a la enfermedad y a la muerte, ha de ser preceptivo que la asuma también en cuanto a la colaboración en la trascendente labor de evitar esos males.

No ha de tratarse, pues, de suplantar, sino de coadyuvar. Pero desde el momento que está sobradamente demostrado que la inversión en Medicina preventiva es una inversión altamente rentable, el Seguro ha de ser el primer interesado en dar a su asistencia médica un claro matiz preventivo para cumplir así a la perfección el cometido que justifica su existencia, llevando su esfuerzo hasta el máximo alcance de sus posibilidades.

Todavía cabe recordar aquí que la enfermedad puede tener una etiología y una derivaciones de carácter netamente

social. Y enfocado así el problema de la enfermedad y de la muerte, ya no hay argumento capaz de negar satisfactoriamente el deber ineludible del Seguro, que le obliga a intervenir en la prevención de las enfermedades para proteger el cuerpo social que le está confiado.

ESQUEMA FUTURO.

He aquí, pues, el esquema de la asistencia médica futura en el Seguro de Enfermedad.

Mejores médicos, con elevada técnica y animados de un sentido social, escalonados en médicos de familia, especialistas para consulta ambulatoria, especialistas para asistencia en internamiento y, finalmente, facultativos de alta especialización. Todos ellos, secundados por un cuerpo de enfermeras eficientes y organizado por un plantel de inspectores que mantenga y fomente el nivel asistencial.

Un armamento institucional que, partiendo de la asistencia a la cabecera del enfermo, y a través de las instituciones abiertas, dotadas de todos los elementos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento y los equipos móviles que extiendan la acción asistencial hasta los más lejanos beneficiarios, llegue a las instituciones hospitalarias concebidas, equipadas y organizadas para obtener el máximo rendimiento de la pericia de su personal, para culminar en el gran centro base de carácter regional, servido por los facultativos de alta especialización, capaz de resolver los grandes problemas diagnósticos y terapéuticos.

En realidad, esta es—debidamente proyectada sobre una organización colectiva—la esencia normativa de la asistencia privada, que comienza en el médico de familia y termina en la celebridad médica, a quien se recurre para el caso enigmático o cuando los esfuerzos terapéuticos realizados fracasaron uno tras otro.

Es posible que parezca una paradoja haber tomado como aspiración del futuro algo que ya existía antes de la organización del Seguro. Pero es que esa gama asistencial, desde la cabecera del enfermo hasta la eminente celebridad médica, sólo era una realidad por la minoría de sólidos recursos económicos, mientras millones de económicamente débiles solamente podían recorrer, a sus expensas o por favor, muy pocos peldaños de la escala. Al reunirlos todos, creando con muchas economías precarias una poderosa economía mancomunada, el Seguro pone a disposición de cada uno, cuando llegue la hora en que lo necesite, todos los recursos antes inasequibles para él, proporcionándole la seguridad contra la enfermedad, que es uno de los factores, y no el menor, de la Seguridad Social.

Finalmente, coronar la asistencia, mejorada hasta el máximo en sus elementos materiales y personales con la supresión de las enfermedades evitables, es seguramente el máximo objetivo de un próximo futuro para el Seguro de Enfermedad. Pero ya se dijo más arriba que la sociedad evoluciona constantemente y la Medicina progresa sin cesar; por eso es muy posible que esta exposición de propósitos para un futuro sea dentro de pocos años la expresión de un ideal ya anticuado. Como todos los valores humanos, los proyectos más ambiciosos para el futuro adolecen de una consustancial limitación, porque sólo a la Providencia está reservado conocer el lejano porvenir.

Finalizamos ya nuestra aportación al tema «Las prestaciones médicas en el Seguro de Enfermedad». Se ha visto que en el desarrollo del mismo hemos ido exponiendo lo que España hizo y hace en la actualidad en orden a la asistencia médica en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, y hemos apuntado también algunos de los anhelos que el propio Seguro quisiera ver plasmados en un futuro. Pero debemos proclamar aquí que nada de lo hecho pudiera haberse realizado

sin la firme voluntad, el decidido apoyo y la tenaz perseverancia del excelentísimo señor Ministro de Trabajo, José Antonio Girón de Velasco. El Seguro Obligatorio de Enfermedad, obra social trascendental del régimen de Franco, tuvo en el Ministro Girón su más pleno realizador. Al señalarlo aquí queremos indicar de lo que son deudoras las clases humildes y trabajadores de nuestra patria y la salud y seguridad social española. La salud espiritual y material de la patria son no sólo objetivos de gobierno para todos, sino que, en esencia, son de verdad la Patria misma.

CONCLUSIONES

Primera.—El Seguro Obligatorio de Enfermedad es la expresión práctica de la Medicina social, y su adecuada ejecución requiere que su personal técnico-sanitario, tanto inspector como asistencial y auxiliar, esté compenetrado con dicho aspecto de la Medicina.

El Seguro de Enfermedad ha de asumir, por sí o en colaboración con otras organizaciones, la tarea de dotar a su personal antes citado de la necesaria capacitación médicosocial.

Segunda.—Para alcanzar más perfectamente sus fines peculiares, el Seguro debe seleccionar su personal facultativo de acuerdo con las características de distribución y número de facultativos, modalidades del ejercicio profesional, etc.

Con igual fin se limitará el volumen máximo de asistencia de cada facultativo y se le retribuirá adecuadamente para que consagre al Seguro sus principales actividades.

Tercera.—El Seguro procurará en lo posible la compenetración del beneficiario y su familia con su médico, y a tal fin la revalorización del médico de familia es objetivo esencial.

Cuarta.—El asegurado tendrá el derecho de libre elección de facultativo entre los que actúan en la unidad geográfica en la que se halle situada su residencia.

Quinta.—El Seguro ha de otorgar todas las prestaciones médicas que sean necesarias e imprescindibles para la recuperación del beneficiario, utilizándose todos los recursos terapéuticos.

Sexta.—En las estadísticas de morbilidad existe un tanto por ciento de casos que exigen técnicas médicas muy diferenciadas en personal y material.

A estos efectos, será preciso concebir y organizar estas especialidades con un ámbito más amplio: centralización regional.

Séptima.—La asistencia a la maternidad en el Seguro Social debe proporcionar el descanso retribuido pre y postpartum, una asistencia médica completa durante el embarazo y el parto y la mayor amplitud en la asistencia en institución cerrada, atendiendo a consideraciones de orden médico, obstétrico y social.

Octava.—Las prestaciones de puericultura y pediatría en el Seguro Obligatorio de Enfermedad han de comprender:

Vigilancia sanitaria sistemática del niño y en especial de su crecimiento y desarrollo normal y patológico; prestaciones de Medicina preventiva, tendiendo a suprimir las enfermedades evitables y alcanzar la mortalidad infantil mínima; tratamiento del niño enfermo, médico y quirúrgico, haciendo llegar hasta poblaciones pequeñas la acción de la pediatría y puericultura; especial vigilancia y tratamiento del recién nacido normal, del prematuro y débil congénito para disminuir al mínimo la mortalidad precoz.

Premio de lactancia para estímulo y fomento de lactancia materna. Enseñanza de maternología y puericultura a las madres. Visita domiciliaria de vigilancia y educación sanitaria familiar por las enfermeras visitadoras.

Novena.—El Seguro de Enfermedad debe abordar la aplicación de medidas de Medicina preventiva sobre sus beneficiarios.

Esta Medicina preventiva ha de establecerse con la debida coordinación y colaboración con la Sanidad pública oficial.

Décima.—Para una adecuada aplicación de las prestaciones médicas en el Seguro de Enfermedad, previo estudio de las características de la población sobre la que recaerá la asistencia, debe organizarse ésta por sectores, subsectores y zonas, que delimitarán, de acuerdo con la geografía humana, el ámbito de actuación de las unidades sanitarias del Seguro.

Undécima.—El Seguro debe disponer de una red escalonada de centros asistenciales que, respondiendo a circunstancias de volumen, dotación y emplazamiento, se ajusten a las necesidades de su plan de asistencia.

La asistencia, desde el médico de familia hasta el centro sanitario superior, estará ordenada de tal manera que constituya perfecta unidad asistencial.

Duodécima.—Para determinar el volumen de camas necesario para las atenciones residenciales, tanto médicas como quirúrgicas, y el emplazamiento de las instituciones, se tendrán en cuenta, entre otros, factores tales como la morbilidad, la distribución de la población, sus hábitos y costumbres, los beneficios concedidos en el sistema de Seguros, etc., que condicionan el total de hospitalizaciones.

Se impone una cierta cautela en la valoración de las necesidades reputadas indispensables, y es aconsejable que el volumen de camas talaciones tenga un carácter dinámico con grandes posibilidades de ampliación de las instituciones, lo mismo vertical que horizontalmente.

Décimotercera.—El servicio ideal de ambulancias por cada cien mil beneficiarios en el Seguro de Enfermedad debe estar dotado de:

- Una ambulancia pequeña para enfermos infecciosos.
- Una ambulancia pequeña para heridos comunes.
- Una ambulancia grande para enfermos comunes.

Décimocuarta.—Siendo una aspiración primordial del Seguro Obligatorio de Enfermedad la máxima calidad de las prestaciones médicas que otorga, debe constituir una preocupación para este Organismo el incremento del nivel científico de sus medios y personal sanitario auxiliar, colaborando con los centros docentes para el logro de ese objetivo.

Décimoquinta.—El Seguro Obligatorio de Enfermedad debe poseer una organización de médicos inspectores para vigilancia de las prestaciones y estudio de la marcha sanitaria del Seguro.

Décimosexta.—La práctica perfecta de la Medicina social, la mayor eficacia de la Medicina preventiva y la mejor realización del Seguro exige unidad de acción y de dirección de todas las instituciones que practiquen el Seguro de Enfermedad.

Décimoséptima.—El campo de aplicación del Seguro deberá comprender a todos los productores económicamente débiles, cualquiera que sea su actividad laboral, así como a sus familiares.

Su extensión a los familiares vendrá determinada por la dependencia económica con el cabeza de familia.

Décimoctava.—El derecho a la asistencia deberá ajustarse a plazos que preceptivamente estarán determinados. En casos concretos, tales plazos pueden ser susceptibles de ampliación.

Décimonovena.—Para una mejor realización de la asistencia se debe dotar a los beneficiarios del Seguro del documento de identidad que acredite dicha condición. Y es muy conveniente que los asegurados y beneficiarios se encuentren debidamente informados de los derechos y deberes que como componentes del Seguro les corresponden.

ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS EN LOS SEGUROS SOCIALES

SEGUNDA PARTE

SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERME- DADES PROFESIONALES

Ponencia oficial presentada a la comisión III del Congreso Iberoamericano de Seguridad Social.

Dr. José María Sánchez Bordona,
Jefe de los Servicios Sanitarios de la Dirección
Técnica del I. N. P.

Dr. Julio Martín de Pereda.
Jefe de la Inspección Médica.

Dr. Julián Gutiérrez del Olmo,
Jefe de los Servicios de Radiología del Seguro de
Enfermedades Profesionales.

BREVE RESEÑA HISTORICA

La relación de dependencia entre trabajo y accidente, e incluso la de trabajo y determinados grupos de enfermedad, es antiquísima, pero las prestaciones médicas que se han dado a los trabajadores no han tenido un carácter específico hasta época muy reciente. Se estudiaban y conocían en plena Edad Media determinadas enfermedades que se producían en la desarrollada industria de la minería en España, pero sin que esta asistencia fuera distinta de la que, en general, se prestaba con arreglo a las normas de la Medicina en aquella época.

El gran acontecimiento del descubrimiento de América llevó consigo, como consecuencia, la explotación de las riquezas de aquel continente, trasladando allí los métodos de trabajo que se utilizaban en la metrópoli, y con ello, una serie de normas sanitarias, entre las que consideramos de interés destacar las siguientes:

Los hospitales obreros de Huencavelica y Porcho (Potosí).

Previsiones reales para el gobierno de los indios (1).

Ordenanzas de las minas de Huamanga (2).

Normas para la admisión de heridos en los hospitales de La Habana, especificando la necesidad de una asistencia inmediata sin trámites ni dilación para precaver los grandes daños que puedan resultar en la tardanza de la cura (3).

Las instrucciones de gobierno a don Matías de Gálvez, electo Presidente Gobernador y Capitán General del Reino

(1) Biblioteca Nacional, núm. J. 49-2.989.

(2) Colección Pacheco, tomo 8.º, pág. 449.

(3) Disposiciones complementarias de las Leyes de Indias, tomo 23, folio 57, vol. 25.

de Guatemala, determinándose en el núm. 33 los agravios que sufren los indios por «el trabajo que no resisten y que sus sucesivas tareas no tienen la justa recompensa» (4).

Interesantísima es la disposición que lleva fecha 31 de julio de 1524, dada por la Reina Gobernadora sobre la reglamentación del trabajo de los indios que trabajan en las pesquerías de la isla de Cubagua y el salario que han de tener, especificándose «que no realicen su labor en tiempo de viento y frío, sino solamente en días de bonanza y muy templados, y que en ella se ocupasen cuatro horas y no más cada día, no pudiendo hacer su trabajo a más de cinco u ocho brazas» (5).

Consideramos de interés también destacar la reglamentación de trabajo para los indios obreros que trabajan en la coca, entre la que merece destacarse la extensión de la cédula de 23 de diciembre de 1550, para que no se obligue, en modo alguno, a los indios a trabajar en la granjería de la coca por las enfermedades y peligros que ocasiona (6).

Las organizaciones gremiales, tan extendidas en nuestro país en los años siguientes, llevaron consigo una aspiración de organización social digna de interés, desde el punto de vista que nos preocupa; pero hasta la edad contemporánea, con su libertad de contratación y la creación del concepto del obrero, no nació una reparación específica para los daños derivados del trabajo.

La primera disposición española sobre accidentes del trabajo, en la que se determina la obligatoriedad de una asistencia médica, es la Ley de 17 de enero de 1900, que se conoce con el nombre de Ley Dato, y en la que se da estado legal al accidente de trabajo y se obliga a la prestación de la adecuada

(4) Disposiciones complementarias de las Leyes de Indias, tomo 24, folio 67, vol. 237.

(5) Disposiciones complementarias de las Leyes de Indias, tomo 8.º, folio 298, núm. 293.

(6) Disposiciones complementarias de las Leyes de Indias, tomo 30, folio 191, núm. 135.

asistencia desde el momento en que al accidente se produce hasta el alta por curación o por incapacidad permanente. En aquel momento se incorporó al derecho positivo español la teoría del riesgo profesional, sólo implantado entonces en siete países europeos: Suiza, Alemania, Austria, Noruega, Dinamarca, Italia y Francia. Con ello, España ocupa el octavo lugar entre los países que tienen actualmente una legislación similar.

En 1922 se modificó esta Ley, y se introdujo un artículo en virtud del cual el Ministerio de Trabajo debía organizar un servicio de reeducación de inválidos, con el fin de devolver a éstos la capacidad profesional, y como consecuencia de ello, en julio del mismo año se creó el Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos para el Trabajo, del que más adelante hablaremos.

El Código de Trabajo, de 1926, reorganizó este Instituto, creando en él una clínica de readaptación funcional y un servicio de ortopedia y prótesis que, al mismo tiempo que servía de taller de aprendizaje, proveía de esta clase de aparatos a aquellos inválidos que los necesitaban.

En Octubre de 1932 se publicó un nuevo texto refundido de la Ley de Accidentes del Trabajo en la Industria, que es el que actualmente está en vigor, y en el que se determina, manteniendo disposiciones anteriores, la obligatoriedad de la asistencia médica y farmacéutica, incluyendo en la primera la de tipo quirúrgico; el suministro y renovación de los aparatos de prótesis y ortopedia y la creación de un servicio especial de readaptación funcional dependiente de la Caja Nacional del Seguro.

Las incapacidades permanentes se indemnizaban conforme a lo dispuesto por dicha Ley en forma de renta vitalicia, siendo la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo el organismo encargado del pago de esta pensión. Para ello se organizó con carácter regional, en el año 1933, el Cuerpo de

Inspección Médica, a quien competía confirmar, desde el punto de vista médico, la exacta valoración de las lesiones residuales en cuanto a la repercusión que tuvieran en la capacidad de trabajo de los obreros accidentados.

La necesidad de tener una institución sanitaria dedicada a la readaptación funcional, el suministro de prótesis, y que dispusiera de los elementos indispensables para el estudio, diagnóstico y valoración de determinadas clases de incapacidad, hizo que el Instituto Nacional de Previsión creara la actual Clínica del Trabajo en Madrid como centro encargado de las mencionadas funciones.

Aunque la definición de accidente de trabajo está hecha en esta Ley con un criterio tal de amplitud que en ella han tenido cabida las enfermedades profesionales, las especiales características que concurren en estos procesos, tan diferentes en su etiopatogenia, su evaluación y su tratamiento de los accidentes aconsejaban una legislación propia para ellas, y así, en el año 1936 se elaboró y llegó a tener carácter oficial una Ley de Bases de Enfermedades Profesionales, pero las circunstancias por que atravesó nuestro país en aquella fecha hicieron que no tuviera aplicación práctica.

En el año 1941, la política de Seguridad Social en España inició una rápida y progresiva marcha, y tanto en el campo de los accidentes como de las enfermedades profesionales, se produjeron modificaciones importantes desde el punto de vista de las prestaciones médicas en ambos Seguros.

En accidentes de trabajo, la Caja Nacional, que hasta entonces había actuado como entidad aseguradora únicamente de la incapacidad permanente y muerte, extendió su campo de aseguramiento, haciéndose cargo de la incapacidad temporal. De 15 inspectores médicos regionales, pasó a 52 inspectores médicos provinciales, teniendo alguno de ellos, dado el extraordinario volumen de su trabajo, necesidad de médico auxiliar con el carácter de Subinspector.

La Clínica del Trabajo, institución destinada de manera exclusiva a la readaptación funcional, proteización y estudio y valoración de determinadas clases de incapacidad, se transformó en un centro asistencial modelo, ampliando su capacidad a 110 camas e incorporando a su personal médico, no sólo varios equipos de cirugía traumatológica, sino gran número de médicos especializados en otras ramas de la Medicina, cuya colaboración es indispensable en la asistencia a los accidentados de trabajo o afectos de enfermedades profesionales.

Las necesidades de la asistencia médica de sus asegurados en todo el ámbito nacional obligó a la instalación de una amplia red de centros sanitarios que, con la denominación de Dispensarios y Puestos de Socorro, se pusieron en marcha, tanto en las provincias como en aquellas comarcas o zonas, e incluso en determinadas factorías u obras públicas, en que el volumen de obreros asegurados lo hacía preciso.

Para la asistencia de los accidentes graves que requieren hospitalización, además de la Clínica del Trabajo de Madrid, concertó los servicios de hospitalización con casi un centenar de clínicas, y ha instalado los centros quirúrgicos regionales de Madrid y Barcelona, estando proyectado el rápido montaje de otros cuatro centros de esta clase en Asturias, Bilbao, Valencia y Sevilla.

En enfermedades profesionales, en septiembre de 1941 se crea un Seguro especial para la silicosis pulmonar, y el Decreto de 10 de enero de 1947, con la experiencia adquirida en el anterior Seguro, es un paso fundamental y quizá definitivo en la implantación de un régimen especial contra las enfermedades profesionales en general y contra las neumoconiosis en particular.

La consecuencia más inmediata e importante desde el punto de vista sanitario de este Decreto es la obligatoriedad de que los reconocimientos previos y periódicos en las industrias con

riesgo pulvígeno, que en un principio se encomendaron a las propias Empresas, pasen a ser realizados en su totalidad, y en el plazo más breve posible, por los propios servicios médicos del Seguro, que, a partir de este momento, inició, con arreglo a un plan, y atendiendo de manera fundamental las necesidades más perentorias, el montaje y puesta en marcha de una serie de instalaciones sanitarias, de las que más adelante daremos detalle al hablar de las enfermedades profesionales.

ASISTENCIA EN LOS ACCIDENTES DE TRABAJO.

Las lesiones traumáticas sufridas en accidentes de trabajo poseen siempre, desde el punto de vista médico, una trascendencia extraordinaria, y poseen características que las hacen en cierto modo distintas de otros traumatismos. Existen lesiones de las que se puede afirmar que sólo se sufren en determinados trabajos, y en cuanto a la trascendencia, baste decir que aquí la traumatología no se limita, como en los casos corrientes, a un tratamiento eficaz que tienda a evitar las complicaciones, sino que, además, tiende a un objetivo fundamental: a la más completa recuperación del órgano o los órganos afectados por el siniestro. Claro está que el traumatólogo, ante una herida en una mano, por ejemplo, ha de procurar, en todos los casos, que la función de este órgano quede, después de su tratamiento, lo más completa posible, pero este ideal resulta mucho más inmediato y necesario en lo que se refiere a los accidentes de trabajo. Aquí la mano ya no es un órgano encargado de realizar las mil funciones para las que se la requiere en la vida corriente, sino que debe ejecutar un trabajo y, mediante él, subvenir a las necesidades económicas del interesado. Paralelamente a las características especiales y a la trascendencia de las lesiones sufridas en accidentes de trabajo, se derivan las necesidades específicas de su asistencia. Toda asistencia en cualquier clase de lesiones debe ser

eficaz; pues bien, para que lo sea en la traumatología de los accidentes de trabajo tiene que responder forzosamente a varios postulados primordiales: debe ser especializada, rápida y completa. A estas necesidades debe agregarse una muy importante, aunque técnicamente le esté subordinada: debe ser económica.

No siempre es factible una asistencia especializada, y menos, claro está, altamente especializada. Demasiadas veces el obrero no puede ser asistido desde los primeros momentos por un especialista: el alejamiento de los centros de trabajo, su desenvolvimiento en medio rural, etc., hacen que la primera asistencia tenga forzosamente que practicarse por personal facultativo no del todo especializado en la clase de lesiones traumáticas que se les someta a su competencia. Mención muy importante en este orden de cosas hay que hacer de las lesiones oculares. Rara vez las heridas, quemaduras, etc., de los ojos reciben con la suficiente rapidez el debido tratamiento por un oftalmólogo; la mayor parte de las veces un facultativo, sin conocimientos especiales, debe practicar una primera cura, para luego enviar al obrero a un oftalmólogo. Pero en ocasiones, por unas causas u otras, muchas veces por entender el médico que trata estas lesiones que ellas son benignas y no requieren cuidados especiales, se dilata ese tiempo, de modo que cuando el trabajador llega al oftalmólogo se han producido ya estados irreparables que acarrearán con frecuencia la pérdida de visión. Y en el mismo campo de la traumatología, mucha veces una intervención quirúrgica especializada podría salvar la función de un dedo o de una mano, en el caso tan frecuente de sección de tendones, los cuales pueden y deben ser restaurados; pero ello exige, para que la intervención sea eficaz, que se lleve a cabo por un traumatólogo entrenado. Otras de las lesiones traumáticas que exigen tratamiento especializado, y en las cuales existe una gran diferencia en su determinación, según que lo reci-

ban o no, son los traumatismos sobre el cráneo y, a veces, sobre los troncos nerviosos. Los cuidados de un neurocirujano, prestados inmediatamente después del accidente o en un plazo clínicamente suficiente, podrían conseguir que aquellas lesiones no dejen consecuencias perennes o, a lo sumo, produzcan un estado residual infinitamente más favorable que el que dejarían si hubiesen sido tratadas por manos inexpertas. Repetimos que el tratamiento especializado resulta indispensable en la traumatología en los accidentes de trabajo, pero hay que reconocer que no siempre es posible su prestación. La principal dificultad para ello es, como se comprende, la imposibilidad de disponer de un número suficiente de traumatólogos; para llegar a ese ideal sería necesario convertir prácticamente en un traumatólogo a cada médico rural, y ya se comprende la dificultad del empeño. Sin embargo, y como luego diremos más extensamente, existen medios capaces de suplir en parte esta falta por medio de la organización de un sistema de transporte rápido y eficaz de los heridos a centros especializados.

Que debe ser rápida la asistencia en los accidentes de trabajo se comprende sin gran dificultad. Ahora bien, aunque la asistencia sea rápida en orden a las primeras prestaciones, no supone que haya de poseer estas características en lo tocante al tratamiento verdaderamente especializado. Desgraciadamente, en muchos casos al obrero se le prestan los primeros auxilios con bastante rapidez, pero después tiene lugar una verdadera peregrinación a través de unos centros y otros, hasta llegar a aquel en que se le pueda tratar definitiva y eficazmente sus lesiones. Un medio de lograr esta rapidez consiste en la existencia de botiquines en los mismos centros de trabajo. Un primer factor psicológico ya actúa favorablemente con este medio rapidísimo de tratamiento, influyendo a veces de manera decisiva en el obrero de un modo psicológico, pues los trabajadores conceden gran importancia a esta

primera cura, y se tranquilizan considerablemente cuando se les presta. Pero a más de este factor, tan interesante, existe otro realmente de importancia médica, y que puede lograrse si la persona o personas encargadas de practicar esa primera cura poseen los conocimientos rudimentarios esenciales para llevarla a cabo. Nuestra organización tiene repartidos por toda España 4.453 botiquines, y con ellos van instrucciones que hacen sumamente sencillo el empleo de sus elementos. En general, estas instrucciones están encaminadas a evitar las maniobras intempestivas a que con gran frecuencia tiende la persona inexperta que realiza la primera cura y tratar por todos los medios de conseguir que los primeros auxilios se realicen con gran sencillez, evitando por este procedimiento tantos y tantos descalabros como se producen habitualmente por el mal empleo de estos materiales en las curas de urgencia. Tenemos también para ello los llamados Puestos de Socorro, imprescindibles para la rápida asistencia de los obreros accidentados. Al frente de estos Puestos de Socorro figuran practicantes que ya pueden realizar alguna labor más útil que una simple primera cura; ya se puede cohibir una gran hemorragia, realizar tratamiento de *shock* y, sobre todo, en tantos casos, inmovilizar convenientemente un miembro fracturado, poniéndole en las mejores condiciones para un mejor tratamiento y una completa recuperación.

Hemos dicho que la asistencia, a más de especializada y rápida, debe contar con la característica de ser completa. Si una lesión traumática, sufrida en accidente de trabajo, se trata por personal especializado y se realiza de un modo rápido, ya tendremos los primeros pasos para que esta asistencia tenga el carácter de completa. Pero aquí no se trata ya de los primeros momentos que siguen al siniestro, ni siquiera de aquellos otros en que ya el obrero en un centro altamente especializado y con todos los elementos disponibles, se encuentra sujeto al oportuno tratamiento, sino que hace refe-

rencia a aquella parte de la terapéutica a que se somete al obrero, y que debe tender a su total recuperación. Desde el primer momento, el traumatólogo encargado del caso ha de tener presente la noción de la recuperación de la función o funciones del miembro comprometido y encaminar sus pasos al reconocimiento de dichas funciones. De ahí que por asistencia completa entendemos, no sólo aquella quirúrgica que tienda al restablecimiento de los daños producidos por las lesiones, sino a las medidas curativas que se impongan para lograr la total recuperación de sus funciones. La cirugía puede suturar un tendón o un nervio, evitando así una parálisis; puede tratar adecuadamente un traumatismo en una articulación, evitando de este modo su anquilosis; puede actuar con eficacia en lesiones traumáticas sobre centros nerviosos, quitando la ocasión de parestias, estados posconmocionales, ceguerras, etc. Pero no basta con esto; a la sutura de un tendón debe seguir un tratamiento fisioterápico y mecanoterápico; al restablecimiento de la continuidad de un tronco nervioso o un nervio debe seguir el tratamiento electroterápico; a las maniobras correctoras sobre centros nerviosos traumatizados habrá que añadir estos medios terapéuticos, a más de la psicoterapia. Y así podríamos añadir otros muchos ejemplos, pero baste con los expuestos para que se comprenda a qué hacemos referencia cuando hablábamos de que la asistencia a los accidentados de trabajo debe realizarse de una manera completa.

Ya antes dijimos que a las tres condiciones que entendíamos primordiales para el tratamiento adecuado de las lesiones sufridas en accidente de trabajo había que añadir una cuarta: la de una prestación económica. Y al decir económica nos referimos, no sólo a esta dimensión en lo que puede suponer el coste del tratamiento, muy interesante, desde luego, tratándose de un aspecto importantísimo en el ámbito de los Seguros sociales, sino en las repercusiones que los accidentes

de trabajo indiscutiblemente ejercen en la economía nacional. Piénsese en la trascendencia que un tratamiento lo más breve posible tiene sobre el rendimiento laboral y, por tanto, económico de un obrero. Si todas las lesiones traumáticas por accidentes del trabajo fuesen tratadas rápida y eficazmente, el tiempo de incapacidad temporal disminuiría de un modo notable, y el producto podría hacer honor a este nombre durante mucho más tiempo que si esas lesiones son tratadas de modo inadecuado e insuficiente. Como ejemplo a este respecto, que ya se ha señalado en otra ocasión, viene a punto el del Servicio de Böhrler, en Viena. En esta magnífica instalación hospitalaria, dotada de todos los medios más eficaces de tratamiento y orientada por la mentalidad extraordinaria de ese cirujano, se logró que el promedio de curación de las lesiones de mano fuese de 18.3 días, cuando la estadística de Jaros obtenía esa misma curación en cuarenta y nueve días. Económicamente se reflejaba esta diferencia de curación en las prestaciones económicas por incapacidad temporal, que alcanzaba en el año 1911, en aquella capital, a 623.096 chelines en una estadística de 124 fracturados de pierna, y eran sólo de 257.121 chelines en el año 1929 para igual número de casos.

Pero ya no es sólo las ventajas económicas inmediatas que se obtienen con un tratamiento adecuado y debido a la brevedad del mismo lo que permite al obrero reanudar con más prontitud sus labores habituales. A más de esto, y sin duda económicamente sea lo más importante, ese obrero bien tratado quedará en condiciones inmejorables para que la reanudación de su trabajo habitual, en vez de obtener el alta con una incapacidad grave que le aparte para siempre del trabajo que venía desarrollando. En este sentido, y sumados los casos de incapacidades debidas a un tratamiento inadecuado, el balance sería aterrador si se le compara con lo que pudiera obtenerse de recuperaciones totales en un gran número de casos. He aquí por qué decíamos que en el factor económico

había que tener muy presente el tratamiento de las lesiones sufridas en accidente de trabajo.

Hemos hablado de las características y trascendencia del accidente; nos hemos detenido en la repercusión que la índole de esas lesiones traumáticas ejerce en su asistencia; hemos pasado revista a las condiciones que, a nuestro juicio, debiera reunir una asistencia, afirmando que debía ser eficaz, y que esta eficacia estriba en que sea especializada, rápida y completa; y, por fin, hemos hecho una breve consideración acerca de la importancia económica que tiene la pronta, correcta y completa asistencia en los traumatizados de trabajo. Pero, naturalmente, frente a este desiderátum se yergue una serie de dificultades contra las que el médico social debe luchar. De las consideraciones que hacíamos acerca de las características de la asistencia se desprenden tácitamente algunas de estas dificultades, pero se hace preciso exponerlas con claridad, y creemos que lo mejor será poner de relieve las condiciones que reputábamos como ideales. En primer lugar, nos encontramos con las dificultades de la asistencia especializada. Ya decíamos que no puede extrañarse en poder prestar en cada caso de accidentes de trabajo una asistencia especializada, por lo menos en los primeros momentos. En el medio rural o en aquellos centros de trabajo, tan frecuentes hoy día, alejados de centros quirúrgicos de importancia, se comprenderá que no se puede contar con una asistencia de este tipo. Pero frente a esta dificultad o, mejor dicho, imposibilidad, sí puede y debe oponerse una organización racional que permita, si no la asistencia inmediata especializada, sí al menos una prestación de la misma en el plazo de tiempo más perentorio posible. Para nosotros constituye un desvelo constante esta necesidad, y toda nuestra organización y nuestras directrices al cuerpo médico que asisten a nuestros obreros responden a este postulado. Jamás se encarecerá bastante la importancia del rápido traslado de los obreros a centros espe-

cializados en donde sus heridas y lesiones puedan recibir un tratamiento con las características de que hablamos antes. Capítulo muy interesante en este aspecto son las lesiones oculares, para el tratamiento de las cuales disponemos de los servicios de oftalmólogos en todas las ciudades y pequeñas poblaciones en que materialmente se puede contar con el concurso de uno de estos especialistas.

Frente al ideal de que la asistencia sea rápida se levanta la dificultad que en muchos casos tiene el traslado del obrero a centros quirúrgicos competentes. Ya se comprende que en este orden de cosas existen dos grupos de trabajadores colocados en circunstancias totalmente distintas: los que realizan su trabajo en centros industriales colocados en grandes poblaciones, o hasta en ciudades de menos importancia que cuentan con servicios quirúrgicos bien dotados, y el de aquellos otros que desarrollan su esfuerzo en el medio rural o bien se encuentran congregados en gran número, pero siempre a distancia de aquellos lugares en que pudiera prestárseles el tratamiento deseable. Por lo que hace a los primeros, es decir, a obreros que trabajan en grandes aglomeraciones industriales y con medios hospitalarios profusos, claro está que no hay problema de importancia; el productor herido es trasladado rápidamente a cualquiera de estos centros, en donde recibe una primera asistencia o bien pasa ya directamente al centro especializado, donde han de ser tratadas sus lesiones hasta el día del alta. Por otra parte, los obreros que trabajan en estas aglomeraciones industriales poseen un más alto nivel cultural que aquellos que dedican sus actividades al agro, y ello hace considerablemente más fácil el tratamiento oportuno, puesto que los interesados procuran obtener una asistencia rápida, siguen más fielmente las directrices del médico que les trata sus lesiones y, en suma, se ponen en mejores condiciones, desde todos los puntos de vista, para el mejor resultado. El obrero, en estos casos, es objeto también de una

vigilancia técnica más completa que en un trabajador agrícola, por ejemplo, y los peligros de infección y de maniobras extramédicas en la herida se reducen de modo patente. Un obrero del medio rural, en cambio, a más de su inferior cultura, vive en un ambiente poco apto para el tratamiento de sus lesiones, aunque ya hoy día, afortunadamente, va subiendo este nivel de cultura, y, con ello, el tratamiento de los accidentados se realiza con más eficacia.

Para que la asistencia resulte rápida, existen dificultades que se comprenden sin gran esfuerzo. En primer lugar, la imposibilidad absoluta de que al lado o muy próximo al obrero herido se encuentre un facultativo capaz de realizar la primera cura cuando menos. Sin embargo, y aun contando con esta imposibilidad, pueden disponerse las cosas de tal modo que, si no una asistencia literalmente inmediata, sí pueda recibir el obrero en cada caso los auxilios adecuados en un plazo de tiempo razonable. La Dirección Técnica del Instituto Nacional de Previsión dispone su organización en este sentido, de un modo que permita llevar a cabo dicha asistencia con el máximo de rapidez. El accidente leve no presenta en los medios industriales una gran importancia; en cambio, en los rurales sí puede tenerlo, dada, en primer lugar, la suciedad en que habitualmente se desarrolla el trabajo de estos obreros, y, en segundo, por las características psicológicas de los mismos. En este sentido, el accidente leve en el medio rural, principalmente, puede dar origen a gravísimas infecciones, y singularmente en ciertas comarcas, con reiterada y dolorosa frecuencia, al tétanos. De ahí surge la necesidad de un tratamiento rápido y técnicamente bien dirigido en los casos de accidentes leves. Los Servicios Sanitarios de Accidentes del Trabajo cuentan con 5.557 médicos, distribuidos en toda España, que asisten a los obreros agrícolas y de pequeñas industrias que no radican en poblaciones de cierta importancia. En éstas tenemos, cuando las necesidades de asistencia lo re-

quieran, montados 105 Dispensarios, en donde se trata el accidente leve, pero que fundamentalmente están destinados a tratar las lesiones de los accidentes de tipo de mediana gravedad, y en los cuales también se prestan a veces los primeros auxilios a aquellos otros accidentes graves antes de ser trasladado el obrero a centros quirúrgicos importantes. En algunas ciudades contamos no sólo con un Dispensario, sino con varios, distribuidos por barriadas, eligiendo los puntos estratégicos que coinciden con la mayor densidad de población obrera industrial. Es norma nuestra que en esta clase de Dispensarios sólo sean asistidos aquellos obreros que no requieran internamiento ni intervención quirúrgica con anestesia general, y, naturalmente, estos obreros acuden por su pie a los dispensarios. Pero para que el accidente grave sea atendido con la rapidez debida es preciso contar con medios de transporte para trasladar al obrero con la máxima celeridad posible. En el medio rural, claro está que el transporte de los heridos graves ha de improvisarse en la inmensa mayoría de los casos, y las Inspecciones Médicas Provinciales siempre cuentan con servicios de ambulancia para efectuar en las mejores condiciones posibles ese traslado. Cuando se trata de obreros que trabajan en gran número en lugares apartados, tales como pantanos, presas, túneles, carreteras, etc., entonces se suelen utilizar, convenientemente habilitados para el caso, los medios de transporte con que cuentan esas Empresas constructoras, pues la práctica ha demostrado que resulta el método más rápido y, a la larga, el más provechoso para el obrero. Por último, en las grandes aglomeraciones industriales, el traslado de los obreros se efectúa por los medios conocidos, y sin que ello presente dificultad de ninguna clase.

Ya nos hemos detenido antes con cierta extensión en lo que entendíamos que debía considerarse como asistencia completa. También en la prestación de esta asistencia existen dificultades, pero, como en los otros casos, éstas pueden ven-

cerse. La asistencia en nuestros Dispensarios se realiza no solamente por el tratamiento quirúrgico de las lesiones sufridas en accidente de trabajo, sino que se completa con el tratamiento electroterápico y fisioterápico, a más de usar la mecanoterapia para el total restablecimiento de la función del miembro afecto. En el accidente grave el obrero es trasladado siempre, como ya hemos dicho, a centros quirúrgicos de la más alta competencia, centros que unas veces son propios, como nuestra Clínica del Trabajo y los Centros Quirúrgicos Regionales, y otros, contratados, como las 94 clínicas que tenemos en estas condiciones. Nuestra organización sanitaria cuenta con 127 médicos traumatólogos y 60 cirujanos traumatólogos, que se hacen cargo, los primeros, de los accidentes de tipo medio, cuyas curas pueden realizarse en el Dispensario, y los segundos, de aquellos que requieren tratamiento de alta especialización. Con todo ello, resolvemos en la mayor parte de los casos todos los problemas a que venimos haciendo referencia en la asistencia a nuestros accidentados, y si no podemos todavía considerarnos satisfechos totalmente de ello, sí podemos decir que en España esta prestación médica viene perfeccionándose de manera extraordinaria durante estos últimos años, y ha de continuar en los próximos a un ritmo igual o mayor.

READAPTACIÓN FUNCIONAL.

Al finalizar la conflagración mundial de 1918, y como consecuencia del gran número de inválidos que las heridas de dicha guerra ocasionaron en las naciones afectadas por esta catástrofe, surgió el concepto de reeducación profesional, creándose numerosos centros dedicados a la recuperación de estos inválidos mediante las adecuadas técnicas quirúrgicas, fisioterápica y de proteización.

En 1922 se creó en España el Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos, destinado a la recuperación de los

que, como causa de accidente de trabajo, estuvieran afectos de incapacidades permanentes, que en aquella época se indemnizaban mediante la entrega por una sola vez en cantidades insuficientes para resolver el problema económico de estos inválidos, y con la aspiración de recuperar para el trabajo la mayor parte de ellos, que así podían obtener sus medios de vida.

En el año 1933 se promulgó el texto refundido de la actual, se modificó el sistema de indemnización de las incapacidades permanentes para el trabajo, estableciéndose ésta en forma de renta vitalicia y en cantidades variables en relación con el jornal normal, según el grado de incapacidad que en cada caso quede. Esta importantísima renovación en la reparación de las incapacidades por accidente de trabajo llevó consigo la supresión de la reeducación profesional de los inválidos del trabajo con carácter oficial, quedando incorporada a dicha Ley la readaptación funcional y la obligatoriedad por parte de la Organización Sanitaria de Accidentes del Instituto Nacional de Previsión, entonces Caja Nacional, de que, dependiente de la misma, existiera un Servicio Especial de Readaptación Funcional para los inválidos del trabajo.

Constituye una de las prestaciones médicas de mayor interés esta readaptación profesional o funcional, pues con ambas denominaciones se designa en el Reglamento de la Ley de Accidentes del Trabajo.

A nuestro juicio, existe alguna diferencia entre ambas clases de readaptación. Entendemos por funcional aquella que va encaminada a la restauración de la función en general; es decir, a la recuperación de la movilidad con su fuerza y coordinación, en el caso de que se trate de una extremidad, por ejemplo; y por profesional, aquella que tiende a la recuperación de los movimientos y aptitudes más precisas para determinadas labores u oficios. En esta segunda readaptación, cuando se trata de readaptación a un nuevo oficio, deben de

colaborar, además del médico, los servicios de orientación profesional y los de enseñanza técnica en escuelas o talleres especializados.

La readaptación funcional, con el concepto que antes hemos dado de la misma, puede y debe ser hecha siempre que se considere necesaria como complemento de la asistencia médica, aplicándose antes de ser dado de alta el obrero, como parte del tratamiento, o después de ella, cuando ya existe una incapacidad permanente declarada.

El Instituto Nacional de Previsión, en su Organización Sanitaria, tiene un Servicio Especial de Readaptación, no sólo para sus propios asegurados, sino también para los de otras entidades que puedan utilizarlo con sujeción a las normas establecidas para ello.

La readaptación funcional se realiza en la mayor parte de los casos por dos métodos que pueden llevarse a efecto, bien aislada o conjuntamente. El método quirúrgico constituido por la cirugía llamada reparadora u ortopédica que, mediante la utilización de técnicas especializadas, logra por sí sola una recuperación importante de la capacidad funcional del miembro o miembros afectados y el método fisioterápico con sus múltiples y variadas formas de electroterapia, actinoterapia, quinesiterapia, etc., que en unión del masaje, la movilización en sus distintas formas, la gimnasia y la práctica de determinados juegos deportivos, así como la terapia de ocupación, constituyen valiosos auxiliares de los médicos en la recuperación funcional de numerosos casos de incapacidad para el trabajo.

PRÓTESIS.

Nuestra Ley prevé que las víctimas de accidente de trabajo tienen derecho a que se les suministre y renueven los aparatos de prótesis y ortopedia que se consideren necesarios, admitiendo la posibilidad de que en lugar de este suministro se

abone una indemnización supletoria que represente el coste probable de estos aparatos y la renovación de los mismos.

Conviene ante todo que establezcamos un criterio uniforme sobre los términos prótesis y aparato ortopédico, que con extraordinaria frecuencia se utilizan como sinónimos, cuando, en realidad, no lo son. Consideramos como prótesis la sustitución de un órgano perdido materialmente de manera fundamental, y de manera secundaria funcionalmente, por otro artificial más o menos parecido en su morfología y en su función; es decir, son prótesis los dispositivos por medio de los cuales se sustituye, en todo o en parte, un órgano o miembro de nuestro organismo, y que, generalmente, tiene como fin la restitución parcial o total de las funciones que ejecuta. Consideramos como aparato ortopédico los dispositivos utilizados para el tratamiento de determinadas lesiones, en la corrección de algunas deformidades y, en algunos casos, aquellos que están destinados a facilitar determinados movimientos simples o, por el contrario, a producir una inmovilización beneficiosa. Un corsé ortopédico, por ejemplo, no es nunca, a nuestro juicio, una prótesis, ni tampoco una pierna artificial constituye un aparato ortopédico.

Buena prueba de que estas diferenciaciones son necesarias es el hecho de que hoy la denominación de prótesis y de proteización es la utilizada en aquellos servicios destinados a la construcción de miembros artificiales, quedando la denominación de aparatos ortopédicos a los que tienen un fin terapéutico o corrector de la arquitectura humana. Únicamente los miembros artificiales cuyo objeto es la sustitución estética podrían ser considerados, con arreglo a las anteriores consideraciones, como aparatos ortopédicos, pero nuestra legislación determina de manera clara y explícita que las prótesis para amputados serán siempre de las llamadas de tipo de trabajo, y sólo de manera excepcional podemos dar este calificativo a una prótesis estética.

Para que una prótesis cumpla su cometido y sea eficaz al inválido que ha de utilizarla es necesario, por un lado, el estudio del aspecto médico y, por otro, el del técnicomecánico de la misma. Entendemos por aspecto médico de las prótesis, y limitándonos a las de amputación, que son con mucho las más frecuentes en la práctica de la Medicina del trabajo, todo lo referente a las condiciones morfológicas y funcionales de los muñones. El muñón apto para utilizar una prótesis requiere, como es sabido, determinadas condiciones en su longitud, su forma, su estado circulatorio, características de las cicatrices cutánea y ósea, etc., que no son de este lugar el detallar, pero que hacen que no en todos los casos de amputación pueda ser utilizada una prótesis, y aun en aquellos en que ésta pueda ser utilizada es necesario, como trámite previo a la misma, la preparación del muñón para este cometido. El aspecto técnicomecánico de la prótesis no es problema médico, salvo en lo que se refiere a la colaboración que debe existir entre los protésicos y los médicos para la determinación del tipo de prótesis y características generales de la misma.

No termina con el estudio médico y técnico de las prótesis el problema que plantean, ya que no es suficiente el colocar una prótesis bien hecha en un muñón adecuado. Es necesario todavía que el aprendizaje o adaptación del mutilado a su prótesis se realice conforme a determinados métodos, y, una vez adquirida la práctica suficiente, queda el importantísimo aspecto de la renovación de la prótesis, que sufre un desgaste lógico y natural con el uso, independientemente del que pueda sufrir por accidente fortuito.

La Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión tiene actualmente montado un servicio de prótesis que permite proveer de esta clase de aparatos a todos aquellos accidentados de Madrid y a aquellos que son desplazados a este Centro para ello. Este servicio, en el que funcionan conjuntamente la indicación mecánica con la construcción sobre las

medidas y en íntima compenetración con los facultativos, permite atender a la entrega y renovación, tanto de las prótesis como de los aparatos ortopédicos con todas las garantías científicas, y con un coste reducido a gran número de nuestros incapacitados permanentes para el trabajo.

La provisión de prótesis en las restantes provincias españolas se hace, cuando no existen problemas de tipo médico, en lo que se refiere a los muñones, mediante la utilización de talleres de prótesis, con lo que se concierta la construcción de esta clase de aparatos, siendo trasladados a Madrid aquellos que, por sus características, plantean problemas de difícil interpretación, tanto en el aspecto médico como en el técnico-mecánico.

Las mayores garantías y el más reducido coste de las prótesis construídas en nuestro propio Servicio hacen que entre los próximos proyectos de la Organización Sanitaria de la Dirección Técnica del Instituto Nacional de Previsión figure el incrementar el Servicio Central de Prótesis, creando equipos móviles que, mediante su desplazamiento a las distintas regiones, puedan obtener los moldes y medidas necesarios para la construcción de esta clase de aparatos, encargándose, asimismo, en recorridos periódicos, de la vigilancia, conservación y renovación de todas las prótesis entregadas a los inválidos del trabajo.

ASISTENCIA EN LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES.

Oller define la enfermedad profesional como «la creada totalmente por un trabajo determinado o por las condiciones extraordinarias en las que se efectúa», y en las que pueden establecer las siguientes conclusiones patológicas:

a) La enfermedad presentará síntomas cuyo agrupamiento constituye un síndrome clínico bien caracterizado y obser-

vado en los demás obreros que trabajan en las mismas labores.

b) Es necesario demostrar que este síndrome es consecuencia de agente morboso derivado fundamentalmente del agente de trabajo.

c) La reproducción experimental de la enfermedad determina en algunos casos, de manera definitiva, su origen profesional.

Andrés Bueno daba la siguiente definición de enfermedad profesional: «Es toda lesión o trastorno corporal que el obrero adquiere de una manera lenta y gradual debida específicamente a la influencia repetida del medio especial en que se desenvuelve el trabajo o la índole particular del trabajo mismo, y que, generalmente, se manifiesta después de un lapso de tiempo mayor o menor, desde el momento de su producción.»

Nuestra legislación define las enfermedades profesionales como aquellas que, producidas por consecuencia del trabajo y con evolución lenta y progresiva, ocasionen al productor una incapacidad para el ejercicio normal de su profesión o la muerte, y acompaña a este concepto un cuadro en el que se precisan gran número de procesos patológicos que se clasifican, así como enfermedades profesionales, tanto por la propia enfermedad en sí, como por las industrias afectas por ella.

El artículo 6.º, dedicado a las neumoconiosis, dice: «Se atribuye al Seguro de Enfermedades Profesionales la fiscalización y dirección de los reconocimientos médicos de todas las Empresas incluídas en el grupo de neumoconiosis.»

«El Seguro de Enfermedades Profesionales cuidará de organizar el servicio sanitario propio para la práctica de los reconocimientos correspondientes a estas industrias.»

La práctica de estos reconocimientos previos y periódicos son fundamentales para establecer una prevención desde el

punto de vista médico de los distintos tipos de neumoconiosis. La realización de éstos debe hacerse por exploración radiológica, que nos permitirá descubrir en los previos a los obreros predispuestos por sus taras, lesiones tuberculosas inadvertidas, cardíacas mudas, etc., y que al trabajar en un ambiente pulvígeno adquieren esta enfermedad con evolución muy rápida. En los periódicos descubriremos a los que, por no adaptarse su organismo al ambiente de trabajo, comienzan a flaquear sus defensas y a instaurarse esta esclerosis, disponiéndose el apartamiento de los obreros de estos ambientes de trabajo nocivos.

Pondremos también en evidencia aquellos que intentan ocultar sus lesiones para seguir trabajando.

Vemos, pues, cómo con el reconocimiento previo por la exploración radiológica podemos descubrir los predispuestos, y que al retirarlos de trabajar en ambientes pulvígenos evitamos el desarrollo de esta esclerosis, y cómo el reconocimiento periódico nos permite hacer un diagnóstico precoz de esta neumoconiosis, ayudándonos así a establecer medidas profilácticas adecuadas separando al productor del ambiente pulvígeno, consintiendo, si su capacidad funcional está conservada, que continúe trabajando en ambientes no pulvígenos o separándole definitivamente del trabajo, si existe déficit funcional.

Estos reconocimientos se completan con una historia laboral detallada y una cuidadosa exploración clínica y en los silicóticos, tanto incipientes como más avanzados, con la exploración funcional y pruebas de laboratorio.

Para que esta labor preventiva sea eficaz es necesario que el reconocimiento sea en masa, es decir, de todos los obreros sometidos al riesgo pulvígeno, teniendo que llegar a realizar un «catastro radiológico de la totalidad de la población laboral sometida a este riesgo.

Parece lógico pensar que esto sería relativamente fácil

practicarlo por medio de la «foto-radioscopia» radiográfica en miniatura de los ingleses y americanos, tan en boga hoy, pero después de estudiar su posible aplicación, llegamos a la conclusión de que, dada la distribución de la población laboral en nuestro país y de sus centros de trabajo, las características de esta neumoconiosis en cada zona de trabajo, según la cuenca minera o industrial, no nos era eficiente para el diagnóstico precoz y estudio evolutivo de esta esclerosis.

Para cumplimentar lo dispuesto en el Decreto de 10 de enero de 1947 sobre reconocimientos médicos, hemos creado dos tipos de unidades sanitarias: a) estáticas (dispensarios), que, situadas en los centros de trabajo, acuden a ellas los obreros a reconocerse; b) dinámicas (equipos móviles), que se desplazan a los centros de trabajo, reconociendo allí mismo a los obreros, evitando los grandes desplazamientos y pérdida de horas de trabajo. Esquemáticamente, la distribución de estas unidades es así:

Servicios centrales

Dispensario provincial
o regional

Equipos móviles

Equipo móvil

Dispensarios comarcales

Existe un servicio central encargado de indicar, vigilar y dar normas de trabajo, del que dependen los dispensarios provinciales y regionales. Los primeros son los que tienen jurisdicción sobre la provincia correspondiente, pero si existen en las provincias limítrofes zonas mineras o industriales, cuyo núcleo obrero no sea lo suficientemente numeroso para establecer un dispensario comarcal, practica los reconocimientos este dispensario, que adquiere el carácter de regional. En uno y otro caso, este dispensario provincial o regional, que se en-

cuentra situado en la capital, es el que marca el plan de trabajo a realizar, según las normas dictadas por los servicios centrales, teniendo que emitir los dictámenes correspondientes.

El dispensario comarcal está instalado en el núcleo central de las zonas de trabajo, tanto mineras como industriales, donde existen fáciles comunicaciones que permitan el desplazamiento de los productores para practicar el reconocimiento, haciendo así que la pérdida de horas de trabajo sean las menos posibles. El número de estos dispensarios serán tantos como las concentraciones de productores lo requieran. En Asturias existen tres; en Barcelona, uno; en León, dos. En su funcionamiento seguirán las normas marcadas por el provincial o regional de quien dependan, enviando sus informes a éste, que será el que en definitiva dictamine.

En algunas regiones o provincias en las que los centros de trabajo se encuentren muy esparcidos, no permitiendo, por escaso número de obreros en una zona, el establecimiento de centros comarcales, el dispensario provincial o regional dispone de un equipo móvil que practica los reconocimientos en los mismos centros de trabajo, para lo cual previamente se determinan los diferentes itinerarios.

A disposición de los servicios centrales existe otro equipo móvil, que se desplazará, según las necesidades, a una u otra región o provincia, según las contingencias que en éstas surjan al practicarse los reconocimientos.

Para que el funcionamiento de estas «unidades sanitarias» sea eficiente y cumpla a la perfección el cometido que les ha sido encomendado, tiene que estar su trabajo infundido de un criterio unitario, las técnicas diagnósticas tienen que ser uniformes, tanto en lo que se refiere a exploración radiológica como a la funcional y a la interpretación de los resultados. Si están faltas de esta uniformidad, los resultados serán distintos en las diversas regiones, lo que conduciría a una des-

igualdad que favorecería a algunos productores, mientras a otros en las mismas condiciones les perjudicaría y conduciría a aplicar también desigualmente las medidas de protección social.

La dirección ha impuesto desde un comienzo este criterio de uniformidad en el trabajo a realizar, estimulando además el estudio e investigación para llegar a un mayor perfeccionamiento del trabajo mejorando las técnicas empleadas.

Para lograrlo en la práctica, nosotros hemos ideado nuestras «unidades sanitarias» con un criterio conforme, no solamente en cuanto a distribución y montaje de instalaciones, sino desde otro aspecto sin el cual no lograremos nada, por perfectas que estas instalaciones sean. Nos referimos a la elección y formación de nuestro personal médico y auxiliar.

A continuación expondremos cómo se han concebido y funcionan nuestras unidades sanitarias estáticas (dispensarios provinciales, regionales y comarcales) y nuestras unidades dinámicas (equipos móviles).

DISPENSARIO

Al concebir éste hemos tenido en cuenta en cuanto a su distribución la necesidad de una sala de espera, un departamento de filiación donde se rellenan todas las fichas, recogiendo cuidadosamente todos los datos de historia laboral; luego pasan a la exploración física y de aquí a la exploración radiológica, comenzando por exploración radioscópica, y en los más dudosos o de silicóticos declarados por la exploración radiográfica, pruebas funcionales y de laboratorio.

El rendimiento de las instalaciones radiológicas debe ser como mínimo de 100 MA. con 100 KW., lo que nos permite obtener una imagen radiográfica con buen detalle, densidad y contraste adecuados, condiciones imprescindibles para poder establecer un diagnóstico exacto de neumoconiosis.

Delegación de Vircaya

Dispensario Provincial de Enfermedades Profesionales

Escala 1:100

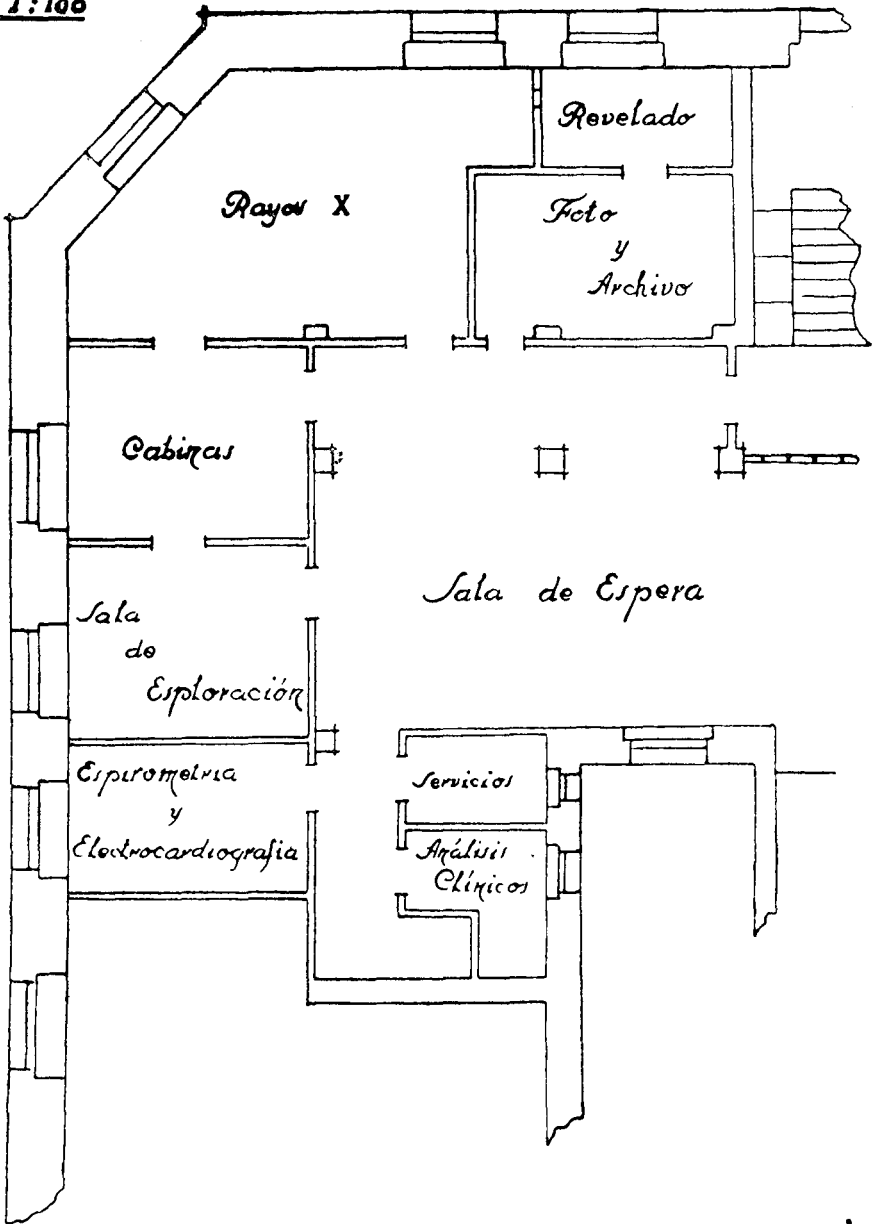


FIG. 1



FIG. 2

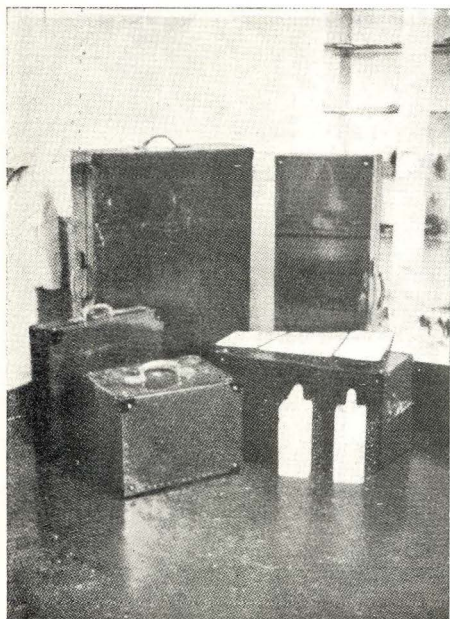


FIG. 3



FIG. 4

Además, las instalaciones reúnen las características necesarias para poder obtener las radiografías empleando la «técnica de las constantes radiográficas» que hace que éstas tengan un carácter uniforme.

Nuestros laboratorios de revelado están también ideados para practicar un revelado a tiempo y temperaturas fijas.

En una enfermedad como ésta, la radiografía es un documento gráfico importantísimo que la pone de manifiesto, determinando en parte su grado más o menos avanzado; se han dado casos de suplantación exhibiendo la radiografía de otro productor de constitución anatómica semejante, que padecía esta esclerosis en grado más avanzado y reclamando con ello una mayor indemnización. Para evitar estos fraudes, en todos nuestros dispensarios se identifican las radiografías fotográficamente, es decir, al obtener la placa radiográfica en el ángulo superior derecho, aparece la fotografía del sujeto, y en superior izquierdo la filiación del obrero.

La diferencia entre dispensario provincial y comarcal, en cuanto a su instalación, es que en el primero es de mayor capacidad. Las instalaciones radiológicas del provincial están dotadas, además, de los elementos necesarios para realizar las técnicas radiológicas analíticas (radiografía penetrante, tomografía y roegent-quimografía) tan útiles para determinar el más exacto diagnóstico de estos procesos.

En la figura (1) reproducimos el plano de uno de nuestros dispensarios.

El personal adscrito a estos centros, en número suficiente para los diversos cometidos y el censo de obreros adscritos al dispensario, está seleccionado entre médicos especialistas en aparato cardiorrespiratorio en su mayor parte, y, desde luego, en la totalidad de las jefaturas, siendo los demás médicos seleccionados también de acuerdo con la especialización en que han de prestar sus servicios (radiografía, análisis, etc.). Tanto el personal médico como el sanitario auxiliar han realizado

antes de su incorporación al servicio cursos de capacitación y orientación sobre nuestras normas y técnicas de trabajo.

EQUIPOS MÓVILES.

Concebidos para la exploración radiológica del tórax en los mismos centros de trabajo (minas, talleres, canteras, etc.) están provistos de una instalación de fácil traslado y rápido montaje que se tarda en poner en funcionamiento veinticinco minutos, aproximadamente. Los movimientos de tubo y pantalla son sencillos de realizar. El tubo, para evitar su calentamiento, lleva un sistema de refrigeración por una corriente continua de agua y como elemento auxiliar un autotransformador de corriente. Una de las maletas sirve de mesa de escritorio y otra de asiento. En la actualidad tenemos en construcción un nuevo modelo más perfeccionado, después de las enseñanzas obtenidas, y entre otras cosas le hemos añadido un dispositivo para aclaramiento en caso de necesidad de la imagen radioscópica; en las figuras (2) y (3) se ve el aparato dispuesto para el traslado y en la figura (4) el aparato instalado dispuesto para comenzar la exploración.

El personal de estos equipos está compuesto de un médico, una enfermera y un auxiliar técnico de radiología encargado del montaje y conservación de la instalación. Dadas las características de estas instalaciones, nos permite practicar los reconocimientos en los distintos centros de trabajo, aunque la situación sea alejada y las comunicaciones para llegar a ello sean dificultosas, para lo cual determinamos previamente el número aproximado de obreros a reconocer, distribuir el trabajo y confeccionar los itinerarios correspondientes. Previamente se envían a las empresas las fichas de reconocimiento para que llenen los datos de filiación y luego completarlos al llegar el equipo.

Para la práctica de estos reconocimientos hemos agrupado

estas «unidades sanitarias», teniendo en cuenta la distribución de la población laboral que está incluida en este riesgo de silicosis en las distintas provincias, estudiando detalladamente los medios de comunicación y horarios de trabajo para evitar en lo posible la interrupción de éste.

En Asturias, región minera en que esta población laboral se reparte en tres grandes cuencas, tenemos situado en la capital de cada distrito un dispensario comarcal, que son los de Mieres, Sama de Langreo y Gijón, además del provincial de Oviedo. En esta zona predominan las unidades estáticas, porque existiendo grandes concentraciones de población laboral, situando en el centro de cada una de ellas un dispensario comarcal y existiendo buenas comunicaciones, los productores, sin pérdidas de horas de trabajo, a la salida de éste, pueden acudir a practicarse el reconocimiento.

Semejante a esta zona asturiana es la de León, donde están montando un dispensario regional y dos comarcales, en Ponferrada y en Cistierna. Este último realizará los reconocimientos de la región norte de la provincia de Palencia.

En Vizcaya, dadas las características de su cuenca minera de hierro, que está extendida a lo largo de la provincia, en que las concentraciones de productores son pequeñas (la mayor es de 600), siendo, sin embargo, grandes las de la capital y arrabales, se ha creado un dispensario provincial en el mismo Bilbao, reconociendo a los productores de la cuenca minera con el equipo móvil número 1, que en diecinueve días reconoció a la totalidad de éstos, que era de 3.235, enviando los sospechosos al dispensario para practicarles la exploración completa.

En Barcelona hay un dispensario regional en la capital y uno comarcal en la zona norte de la provincia, situado en Berga, donde existe un gran núcleo de población laboral, atendiendo además algunos núcleos de la provincia de Lérida. Además de estas dos unidades estáticas, dada la gran densidad

de población obrera y lo extendido que está por toda la provincia en núcleos relativamente numerosos, pero sin llegar a la densidad suficiente para, de momento, establecer nuevos dispensarios comarcales, esta región dispone de un equipo móvil encargado de hacer los reconocimientos en las mismas empresas. En un reconocimiento ordenado hace unos meses, este equipo, en treinta y siete días, exploró 6.213, desplazándose a los centros de trabajo.

Según se vaya extendiendo el Seguro, irán aumentando los dispensarios y equipos móviles, en nuestra opinión, a un ritmo más acelerado los últimos. pues con ellos llegamos a reconocer previa y periódicamente, a una velocidad relativamente moderada, la totalidad de la población laboral sometida al riesgo pulvígeno, sin necesidad de las costosas instalaciones de foto-radioscopia que, sin negarles ninguna de sus ventajas, no tiene aplicación para la práctica de estos reconocimientos en nuestro país. En un grupo de los reconocidos, es indispensable la ampliación de su estudio por la exploración funcional, por lo cual son necesarios los dispensarios.

Nuestra Dirección Técnica, en su afán de estimular y aunar este espíritu, ha convocado el día 8 de este mes en curso la primera reunión de la Organización Sanitaria del Seguro de Enfermedades Profesionales, dedicada de manera fundamental a la silicosis, en la que se estudiaron en forma de ponencias y conferencias los distintos problemas que plantea su diagnóstico y la valoración de las incapacidades que produce. Después de discutidas las ponencias, aportando cada uno su experiencia personal, se aprobaron por aclamación las siguientes.

CONCLUSIONES

ORGANIZACIÓN SANITARIA

La única manera eficaz de realizar los estudios sobre neumoconiosis, tanto desde el punto de vista estadístico como experimental, y de hacer diagnósticos exactos de la enfermedad en sus comienzos y estadios posteriores, es disponer de una vasta red de dispensarios dotados del material clínico preciso y distribuirlos de manera estratégica en todo el ámbito nacional en relación con la densidad del núcleo de obreros expuestos a esta enfermedad.

RADIOLOGÍA.

La radiología es indispensable y fundamental no sólo para el diagnóstico y valoración de la silicosis, sino también para la prevención de la misma.

Es absolutamente necesario establecer una técnica uniforme en cuanto a la obtención, y a ser posible, interpretación de las imágenes radiológicas. Para ello debe aplicarse el método de las «constantes radiográficas».

Es conveniente la mayor uniformidad en las instalaciones radiográficas desde el punto de vista del rendimiento de las mismas, así como en las manipulaciones y medios empleados para el revelado y fijado de las placas.

Es muy conveniente que el personal técnico y auxiliar utilizado en los servicios de radiología esté preparado de una manera especial y con idéntico criterio en cuanto a sus métodos de trabajo.

Las placas radiográficas deben llevar, además de la afiliación normal, la imagen fotográfica del interesado y las características técnicas con que han sido obtenidas.

La radioscopia es un medio auxiliar de diagnóstico de ex-

traordinario valor y que permite, en forma de equipos móviles, hacer una primera selección de los productores expuestos a la enfermedad. Dada la facilidad de su transporte, deben intensificarse los equipos de esta clase.

INCAPACIDAD LEGAL PARA EL TRABAJO.

Es opinión uniforme de la Asamblea que las imágenes radiológicas sólo tienen un valor para establecer un criterio de diagnóstico sobre la existencia de las neumoconiosis y que únicamente son un elemento de juicio, entre otros, para la valoración de la incapacidad legal para el trabajo.

La incapacidad legal para el trabajo se establecerá siempre sobre los siguientes elementos de juicio:

Historia laboral, estudio radiológico, exploración clínica y pruebas funcionales. En las neumoconiosis complicadas se añadirán las pruebas de laboratorio.

AUTOPSIAS.

Considerada la autopsia como fundamental y necesaria, tanto desde el punto de vista legal como científico, deben darse las instrucciones precisas para que ésta se realice con técnicas uniformes y perfectas.

Los datos obtenidos en la autopsia deben ser especificados en un modelo único de informe y deben ser recogidos en ella la totalidad de las vísceras torácicas para su envío a los centros especializados en su estudio anatómo-patológico y químico.

ESTUDIO E INVESTIGACIÓN.

El estado actual de los conocimientos sobre neumoconiosis exige un estudio y una investigación cuidadosa de los diferentes problemas que esta enfermedad plantea. Principalmente sobre su anatomopatología, su estudio radiológico con técnicas

analíticas y el llegar a establecer una unidad de criterio sobre los grados de afección funcional.

Dadas las dificultades actuales de obtener información bibliográfica de publicaciones extranjeras sobre silicosis, es necesario la organización de un servicio que permita conocer a todos los médicos encuadrados en la Organización Sanitaria del Seguro de Enfermedades Profesionales los trabajos más importantes que se publiquen sobre esta materia, tanto en libros, monografías como revistas.

LEGISLACIÓN.

La actual legislación sobre neumoconiosis y silicosis está adaptada en general al estado actual de nuestros conocimientos médicos sobre estos procesos. En lo referente a la valoración de las incapacidades permanentes para el trabajo se interpreta erróneamente el identificar los grados radiológicos de estas enfermedades con los grados legales de incapacidad.

Sería conveniente que el primer grado legal de silicosis fuera dividido en dos grupos:

Constituiría el primer grupo los casos de neumoconiosis simple establecida en un largo período de exposición al polvo.

Este grupo podría y debería continuar su trabajo habitual previo dictamen y bajo vigilancia médica.

El segundo grupo estaría constituido por los casos de neumoconiosis simple establecida en corto tiempo de exposición al polvo. En ellos se aplicará el precepto legal de su apartamiento de los trabajos con riesgo pulvígeno.

INFORMES MÉDICOS.

Vemos por las anteriores consideraciones cómo las prestaciones médicas en los Seguros de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales llenan todos los objetivos que ambas clases de lesiones requieren en lo que se refiere a la pre-

vención de las segundas y a la asistencia médica y quirúrgica de ambas. No terminan con ello las prestaciones médicas en relación con los daños derivados del trabajo, pues todavía los médicos intervienen en la reparación económica de dichos daños cuando no puede obtenerse una vuelta a la normalidad en los trabajadores enfermos o accidentados. Es preciso, entonces, definir y clasificar desde el punto de vista médico la clase de incapacidad para el trabajo que determinadas lesiones o enfermedades llevan consigo, así como el carácter de permanencia de las mismas.

Esta prestación, que pudiéramos llamar médico-legal, se ejerce por el Cuerpo de Inspección Médica de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales dependiente de la Dirección Técnica del Instituto Nacional de Previsión. Todas las pensiones por incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, parcial, total o absoluta, se fundamentan en un informe médico que describe el estado del productor y valora, como ya hemos dicho, su capacidad laboral. Estos informes son emitidos por los inspectores médicos provinciales en todos los casos en que la entidad aseguradora es el Instituto Nacional de Previsión y en todos aquellos pertenecientes a otras entidades en que así se estime necesario para un mejor conocimiento de las características de las lesiones y su repercusión en la capacidad de trabajo que el obrero aqueje.

El importante aspecto de la revisión de las incapacidades que nuestra Ley previene y en virtud de la cual se disminuyen algunas como consecuencia de mejoría o readaptación espontánea del obrero para el trabajo y se aumentan otras por empeoramiento del estado que motivó la anterior calificación, es función también en lo que se refiere a los dictámenes médicos de este Cuerpo de Inspección.

Interviene, asimismo, esta Inspección Médica, mediante los oportunos reconocimientos e informes, en los casos de muerte en que se plantee una relación de dependencia entre

ella y el trabajo, y en la valoración de las incapacidades alegadas por los derechohabientes de los obreros fallecidos cuando en ellos no concurren determinadas circunstancias que les hagan acreedores a la percepción de una renta. La Inspección Médica de Accidentes y de Enfermedades del Instituto Nacional de Previsión ejerce también esta función pericial para determinar la capacidad para el trabajo de los obreros en los regímenes de pensión por invalidez y pensión por vejez de los correspondientes Seguros.

Estas prestaciones, que garantizan el exacto cumplimiento de lo legislado en relación con las incapacidades para el trabajo, son una doble garantía, tanto para las entidades aseguradoras, que evitan con ello la concesión de rentas por incapacidades no justificadas o mal valoradas, como para los propios obreros que pueden disponer de una organización médica eficiente, capacitada técnicamente y al margen de todo partidismo por su absoluta independencia y por el amplio sentido social que sus componentes tienen y cuyos informes han de sostener siempre la verdad científica del caso cuando nuestra ciencia médica permita llegar a una conclusión definitiva, e inclinarán su dictamen a la tesis más favorable al obrero, como parte más débil en aquellos en que los conocimientos médicos no permita establecer conclusiones indiscutibles.

PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER UNA TER-
MINOLOGIA DE SEGURIDAD SOCIAL COMUN
A LOS PAISES IBEROAMERICANOS

*Ponencia oficial presentada a la
comisión IV del Congreso Ibero-
americano de Seguridad Social,*

por D. Eugenio Pérez Botija,
Catedrático de Política Social y Derecho
del Trabajo de la Facultad de Ciencias
Políticas y Económicas de la Universidad
de Madrid.

En toda rama del humano saber se dió siempre decisiva importancia a la terminología. El propio lenguaje vulgar requiere un mínimo de rigor en la sinonimia para ser preciso y exacto, en cuanto medio de transmisión del pensamiento o del sentimiento.

Mas esa precisión, al par que exactitud de los vocablos, alcanza mayor grado de necesidad y de densidad en la esfera legal y científica. En éstas, nunca puede recurrirse a las metáforas, si no es a efectos didácticos o vulgarizadores. El lenguaje del derecho, como el de la economía y el de las ciencias en general, ha de ser siempre el mismo. Mejor dicho, cada vez más sintético, más denso, más simbólico. Incluso para algunos reside el grado de perfección en el mayor poder de representación o descriptividad de un solo vocablo. En ocasiones, ni siquiera un vocablo. Basta una simple letra, unos números o una sigla, para comunicar un haz apretado de datos e ideas.

Con acierto resume Julio Stenzel, en su *Filosofía del Lenguaje*, el proceso de las terminologías, que siempre nos ponen de manifiesto los fenómenos en una videncia determinada. Y, desde Leibnitz, han tendido las ciencias exactas a hacerse un «lenguaje de fórmulas», testimoniando así la extraordinaria importancia de la designación. Las demás ciencias naturales «describen» sus objetos en una determinada terminología interlingüística, es decir, grecolatina. Otras, cual la Filosofía, y aun más la Sociología, luchan denodadamente para crearse una terminología inequívoca. Recuérdate también cómo, en fecunda lucha con el lenguaje, se han constituido los medios de conocimiento lógico formales. Ya Aristóteles estableció una «diferenciación rigurosa entre las formas semánticas y las lógicas a ellas paralelas, los significados de

las palabras y el concepto definido entre la frase lingüística y el juicio, la persuasión producida por el discurso conexo y la convicción que se basa en silogismos concluyentes y se atiene a la verdad». Mientras la palabra, precisamente en virtud de su capacidad de conversión y de su ambigüedad, sólo en determinadas conexiones inequívocamente restringida, hace posible el lenguaje, el concepto, por la definición, le *fija una «delimitación»* a este fluir del significado que completa la frase, reduciendo «un sentido a expresión dotada de unidad». Pero la ciencia no puede utilizar frases, sino, a lo sumo, definiciones y conceptos construídos con palabras, a las que se ha desalojado previamente de todo significado perturbador. Y así, aquel filósofo del lenguaje recuerda la teoría de Humboldt de que la exteriorización del pensamiento y de los datos científicos tiende a la «aniquilación» de la lengua. Aniquilación, petrificación del verbo, frases graves, que acaso nos dejen llenos de estupor, mas no por ello dispuestos a quedar totalmente resignados. Pensemos que, en esencia, esa esterilización o, mejor, asepsia de las palabras, esa especie de momificación del idioma, puede ser de todo punto indispensable para la ciencia. Si Marañón nos representa el tópicos como la idea que llega a su climaterio, siguiendo una idea transbiológica y médica, diríamos que el tecnicismo es una palabra inerte a la que hemos practicado la autopsia. A veces, al inventar el concepto no cargamos de sentido un vocablo, sino, antes bien, lo disecamos para utilizar su exterior, y aun llegamos a reducirlo de tamaño, como esos hechiceros, hábiles artesanos taxidermistas, que son capaces de lograr los rostros abreviados que nos asombran en museos de antropología contemporánea o de civilizaciones precolombinas. En efecto, muchas palabras se subsumen en la inicial o se injertan con otras en un simple símbolo.

Nosotros creemos que esta reducción o compresión de lenguaje obedece a razones de comodidad. A exigencias de espa-

cio, como el microfilm. Nos resistimos a aceptar, como ha dicho Lundberg en su *Técnica de la investigación social* (precisamente en el capítulo dedicado a terminología), que la estructura de la idea que los hombres de ciencia deben comunicar sea tan compleja que no pueda concertarse en una «sucesión de estímulos acústicos», y que, por consiguiente, haya de consistir, cada vez más, en símbolos gráficos.

En 1938 se constituyó un Comité de integración conceptual en la Sociedad Americana de Sociología. El profesor Eubank propuso cuatro pruebas, a modo de recetario o programa de oposiciones para que una palabra adquiriese el rango o calidad de verdadero concepto científico. Esas cuatro pruebas eran las siguientes:

1.^a Si es el término bastante preciso. Si lleva consigo una significación exacta y concluyente. 2.^a Si encierra solamente una idea final. 3.^a Si es perfectamente general; es decir, empléase siempre en el mismo sentido, en cualquier lugar que se use. 4.^a Si es fundamental a su disciplina específica y, por tanto, es esencial para la interpretación que debe comprender. Lundberg considera algo subjetivos algunos de estos criterios de discriminación, y, en consecuencia, propone que para la selección de los términos se exijan estos otros cuatro requisitos: Adecuación. Claridad. Mensurabilidad y Comparabilidad.

En cierto modo, estas técnicas de que se valen los modernos sociómetros para escoger vocablos representativos de las situaciones sociales que tabulan, pueden sernos muy útiles a los efectos de la terminología jurídicosocial. No olvidemos que los Seguros sociales han de valerse de tecnicismos que están a caballo de los léxicos estrictamente forenses y de otros más afines a la Sociología, que empieza ahora a formarse. Mas no tendría sentido, y sería peligroso en extremo, que el especialista de tales materias tratara de sobrepasar, por ignorancia, tecnicismos ya consagrados y depurados por los juristas.

tas. El calor popular, la sanción democrática de los vocablos que van integrando el dinámico Derecho laboral, lo mismo que la Política social y los Seguros sociales, no constituyen argumento bastante para arrojar por la borda rígidos conceptos del Derecho, como tampoco debiera observarse un servil acatamiento a terminología legal que llegue hasta prescindir de términos de la economía o de la medicina, imprescindibles hoy en las llamadas por antonomasia Leyes sociales.

La terminología jurídica adquirió ya desde los romanos ese grado de estabilidad, calidad técnica y especialización que, según Casares en su *Introducción a la Lexicografía*, constituyen requisitos indispensables para la admisión de tecnicismos. Ciertamente que en algunos casos pudiera suceder que algunas de las reiteradas expresiones legales no ofrezcan el rigor semántico y conceptual necesarios, y que incluso tengan significados científicos harto convencionales o en exceso paradójicos para la acepción popular. No podemos negar que, en efecto, algunos tecnicismos legales puedan tener sus defectos; pero también hay motivos para sospechar que, asimismo, ciertos símbolos y neologismos que pretenden reemplazar aquéllos pueden adolecer de parejas imputaciones, y, en cambio, no ostentaran la historia o tradición de viejos conceptos. Si éstos no sirven, no es preciso buscar otros que puedan perturbar los significados. El modernismo verbal, sólo por afán de novedad, es una especie de *boomerang*, que se vuelve contra los propios que lo lanzan. No siempre hay que recurrir a descoyuntar o a dislocar el lenguaje, como proponía Unamuno.

No pedimos con ello, repetimos, el sacrificio de inevitables neologismos económicos o sociológicos, en aras de la perdurabilidad de tecnicismos jurídicos más aptos para formar un osario que un diccionario. Pero el lenguaje de las Leyes también se renueva, aunque no siempre con acierto; así, por ejemplo, el modernismo «productor», que se acoge en nuestra Ley y Reglamento del Seguro de Enfermedad para desig-

nar los sujetos asegurados o beneficiarios. Aun sin descender a detalles del articulado, la propia denominación de algunas Leyes, como, por ejemplo, la del Retiro Obrero, que no implicaba retiro, por cuanto permitía la compatibilidad de la pensión con el percibo de salario u otra renta. Dicha Ley fué sustituida por la del Subsidio de Vejez, el cual no es tal subsidio, sino más bien retiro, porque cesa de ser subsidiado el anciano si trabaja o goza de otros ingresos, y ello aunque hubiese estado asegurado cuarenta o más años, y se hubieran abonado sus cuotas con estricta puntualidad.

Como puede advertirse, la legislación de Seguridad Social tiene, pues, un sentido específico y convencional. Sentido jurídico y extrajurídico a la vez. Las normas reguladoras de los Seguros habrán de conservar incólumes ambas terminologías: de un lado, los que llamaríamos tecnicismos formales, es decir, determinadores o configuradores de derechos, y de otro lado, tecnicismos materiales, es decir, los que señalen las respectivas situaciones económicas, médicas, sociológicas, etc. Tanto unos como otros habrán de ser rigurosamente científicos.

Con ello tomamos partido en ese dilema, tantas veces planteado, y al que alude Pérez Serrano en su conferencia acerca del Estilo en las Leyes, preguntándose si se ha de emplear un lenguaje popular o un lenguaje de juristas. Cierto que las leyes, salvo raras excepciones, se hacen para el pueblo. para que el común de los ciudadanos las viva y las cumpla. Los altivos Códigos o las modestas ordenanzas no son mera arcilla para sutilezas de letrados, ni simples pretextos para que algunos funcionarios nos impongan sanciones patrimoniales por su incumplimiento. Sino que sus mandamientos estén enderezados a resolver relaciones interindividuales o a establecer nexos entre la Administración y los administrados. En todo caso, deben estar al alcance del vulgo. Pero ello puede lograrse sin detrimento de tecnicismos, que incluso puede

divulgar la propia norma, dando, al modo de las anglosajonas, una definición o interpretación auténtica de los conceptos clave. Con ello se facilitaría la aplicación o interpretación. La hermenéutica podrá proclamar insuficiente esta interpretación auténtica, y no se parará en la acepción literal o gramatical. Habrá que recurrir a la exégesis lógico-formal, a los criterios históricos o sistemáticos, de la *mens legis*, *mens legislatoris*, datos legislativos, etc. ¡Mas cuando un precepto se encuentra bien redactado, cuántas dificultades no se orillan de antemano!

Y si ello es importante para la ordenación práctica de una comunidad dada, el rigor y la precisión de los vocablos que el legislador emplea, también son indispensables a quienes estudian la ley, tanto a efectos de reelaboración dogmático-doctrinal aislada, como para hacer un examen comparativo con otros ordenamientos del interior y del exterior. Pensemos, por ejemplo, en que nuestra Ley de Accidentes del Trabajo en la Industria, de 1932, emplee un vocablo en sentido distinto del que lo utiliza la Ley de Accidentes del Trabajo en la Agricultura, de 1931, o la Ley de Subsidio Familiar, de 1938, o la del Seguro de Enfermedad, de 1942. Ya no habrá sólo variedad legislativa en materia de Seguridad Social, sino algo más grave; que hará imposible un tratamiento sistemático o de concordancia de esas cuatro leyes entre sí o con otras similares.

Lo propio sucede si comparamos conceptos de las mismas con otros análogos de leyes que rigen en países de habla española, países que escriben sus textos en castellano, a veces incluso en un castellano más castizo y puro que el de la madre patria, pero con sinonimia distinta; es decir, valiéndose de voces diversas para denominar situaciones e instituciones idénticas.

Tan idénticas, que en algunos casos resultaría curioso en extremo comprobar, a través del examen comparativo de los

correspondientes ordenamientos, cómo sería casi más fácil acometer la inmensa tarea de la unidad legislativa que conseguir un mínimo de uniformidad terminológica. Sin embargo, ésta nos parece previa a la anterior. Es decir, para unificar los Seguros sociales en un país dado, o para alcanzar un mínimo de uniformidad normativa y para facilitar la homogeneidad de ordenamiento en los distintos países, según propugnan las directrices de la política social internacional (convenios internacionales de trabajo, tratados bilaterales, tratados de zona, etc.), parece aconsejable empezar por fijar aquella unidad y seguridad en terminología.

Para ello nos hemos congregado aquí, y nosotros acudimos solícitos a aportar nuestra modestísima contribución, la cual, como veréis hasta ahora, sólo se limita a hacer propaganda de la mercancía, encarecer la importancia del tema y hasta, presuntuosamente, señalar su prioridad sobre otros. Mas, aunque así sea, lo hacemos sinceramente. Porque, en verdad, creemos que para que la Seguridad Social se regule con precisión y sus instituciones se puedan aplicar indistintamente, según el régimen de las diversas legislaciones nacionales, es necesario depurar y revisar conceptos, seleccionar vocablos que los designan, establecer equivalencias, reunir en un verdadero diccionario de sinónimos las voces o tecnicismos más comúnmente empleados. A ser posible, habrá que internacionalizar algunos términos; otras veces será menester complicar los particularismos profesionales con particularismos geográficos; pero quizá algún día, y después de meticolosos trabajos que exigirán la coligación o acción conjunta de especialistas de todos los países, se podrán sentar las bases para una simplificación de aquella terminología.

Y la primera cuestión que habrá que suscitar y procurar resolver urgentemente es el concepto mismo del binomio que da título al propio Congreso; es decir, si Seguridad Social ha de entenderse únicamente en el sentido legal que se emplea

por algunos textos de derecho positivo o en el doctrinal que refieren diversos autores y tratadistas. Si se la equipara a Previsión Social o se entiende en un sentido más amplio o más restringido. Si ciertas instituciones de Previsión entran o no en su ámbito; así como si determinadas actividades de la Administración pública o de los administrados, que se encaminan más o menos directamente a la consecución de cierto grado de Seguridad Social, caben o no en una acepción restringida de la misma.

El ponente, que tiene la honra de dirigiros la palabra, no se considera autorizado para formular por anticipado indicaciones concretas y razonadas en este sentido. Entiende, antes bien, que ello ha de ser fruto de las deliberaciones del Congreso. A tal propósito, somete a las mismas las diez siguientes conclusiones:

1.ª Conveniencia de determinar el concepto de Seguridad Social para fijar los límites de tareas lexicográficas del Congreso, señalando si por tal se entiende única y exclusivamente la serie de Seguros sociales de los países iberoamericanos, o si también deben comprenderse otras instituciones, cual el ahorro, la sanidad pública en algunas de sus esferas (medicina preventiva, asistencia sanitaria gratuita, lucha antituberculosa, etc.), así como la beneficencia o auxilio social.

2.ª De ser aceptado el criterio restrictivo, estimamos no debiera prescindirse totalmente de las otras facetas, sino que, de una manera gradual, es decir, por etapas sistemáticas escalonadas, se estudien también aquellas otras esferas con sus correspondientes equivalentes tecnicismos.

3.ª Conveniencia de determinar concretamente los Seguros por que se haya de comenzar. Proponemos los de Accidentes, Enfermedad, Maternidad, Vejez, Invalidez, Subsidio Familiar y Paro. En los de Accidentes consideramos incluido el de Enfermedades Profesionales.

4.^a El método de trabajo para el logro de aquella terminología parece deberá fundarse en la redacción de papeletas, a ser posible de un formato único y con los datos que se acuerden, que recojan todos y cada uno de los distintos voces o tecnicismos.

5.^a La confección de papeletas se referirá inicialmente a las voces técnicas o definiciones manejadas por las leyes de los respectivos países, indicando título de la ley, decreto, reglamento u orden, fecha de promulgación y número del artículo o artículos donde aparezca el tecnicismo. En los casos en que se estime oportuno se podrán consignar también las correspondientes referencias o concordancias con otras fichas.

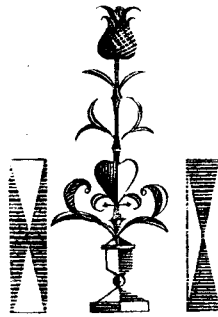
6.^a Se llevará a cabo una escrupulosa selección de sinónimos en un doble sentido, nacional e internacional; es decir, determinando qué vocablos ofrecen el mismo significado en las distintas leyes de un país y cuáles son los similares en la terminología comparada.

7.^a Revisión ulterior de la sinonimia resultante de las distintas legislaciones, requiriendo, en su caso, los asesoramientos de personalidades o centros especializados, tanto en derecho, economía, medicina, etc., como en lingüística, a fin de ver si es posible llegar, previa deliberación en Congresos sucesivos, a una terminología uniforme.

8.^a Recomendar en su día, y una vez cubiertos aquellos estudios previos, el empleo de los términos internacionalmente aprobados, tanto para documentos internacionales como para textos legales de los diversos países de habla española o portuguesa.

9.^a Evitar que al reproducir textos de dichos países introduzcan los recopiladores variaciones terminológicas de ninguna especie, y si se hiciera, como consecuencia de lo propuesto en la conclusión anterior, se haga constar así en cada caso.

10. Mantener estrecho contacto una Ponencia de este Congreso con el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, el cual tiene asignados también análogos propósitos en lo que a terminología se refiere.



RELACION DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES
PRESENTADAS AL I CONGRESO IBEROAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

COMISIÓN I.—*Experiencias y orientaciones de la Seguridad Social en los países iberoamericanos y en Filipinas.*

- «Aportaciones españolas al problema de la Seguridad Social», por Hermenegildo Baylos Corroza.
- «Justificación y evolución de los Seguros sociales», por Severino Aznar Embid.
- «La Previsión mutualista laboral española», por Alfredo Pérez Armiñán.
- «La aplicación de los Seguros sociales en la Agricultura en España», por Emilio Cárcelos Fernández y Joaquín de la Escosura y Durán.
- «Un régimen de Seguridad Social orientado con amplia dimensión vital a los oficios marinos», por Manuel de Arizmendi y Ruiz de Velasco.
- «El Seguro de Enfermedad de los pescadores de bajura. Una experiencia de gestión directa de un Seguro Social por los propios asegurados», por Fernando Moreno Menéndez.
- «Aportación de las Cofradías de Pescadores a la Seguridad Social», por Pablo Robert Calaf.
- «El Seguro Social del Empleado en el Perú», por Miguel Arellano Ramírez M.
- «Experiencias y orientaciones de la Seguridad Social boliviana», por Edmundo Cortés Arteaga.
- «Estructura económica y social de la «Caja de Seguro Social de Ferroviarios y Anexos» de la República de Bolivia», por Abelardo E. Váldez y Carlos Eduardo Cano.
- «Servicio Social en Chile», por Mercedes Ezquerria Bruzuela.
- «Centros de orientación psicopedagógica», por Amalia Lucas de Radaelli.

«Normas de procedimiento de apremio para el cobro de los descubiertos de cuotas de los Seguros sociales obligatorios», por Juan Mon Pascual.

«Función cultural de la Seguridad Social», por Guillermo Bolívar.

«Complementos necesarios en la Seguridad Social», por Augusto Bacariza Varela.

«La Seguridad Social: Clima y procedimientos», por Gaspar Bayón Chacón.

«Orientaciones católicas sobre Seguridad Social», por Eduardo Kouri Meunier.

«I. Orientaciones de la Previsión y Seguridad Social en los países iberoamericanos. Aspecto doctrinal y legal. II. Bases fundamentales para una reforma de la legislación positiva sobre Seguridad Social», por Luis P. Frescura y Candía.

«¿Adónde va la Previsión Social en América?», por Marcos Flores Alvarez.

«Algunos aspectos de la Seguridad Social», por Alfredo Gaete Berríos.

«Protección de los trabajadores intelectuales», por Sigfrido A. Radaelli y Carlos Mouche (Argentina).

COMISIÓN II. — *Conveniencia de celebrar tratados entre los países iberoamericanos y bases generales para los mismos.*

«Conveniencias de celebrar tratados entre los países iberoamericanos y bases generales para los mismos», por Marcelo Catalá.

«El factor geográfico en los planes de Seguridad Social», por Manuel Aldeanueva Martínez de la Fuente.

«La Seguridad Social en los tratados internacionales», por César Lanfranchi Lanfranchi.

«La labor de la O. I. T. y los convenios internacionales en

materia de Seguridad Social», por Francisco Aracil Sempere.

«Extensión y continuación de los beneficios del Seguro Social para los trabajadores inmigrantes», por Eduardo Kouri Meunier.

«Conveniencias de celebrar tratados respecto de los trabajadores intelectuales», por Sigfrido A. Radaelli.

«La U. N. E. S. C. O. y los trabajadores intelectuales», por Sigfrido A. Radaelli.

COMISIÓN III. — *Organización de las prestaciones médicas en los Seguros sociales.*

«Organización de las prestaciones médicas del Seguro de Enfermedad», por Luis Angel Ugarte.

«Seguro Social de Enfermedad», por Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad de España.

«Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales», por los doctores José María Sánchez Bordona, Julio Martín de Pereda y Julián Gutiérrez del Olmo.

«Aspectos médicosociales de los pequeños riesgos en el Seguro de Enfermedad», por el doctor Nogales Puertas.

«Seguro de asistencia médicosocial para los empleados de Bancos y de ramas afines de Bolivia», por Vito Arce Reyeros.

«Seguro Unificado de Salud», por Carlos Andrade Marín.

«Incorporación del trabajador autónomo agropecuario al Seguro Obligatorio de Enfermedad», por Francisco Serra Molina.

«Sobre la inclusión de la Sanidad pública en los programas de Seguridad Social», por Bartolomé Benítez Franco.

«Criterios generales para la organización de las prestaciones sanitarias», por Antonio Baylos Corroza.

«Organización de las prestaciones médicas de los Seguros sociales», por Manuel Figueroa y Rojas y Carmen Mantilla de los Ríos.

«El tratamiento preventivo como prestación médica», por Salvador Ravello Montesinos.

«Reforma en las prestaciones farmacéuticas del Seguro de Enfermedad», por Rodolfo Martínez Acebal.

«Coordinación de las prestaciones de los Seguros de Enfermedad e Invalidez», por Rafael O. Roca.

«Coordinación de los estudios de Medicina social», por Emilio Juan Letang Alvarez.

COMISIÓN IV. — *Cuestiones diversas.*

«Variación de las bases técnicas y su influencia en la financiación de la Seguridad Social», por Javier Soler Bordeta.

«Estimación por muestreo del cálculo de reservas en el Seguro de Rentas por Accidentes del Trabajo», por Juan Béjar.

«La enseñanza de la Previsión y la Seguridad Social», por Luis Jordana de Pozas.

«La Seguridad Social y la Escuela», por José María Haro Salvador.

«La enseñanza de la Seguridad Social en las Universidades», por César Lanfranchi Lanfranchi.

«Importancia del empleo de sistemas educativos en la prevención de accidentes», por Julio Figueroa Fernández.

«Creación de un organismo que centralice la información respecto de los problemas de conducta de los niños escolares y su tratamiento en Iberoamérica», por Amalia Lucas de Radaelli.

«Unificación de los planes de estudios de visitadoras sociales», por Ana María Montdor.

«Recomendación de la Junta central de los Colegios Graduados Sociales de España», por J. Salvador Sanfulgencio Nieto.

«Conexión de tres políticas.—I. Seguridad Social y educación primaria», por Antonio Lleó Silvestre.

- «Conexión de tres políticas.—II. Seguridad Social y fomento de los montes». por Antonio Lleó Silvestre.
- «Disposiciones sobre Previsión Social consignadas en las Leyes de Indias», por Alejandro M. Unsain.
- «Fundamentos filosóficos de la Seguridad Social». por Miguel Guillén Raboso.
- «El salario como líquido imponible, a efectos de cotización en los regímenes de Seguridad Social, en la legislación española», por José Lledó Martín.
- «Sentido y relaciones entre la Previsión y Seguridad Social como orden jurídico», por Héctor Maravall Casesnoves.
- «Filosofía de la Seguridad Social en los documentos pontificios», por Crescencio Rubio Sáez.
- «La unificación de los campos de aplicación de los Seguros sociales», por Tomás Salinas Mateos.
- «Hacia la universalidad del campo de aplicación de los Seguros sociales en los países iberoamericanos y Filipinas, y principales aspectos del problema en España», por Pedro Arnaldos Jimeno.
- «Necesidad de la no enumeración de enfermedades profesionales indemnizables», por José María González Rodríguez.
- «Serviço de Prevenção de acidentes no trabalho.—Comissão de Prevenção de Acidentes (Cepa)». por Ruy de Azevedo Sodré.
- «Trascendencia de la prevención de accidentes en los planes de Seguridad Social», por Juan José Garrido Comas.
- «El ahorro y las Cajas de Ahorro benéficas, factor de la Seguridad Social», por León Leal Ramos.
- «La afiliación y cotización a los Seguros sociales en la agricultura», por José Antonio de Pascual Alomar.
- «Observaciones prácticas acerca del Seguro campesino y del servicio doméstico», por Eduardo Kouri Meunier.
- «Seguridad Social de los escritores y artistas. Dominio públi-

«o pagado de las obras literarias y artísticas», por Sigfrido A. Radaelli.

«Obligación legal de organizar servicios de Asistencia social en toda organización fabril, industrial y comercial», por Ana Matilde Montdor.

«Base contributiva de los Seguros sociales», por Narciso Amer Amer.

«Selección del asalariado y asignación familiar», por Julio V. J. Vila Porcal.

COMISIÓN ESPECIAL. *Procedimiento para establecer una terminología de Seguridad Social común a los países iberoamericanos.*

«Procedimiento para celebrar una terminología de Seguridad Social común a los países iberoamericanos», por Eugenio Pérez Botija.

«Hacia una terminología en materia de Seguridad Social», por Julio Casares.

«Concepto de la Seguridad Social», por Marcos Flores.

«Bases para una terminología de Seguridad Social», por Ramón Gómez y Ricardo R. Moles.

«Necesidad de constituir una Comisión permanente de terminología», por Miguel Fagoaga Gutiérrez-Solana.

«Informe solicitado por la Comisión Especial de Terminología», por Horacio Mackinlay.

**CONCLUSIONES APROBADAS EN EL I CONGRESO
IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

CONVENIENCIA DE CELEBRAR TRATADOS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LOS PAÍSES IBEROAMERICANOS Y BASES GENERALES PARA LOS MISMOS.

Considerando :

Que la aplicación de la Seguridad Social en el ámbito internacional obtiene su realización más eficaz mediante el establecimiento de convenios de zona, que señalan para varios países unidos por vínculos económicos y morales la forma de llevar a la práctica los principios de no discriminación, imperio de la Ley Territorial respecto a los derechos adquiridos o en curso de adquisición y en los que se establecen normas de colaboración administrativa para dar eficacia a aquellos principios ;

Considerando :

Que en las tentativas de celebración de Tratados se deben tener en cuenta sobre todo las circunstancias de carácter económico y humano de los distintos países ;

Estimando :

Que todos los países iberoamericanos están ligados entre sí, no sólo por la vinculación de una común Historia, sino por lazos de fe, sangre, idioma, costumbres, estimación, corriente intelectuales, comercio y tantas razones más que nos agrupan en una identidad universal de destino, y no permite que sus nacionales, cuando conviven, puedan considerarse titulares de situaciones jurídicosociales de orden fundamentalmente diferente ;

Teniendo en cuenta las experiencias observadas en el ám-

bito internacional, y muy especialmente los principios consignados por la Organización Internacional del Trabajo y observados en los recientes Convenios bilaterales, el I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social estima conveniente la celebración de Tratados sobre Seguridad Social entre los referidos países y el establecimiento de bases generales para los mismos, y, en consecuencia.

R e c o m i e n d a

Que las naciones iberoamericanas procuren asegurar, mediante el correspondiente documento diplomático:

1.º El establecimiento, en cuanto a la Seguridad Social de sus nacionales residente en la zona iberoamericana y en Filipinas, de los principios de no discriminación, imperio de la Ley Territorial y respeto a los derechos adquiridos o en curso de adquisición.

2.º La promoción de una colaboración económica y administrativa entre los Estados que haga efectivos tales principios a través de las instituciones internacionales adecuadas.

ORGANIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS DE LOS SEGUROS SOCIALES.

I

El Seguro Obligatorio de Enfermedad es la expresión práctica de la Medicina social, y su adecuada ejecución requiere que su personal técnicosanitario, tanto rector como asistencial y auxiliar, esté compenetrado en dicho aspecto de la Medicina.

El Seguro de Enfermedad, en colaboración con otras organizaciones, asumirá la tarea de dotar al personal mencionado de la necesaria capacitación médicosocial.

II

La práctica de la Medicina social, la mayor eficacia de la Medicina preventiva y la mejor realización del Seguro exigen unidad de acción y de dirección de todas las instituciones que practiquen el Seguro de Enfermedad.

Ha de procurarse la adecuada descentralización de actividades y responsabilidades, a fin de estimular el interés y constante superación del personal facultativo.

III

Para alcanzar sus fines peculiares, el Seguro debe seleccionar su personal sanitario, teniendo en cuenta, entre otras consideraciones, su aptitud y modalidades del ejercicio profesional, procurando en lo posible la distribución de dicho personal conforme a las necesidades de la población asegurada.

IV

Siendo una aspiración primordial del Seguro la máxima calidad de las prestaciones médicas que otorga, debe constituir una preocupación el incremento del nivel científico de sus médicos y de su personal sanitario auxiliar, colaborando con los centros docentes para el logro de este objetivo.

V

Con igual fin se limitará el volumen máximo de asistencia de cada facultativo y demás personal auxiliar sanitario, y se les retribuirá adecuadamente para que consagren al Seguro sus principales actividades.

VI

El Seguro Obligatorio de Enfermedad otorgará sus prestaciones sanitarias al asegurado y a sus familiares; su exten-

sión a estos últimos vendrá determinada por el grado de relación parental y de dependencia económica con el cabeza de familia.

VII

El Seguro procurará la compenetración del asegurado y su familia con el médico, revalorizando la institución del médico de familia, y, a tal objeto, el asegurado tendrá el derecho de elección de dicho médico de entre los que actúen en la unidad geográfica a que el asegurado pertenezca.

Para cada especialidad, la determinación del médico que deba asistir al asegurado vendrá condicionada por circunstancias dependientes de las características de la organización.

VIII

El Seguro de Enfermedad debe abordar la aplicación de la Medicina preventiva a sus beneficiarios.

Esta Medicina preventiva debe establecerse en coordinación y colaboración con los servicios de la Sanidad Pública. El Seguro tratará de asumir la responsabilidad de las medidas que tiendan a la conservación de la salud de la unidad biológica y social, que es la familia, reservando a los citados servicios de sanidad los que estén encaminados a crear condiciones ambientales favorables y a luchar contra las causas de las enfermedades.

IX

El Seguro ha de otorgar las prestaciones médicas que sean necesarias para la recuperación de la salud del beneficiario, utilizando toda clase de recursos, incluyendo la readaptación y reeducación profesional en los casos necesarios.

X

La asistencia a la maternidad en el Seguro se practicará atendiendo a consideraciones de orden médico, obstétrico y social, procurando dar la mayor amplitud a la asistencia al parto en instituciones de internamiento.

XI

Las prestaciones de puericultura y pediatría en el Seguro Obligatorio de Enfermedad han de comprender: vigilancia sanitaria sistemática del niño, y en especial de su crecimiento y desarrollo; prestaciones de Medicina preventiva, tendiendo a suprimir las enfermedades evitables, tratamiento médico quirúrgico del niño enfermo, haciendo llegar hasta las pequeñas poblaciones la acción de la pediatría y puericultura; especial vigilancia y tratamiento del recién nacido normal, del prematuro y del débil congénito, para disminuir al mínimo la mortalidad infantil y precoz.

Estímulo y fomento de la lactancia materna. Enseñanza de maternología y puericultura a las madres. Visita domiciliaria de vigilancia y educación sanitaria familiar por enfermeras visitadoras.

XII

Para una adecuada aplicación de las prestaciones médicas en el Seguro de Enfermedad, previo estudio de las características de la población sobre la que recaerá la asistencia, debe organizarse ésta en zonas médicas más o menos amplias, que delimitarán el ámbito de actuación de las distintas unidades sanitarias del Seguro, escalonadas desde el médico de familia hasta el área servida por la institución de internamiento.

Para los casos que exijan técnicas médicas muy diferen-

ciadas en conocimientos y material se establecerán sistemas de asistencia de centralización regional o de mayor ámbito.

XIII

La asistencia, desde el médico de familia hasta el centro sanitario superior, estará ordenada de tal manera que constituya una perfecta unidad asistencial.

XIV

El Seguro Obligatorio de Enfermedad debe poseer una organización de médicos inspectores para la vigilancia de las prestaciones sanitarias, estudio de la orientación sanitaria del Seguro, coordinación de sus servicios médicos y cooperación para su mejor desenvolvimiento.

XV

El Seguro debe estimular el interés activo y despertar el sentido de responsabilidad del asegurado por la conservación de la propia salud y la de su familia.

Por ello, es conveniente que los asegurados y beneficiarios se encuentren debidamente informados de los derechos y deberes que, como miembros del Seguro, les correspondan.

XVI

Es aconsejable el ensayo de sistemas, métodos y procedimientos en pequeña escala, antes de proceder a su generalización.

TEMAS VARIOS.

I

Se reitera a todos los países iberoamericanos considerar como presupuesto necesario de la Seguridad Social la fijación

de un salario vital familiar que cubra las necesidades reales presentes, de acuerdo con el costo de vida.

II

Se considera a la escuela como instrumento primario de la Seguridad Social en la preparación del futuro hombre en la educación social y la previsión, por medio de programas adecuados e instituciones pedagógicas, tales como las Mutualidades y los Cotos escolares de Previsión, siendo conveniente la continuación de estas enseñanzas en los demás grados docentes.

III

Todos los trabajadores, sin distinción de nacionalidad ni profesión, tendrán derecho a los beneficios sociales del país en que prestan sus servicios, y se tenderá a la unificación de los campos de aplicación de los Seguros sociales ya existentes, como etapa previa de la Seguridad Social.

IV

Se considera al ahorro, en sus diversos grados, como factor importante de la Seguridad Social, debiendo establecerse una íntima colaboración entre las instituciones de ahorro benéficas y los planeamientos de Seguridad Social, y dispensándose los Estados especial protección.

V

Se recomienda la unidad en el sistema reparador de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales.

VI

Se considera que la orientación de los esquemas de prestaciones del Seguro de jubilaciones, pensiones de invalidez

y del Seguro de riesgos profesionales en los países iberoamericanos debiera contemplar necesariamente el reconocimiento del derecho a vivienda urbana o rústica, como parte integrante de los beneficios en especie, bajo reserva de que cada país determine las modalidades y condiciones propias, de acuerdo con las necesidades, exigencias o sistemas establecidos o por establecer en cada uno de ellos.

VII

Es condición esencial de todo sistema o plan de Seguridad Social estar basado en la realidad social económica y demográfica del medio en que se desenvuelve. Con el fin de hacer una estructuración de la ciencia actuarial de los Seguros sociales, sería muy conveniente intercambiar y propagar entre los países iberoamericanos los distintos problemas técnicos planteados, la solución dada en cada caso, sus fundamentos y los métodos estadísticos utilizados en cada país.

Recomendaciones.

PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER UNA TERMINOLOGÍA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS IDIOMAS PORTUGUÉS Y ESPAÑOL.

I

Que teniendo en cuenta el objeto señalado en la convocatoria del Congreso respecto de la materia de que se ha debido ocupar esta Comisión especial, y que mira al procedimiento para establecer una terminología de Seguridad Social en los idiomas portugués y español, se ha considerado inoportuno e imposible entrar a definir conceptualmente los vocablos comprendidos.

II

En consecuencia, se acuerda que el Congreso no entre a realizar definiciones sobre la materia, sino únicamente a se-

ñalar un procedimiento concreto que facilite el llevar a cabo tales de definiciones en una próxima oportunidad y en cooperación con los demás organismos internacionales que están ocupados por este problema.

III

Dicho procedimiento debe comenzar por señalar el campo dentro del cual han de escogerse los términos destinados a su futuro estudio y definición.

IV

Que los vocablos cuyo sentido o sinonimia deban ser estudiados se elijan previamente en el campo legal de todos y cada uno de los países iberoamericanos. Semejante prioridad no entraña depreciación del campo doctrinal en la materia. Por el contrario, se recomienda señalar, con miras a su definición, todos aquellos conceptos científicos que aparezcan directamente comprometidos en los vocablos legales escogidos.

V

Que el alcance dado al calificativo legal en la conclusión anterior es amplio, comprendiendo todas aquellas fuentes de obligaciones en la materia a las cuales la Ley otorga dicha calidad. Así, por ejemplo, han de buscarse términos en el texto de las convenciones y tratados internacionales de trabajo; en las leyes, decretos-leyes y sus reglamentos; en los reglamentos, ordenamientos y estatutos corporativos; en los reglamentos de Empresa; en las convenciones, avenimientos y contratos colectivos de trabajo; en las sentencias arbitrales respectivas; en la costumbre sancionada por la ley o la jurisprudencia y en los dictámenes de organismos del trabajo que tengan fuerza obligatoria y demás fuentes análogas.

VI

Que el hecho de escoger los vocablos en el medio legal no entraña la obligación de definirlos conceptualmente de acuerdo con el estricto sentido que a ellos les haya impuesto el respectivo legislador.

VII

Con el fin de llevar a efecto las conclusiones anteriores, se encomienda a la Comisión encargada de continuar los trabajos del Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, mediante una Sección especial de Terminología, que recoja, clasifique y prepare las definiciones de vocablos empleados en los distintos países de lengua española y portuguesa.

VIII

De conformidad con lo expuesto en la segunda de las conclusiones precedentes, se acuerda que la Sección de Terminología en Seguridad Social deberá mantener estrechas relaciones con la Oficina Internacional del Trabajo, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Asociación Internacional de Seguridad Social, a los efectos de coordinar su labor con la que en esta materia realicen las entidades mencionadas.

CREACIÓN DE LA COMISIÓN IBEROAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL.

El Congreso en pleno aprobó por unanimidad, a propuesta de la Comisión Directiva, sobre la base del proyecto de resolución aprobado por la Comisión IV y de la proposición presentada por el Jefe de la Delegación brasileña, doctor Fernando de Andrade Ramos, la siguiente

Resolución.

El primer Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, Considerando que los beneficiosos resultados de este I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, realizado en Madrid en mayo de 1951;

Considerando que la aproximación de los pueblos iberoamericanos resulta de sus aspiraciones y deseos comunes y de estar todos ligados por los mismos antepasados históricos;

Considerando que la Seguridad Social es uno de los caminos más indicados para el mantenimiento permanente de sus nobles sentimientos, con el fin de obtener la revalorización del hombre, el bienestar colectivo y la paz social de las respectivas naciones;

Considerando que la gran obra social que se realiza en España, cuna común de los miembros integrantes de las naciones hoy representadas en este Congreso, debe proseguir en beneficio no sólo de los iberoamericanos, sino también de los demás pueblos;

Considerando que de esta acción resultará necesariamente la mejor cooperación para los organismos de finalidades idénticas, interamericanos o internacionales, que persiguen una misma política social de dignificación del ser humano.

Resuelve:

1.º Crear una Comisión Iberoamericana de Seguridad Social, que tendrá por fines:

a) Propugnar el funcionamiento con carácter permanente de los Congresos Iberoamericanos de Seguridad Social.

b) Deliberar, en relación con sus miembros y el Gobierno respectivo, sobre la fecha y lugar de reunión del II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social.

c) Tomar todas las providencias que juzgue convenientes

para la efectividad de las resoluciones aprobadas en este primer Congreso, así como los demás actos que requieran los deseos expresados en esta resolución.

d) Promover el intercambio de experiencias entre las personas e instituciones iberoamericanas interesadas en la Seguridad Social, mediante el suministro de asistencia técnica especializada y el otorgamiento de becas de capacitación.

e) Propiciar el estudio y perfeccionamiento de los sistemas de Seguridad Social en Iberoamérica, preparando las bases para una actuación común de personas e instituciones.

f) Mantener estrechas relaciones con la Oficina Internacional del Trabajo, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Asociación Internacional de Seguridad Social, a los efectos de coordinar su labor con la que realizan los organismos mencionados.

g) Procurar la más amplia difusión de los trabajos más meritorios que en ésta y en futuras reuniones se presenten y establecer una información constante entre las personas e instituciones interesadas, sobre la evolución y proceso de los sistemas de Seguridad Social, a cuyo fin podrá publicar una revista como órgano informativo de la Seguridad Social iberoamericana.

2.º La Comisión Iberoamericana de Seguridad Social estará integrada por un Presidente, tres Vicepresidentes y un Delegado por cada país. El Presidente, dos Vicepresidentes y los Delegados serán elegidos por la Comisión Directiva del I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, por esta primera vez, y en la forma que determinen los Estatutos de la Comisión Iberoamericana de Seguridad Social, posteriormente. Estas designaciones tendrán carácter personal. Asimismo, ejercerá las funciones de Vicepresidente quien tenga a su cargo las de Director del Instituto de Cultura Hispánica.

3.º Los miembros delegados de cada país propondrán a

la Comisión las designaciones de miembros correspondientes, asumiendo ante la misma la tarea de coordinar la labor en los respectivos países y servirles de enlace con aquélla.

4.º Será considerada sede de la Comisión Iberoamericana de Seguridad social la capital del país donde resida el Presidente.

5.º Proponer la creación de la «Oficina Iberoamericana de Seguridad Social» en el seno del Instituto de Cultura Hispánica, con carácter técnico y permanente y como órgano de cooperación de la Comisión, y que de ella forme parte una Sección de Terminología, para la que se tendrán en cuenta las proposiciones aprobadas sobre ese extremo por la Comisión Especial del Primer Congreso.

Madrid, junio 1951.



PUBLICACIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

EXPOSICION
PERMANENTE
DE PREVISION

SINTESIS GRAFICA
DE LOS SEGUROS SOCIALES
EN ESPAÑA