



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Biblioteca "Alfredo L. Palacios"



La medicina social y el Fondo nacional de salud

Drimer, Bernardo

1952

Cita APA:

Drimer, B. (1952). La medicina social y el Fondo nacional de salud.
Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas

Este documento forma parte de la colección de tesis doctorales de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios".
Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires

0

BERNARDO DRIMER

"LA MEDICINA SOCIAL Y EL FONDO NACIONAL DE SALUD"

Curso de investigación: FINANZAS.

Director del curso: DR. ARMANDO M. ROCCO

N° de registro: 7561

1952

S / 1
B

CAPITULO

I :

GENERALIDADES

El propósito del presente trabajo es el estudio de los caracteres y las posibilidades económicas y financieras de los diversos sistemas aplicables para lograr que los beneficios de la atención médica puedan llegar hasta todos los individuos mediante una organización colectiva adecuada.

La tendencia hacia la socialización de la medicina se evidencia universalmente por una intervención creciente de las comunidades en el cuidado de la salud de todos sus miembros.

Se emplea el término de medicina social por oposición al de medicina privada. En esta última cada individuo previene y busca la curación de sus enfermedades de acuerdo a sus posibilidades y empleando sus propios recursos; en la medicina social la atención médica es proporcionada por el Estado a través de un sistema de servicio médico público o de asistencia social, o bien por el conjunto de los beneficiarios que se agrupan al efecto en instituciones de seguro social facultativo u obligatorio.

A) Determinación del ámbito del tema del presente trabajo.

1.- La tarea de determinar con precisión los límites del tema a abordar reviste especial importancia en relación con el presente trabajo debido a que, tan pronto como se inicia la búsqueda de material para el desarrollo del mismo, se advierte la vinculación del tema elegido con una gran variedad de problemas afines. Se evidencia, entonces, la necesidad de seleccionar aquellos puntos que se vinculan en forma más estrecha con el tema elegido y segregar los demás, si se quiere conservar la unidad del trabajo y no perderse en la consideración de asuntos más o menos correlativos.

2.- Ante todo, la medicina social se vincula directamente con la protección del riesgo de enfermedad y los diferentes

sistemas de seguridad social que tienden a cubrir ese riesgo. La protección contra la enfermedad supone la concesión de atención médica y el otorgamiento de prestaciones en efectivo en concepto de indemnización por incapacidad para el trabajo ocasionada por los estados morbosos. Nosotros debemos limitarnos aquí a considerar los distintos sistemas de atención médica, dejando a un lado todos aquellos aspectos de los servicios públicos o de seguro que procuran compensaciones en efectivo.

3.- Por otra parte, dentro del término común de atención médica se incluye la que se otorga no sólo en los casos de enfermedad propiamente dicha sino también en los casos de daños originados en el empleo, maternidad e invalidez.

Es preciso tener en cuenta:

a) que si bien los sistemas de servicio nacional de sanidad, tales como existen en Gran Bretaña, Australia y Nueva Zelandia y algunos de seguro obligatorio abarcan a toda la población en todos los casos que requieren atención médica, la gran mayoría de los sistemas abarcan sólo a determinados grupos de personas protegidas en determinados riesgos.

b) que los casos de enfermedad, maternidad, daños originados en el empleo e invalidez son protegidos frecuentemente por sistemas especiales, que cuentan con organizaciones independientes y distintas formas de financiación. En efecto, el cuidado de la maternidad asume características muy peculiares y se extiende a los períodos que anteceden y siguen al alumbramiento incluyendo exámenes pre y post-natales, cuidado del recién nacido, provisión de leche y de agujeros, contratación de mucama o ayudanta, etc. La atención de los accidentados e inválidos está muy vinculada al concepto de indemnización, incluyendo la rehabilitación profesional y el otorgamiento gratuito de aparatos de ortopedia; además, la atención de los accidentes y enfermedades profesionales es otorgada en forma mucho más unánime y completa y resulta casi universal el reconoci-

miento de la responsabilidad del empleador en su financiamiento. En resumen, es preciso advertir que la atención médica de las enfermedades, los daños ocasionados en el empleo, la maternidad y la invalidez asume caracteres muy diferentes en cuanto a las personas protegidas, los servicios otorgados y los sistemas de organización y financiamiento. El análisis diferenciado de cada uno de esos sistemas abarcaría una extensión desmesurada y en cierto modo sería ajeno a la esencia misma del tema del presente trabajo.

4.- En mérito a las consideraciones anteriores, nos ha parecido adecuado referirnos a la atención médica de la enfermedad en general, sin dejar por ello de hacer referencia en los momentos oportunos a los casos particulares de daños originados en el empleo, maternidad e invalidez.

Un régimen completo de atención médico-social debería abarcar todos los casos posibles de atención médica, dedicando a cada uno los cuidados peculiares que requiere y dejando para los regímenes de previsión aquellos aspectos que dejan de tener carácter médico y se vinculan más estrechamente con el concepto de indemnización.

B) Fundamentos de la medicina social.

1.- Teóricamente pueden plantearse una serie de cuestiones vinculadas al tema de los fundamentos de la medicina social. Puede preguntarse, por ejemplo, si la atención médica es de índole pública o privada, es decir si el cuidado de la salud debe estar a cargo del individuo o de la comunidad; con qué fundamentos puede la comunidad obligar al individuo a someterse a revisiones periódicas, a los profesionales a formar parte de instituciones de atención médico-social y a toda la población o a algunos grupos a contribuir al sostenimiento de los servicios médicos generales.

2.- Cabe advertir que la atención médica organizada sobre una base individual ha mostrado ser insuficiente e inadecuada,

pues descuida a gruesas proporciones de la población carentes de recursos.

En los casos de pestes o epidemias no se cuestiona el derecho del Estado de tomar todas las medidas preventivas y curativas destinadas a evitar su propagación, pues entonces el interés público es demasiado manifiesto e indiscutible. Sin embargo debe reconocerse a la comunidad el mismo derecho en relación con las demás enfermedades comunes, pues en estos casos el interés público, si no se exterioriza con tanta fuerza es igualmente de una existencia indudable.

La cuestión que tratamos tiene ciertos puntos de contacto con otra tomada de la Ciencia Política: nos referimos al derecho electoral. El sufragio es desde el punto de vista individual un derecho del ciudadano, quien puede o no ejercerlo; pero desde el punto de vista general es un deber determinado por la organización política del Estado, quien establece la obligatoriedad del voto y sanciona a aquéllos que no cumplen con este deber cívico, pues la caducidad de los mandatos una vez vencido el plazo para el que fueron dispuestos, obliga a la renovación de los cargos. Del mismo modo, procurarse atención médica es desde el punto de vista individual un derecho que se puede o no ejercer; pero desde el punto de vista colectivo la vigilancia y el cuidado de la salud constituye un deber, puesto que la suma de la salud de los individuos determina el nivel sanitario general del que depende en gran parte el bienestar moral y material de la comunidad.

3.- El fundamento lógico expresado por Engel(1) con relación al seguro obligatorio, puede aplicarse en particular a la medicina social:

Como el hombre al nacer es incapaz de mantenerse la familia y la sociedad le proporcionan sostén y educación. El in-

(1) ENGEL, "Der Werth des Menschen", citado por el Dr. ENSCH, "La socialización de la medicina", Sociedad Luz, Serie II, T. 2, N° 34, 1926, Suarez 1301, Buenos Aires, pág. 17.

individuo contrae así una deuda hacia ellas, que amortizará mediante su trabajo a partir de cierta edad. Para cumplir esa obligación es necesario que su productividad no se vea interrumpida o anulada por la enfermedad, la invalidez, la muerte precoz o simplemente la disminución de su capacidad de trabajo. De ahí nace el deber de la sociedad de proveer a los individuos de atención médica apropiada y el derecho de obligar a éstos a cumplir todas las medidas dispuestas que tiendan al cuidado de su salud.

4.- Desde el punto de vista histórico, las primeras leyes que dispusieron el otorgamiento, entre otras medidas, de cuidados médico-sociales para los indigentes (Leyes de Pobres) se fundamentaban en la caridad. Los servicios médicos se otorgaban a título de gracia o favor.

Más adelante esas medidas se fundamentaron en el tenor hacia las nuevas clases sociales y en el deseo de prevenir disturbios.

Posteriormente se apreció la existencia de fundamentos económicos que aconsejaban el cuidado de la salud pública, al advertirse la utilidad que representa para la comunidad el mantenimiento del capital humano en condiciones óptimas de rendimiento.

Por último y como consecuencia de la evolución política de los pueblos se llegó a reconocer el actual fundamento económico-social de la atención médica pública, estableciéndose el derecho de todo individuo de contar los elementos necesarios para proteger su salud, por el sólo hecho de formar parte de la comunidad.

5.- La moderna corriente de socialización de la medicina se fundamenta en sólidos principios de carácter económico y social.

Resulta indudable que las posibilidades económicas de un país dependen en primer lugar de su capital humano y que la capacidad de rendimiento de este último varía en razón del

grado de salud de todos los habitantes. De ahí, pues, que la comunidad labre su prosperidad económica al asegurar la prestación de un servicio médico integral a su población.

Por otra parte, la certeza de que el Estado constituye la agrupación política de todos los habitantes destinada a salvaguardar el derecho y fomentar el bienestar de toda la nación, lleva a fundamentar la atención médico-social en el deber de la comunidad de proteger la salud de todos sus miembros como uno de los medios indispensables de asegurar su bienestar.

C) Propósitos y caracteres de la medicina social.

1.- Medicina asistencial, sanitaria y social.

La medicina moderna ha dejado de ocuparse exclusivamente del tratamiento del enfermo para extenderse a otros aspectos.

A la medicina asistencial o arqui medicina, a la que correspondía la técnica de la curación o terapéutica se ha unido la medicina sanitaria o paleomedicina, que emplea la técnica de la profilaxis y actúa sobre los factores directos o biofísicos que rodean a los individuos (clima, aire, agua, etc.) (1)

Más recientemente se ha incorporado en forma definitiva la medicina social o neomedicina que emplea la técnica de la prevención y actúa sobre los factores indirectos o económico-sociales de las enfermedades o sea sobre el medio sanitario integral que rodea a los individuos (alimentación, vivienda, nivel de salarios, etc.)

Todo sistema moderno de atención médico-social, para ser verdaderamente eficaz, debe abarcar esos tres aspectos curativos, profilácticos y preventivos.

2.- Objetivos de la medicina moderna.

De acuerdo a esos principios generales la medicina moderna se propone:

a) La conservación y mejora de la salud, mediante el cuidado del de-
 (1) Seguimos la terminología utilizada por el Dr. RAMON CARRILLO en su obra "Política sanitaria argentina"; Ministerio de Salud Pública de la Nación; Departamento de publicaciones y talleres gráficos; 1949.

sarrollo físico y mental de la población, la prolongación de la vida útil del hombre y el incremento del caudal biológico de todos los individuos que permite un mejor rendimiento en el trabajo.

b) La prevención de las enfermedades, especialmente de aquéllas que constituyen los rubros principales en las tablas de morbilidad de los países (enfermedades cardio-vasculares, cáncer, tuberculosis, etc.) Esta actividad crea un nuevo campo para la medicina que se orienta hacia la investigación de los primeros síntomas. Para ello se vale de los exámenes médicos periódicos, la educación sanitaria, la profilaxis por el tratamiento y la readaptación médico-social.

c) La curación o alivio de los enfermos mediante la aplicación de los tratamientos clínicos y quirúrgicos adecuados.

d) El mejoramiento de las condiciones bio-físicas que influyen sobre la salud y saneamiento de los ambientes (especialmente suelo, aire y agua).

e) La lucha contra los factores económico-sociales que influyen sobre los estados morbosos (vivienda antihigiénica, alimentación insuficiente o inadecuada, trabajos insalubres, hábitos de vida que atentan contra la salud tales como la actividad o el sedentarismo exagerados, el abuso del tabaco y el alcohol, etc.)

3.- Propósitos de la medicina social.

Pues bien, la medicina social se propone todos los objetivos de la medicina moderna pero procurando que la atención médica eficiente e integral abarque a todos los miembros de la comunidad. Puede afirmarse que la medicina social procura el mejoramiento de la salud, la capacidad y el bienestar de toda la población, en resguardo del capital humano que constituye la base esencial de la organización económica, social y política de todas las naciones.

En lo que se refiere en particular a las enfermedades y accidentes del trabajo, la medicina social se propone la sistematización e integración del tratamiento y la actuación intensiva contra las consecuencias de los accidentes para evitar o disminuir

la incapacidad sobreviniente. En lo que se refiere a la maternidad, la medicina social se propone hacer accesibles a todas las madres las consultas pre y post natales, la atención hospitalaria o domiciliaria de matronas o médicos y la vigilancia de la salud del recién nacido. En lo que se refiere al cuidado de la invalidez, la medicina social se propone la rehabilitación, la reeducación profesional y, secundada por otras ramas de la seguridad social, el encauzamiento hacia ciertas actividades compatibles con las condiciones actuales de los inválidos.

4.- Caracteres de la medicina social.

Los sistemas de medicina social revisten los siguientes caracteres:

- a) Servicios médicos eficientes, completos y accesibles para todos los habitantes.
- b) Atención médica planificada y realizada por profesionales debidamente calificados y remunerados.
- c) Coordinación de los servicios y unificación del sistema dirigido por órganos centrales estatales o supervisados por el Estado.
- d) Atención preferente de la profilaxis de las enfermedades y formación de una conciencia popular acerca de la trascendencia del cuidado de la salud.

D) Efectos morales y sociales de la medicina social.

Si bien la medicina social no basta por sí sola para solucionar todos los problemas de la seguridad social, constituye indudablemente uno de sus elementos de mayor importancia.

La medicina social eleva la situación moral del enfermo. Este es consciente de que la comunidad se preocupa de proteger su salud y de proporcionarle los tratamientos más eficaces, todo ello no como resultado de la caridad sino de un derecho que le pertenece y en virtud del cual él puede exigir las prestaciones que le corresponden.

Desde el punto de vista social los servicios médicos

constituyen un factor decisivo en el mejoramiento del nivel de vida de todos los individuos. Según hemos expresado, la medicina social de ja de ocuparse exclusivamente de la cura y aún de la prevención de las enfermedades para interesarse por las condiciones sociales en que se desenvuelven los pacientes, mediante una serie de instituciones que van desde los servicios de vigilancia periódica de los obreros ocupados en industrias insalubres hasta la institución de las visitadoras de higiene y sociales que llevan la educación y el control sanitario hasta el ámbito familiar.

E) Sistemas de atención médico-social.

Los servicios médico-sociales se pueden otorgar mediante alguno de los cuatro sistemas principales siguientes:

1) Mediante un servicio médico público.

Todos los miembros de la comunidad tienen derecho a los cuidados médicos que proporciona el servicio. Este se financia con las entradas generales del país o con fondos provenientes de un impuesto progresivo específico. Tal es el caso del Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda.

2) Mediante un seguro obligatorio de enfermedad.

Abarca a toda la población (Suecia, Islandia) o sólo a determinadas categorías de la misma (Italia, Polonia, Irlanda). En este último caso tienen derecho a la atención médica los asegurados que cotizan, el cónyuge e hijos a su cargo, las personas que viven a sus expensas y las personas aseguradas en virtud de las cotizaciones pagadas en su nombre por los empleadores o por el Estado. El sistema se financia generalmente con las cotizaciones de los asegurados, los empleadores y los subsidios del Estado. En algunos casos se completa con un sistema de asistencia social que protege a los no asegurados que no pueden procurarse atención médica con sus propios recursos (Brasil, Francia, Portugal)

3) Mediante un seguro voluntario de enfermedad.

Abarca a los habitantes voluntariamente asegurados, sus cónyuges, hijos a su cargo y personas que viven a sus expensas.

El sistema se financia con las cotizaciones de los asegurados y los subsidios del Estado. Tal es el caso de Bélgica, Noruega, Dinamarca y Haití. En algunos casos se completa con la atención médica de los no asegurados, organizada bajo un sistema de asistencia social (Haití) o de seguro social obligatorio (Noruega, Bélgica).

4) Mediante un servicio de asistencia social.

Protege a todos los residentes o sólo a aquéllos de escasos recursos. Se financia con los fondos generales del Estado. Tal es el caso, entre otros países, de Cuba y Uruguay.

F) El problema de la atención médica en la República Argentina.

Los caracteres de la atención médica en la Rep. Argentina y las soluciones propuestas para mejorar los servicios serán analizadas con mayor extensión en el capítulo VI del presente trabajo. No obstante, conviene adelantar desde ya que nuestro país tiene un déficit considerable de establecimientos sanitarios, de profesionales y de personal auxiliar capacitado. Por otra parte, los servicios existentes se concentran en los grandes núcleos urbanos y dejan en el desamparo a vastas regiones del interior del país, donde la población es poco densa y por lo general cuenta con menos recursos económicos.

Se ha calculado que la aplicación racional de un vasto plan de medicina social produciría en nuestro país los siguientes beneficios:

- 1) Reducción de un 25 % de las muertes por enfermedades evitables.
- 2) Reducción de un 50 % de los pagos por invalidez de las cajas de previsión, mediante la intensificación de la medicina preventiva.
- 3) Reducción de un 50 % del ausentismo obrero.
- 4) Aumento de la producción general.

5) Reducción de los gastos de atención de médicos, odontólogos, oculistas, enfermeros, sanatorios, medicamentos, etc. por la disminución del índice general de morbilidad.

6) Reducción de las pérdidas humanas y materiales por la curación apropiada y capacitación de los enfermos! (1)

Estos conceptos y cálculos aproximados tienen la virtud de exponer la importancia que reviste el establecimiento de un sistema adecuado de socialización de la medicina en relación con el bienestar y riqueza de la República Argentina y por lo tanto revelan la trascendencia que el tema que tratamos adquiere en relación con nuestro país.

CAPITULO

II :

ANTECEDENTES

1°) Nociones generales.

Al igual que las demás ramas de la seguridad social, la atención médica tiene como punto de partida u origen a la familia. En ella los padres cuidan de la salud de sus hijos y éstos a su vez facilitan atención médica a sus padres cuando ellos no pueden procurársela por sí mismos y especialmente cuando llegan a una edad avanzada.

Los caracteres de la responsabilidad paternal subsisten a través de las relaciones del patrón para con sus clientes, del señor para con sus vasallos, del amo para con sus sirvientes y más modernamente del empleador para con sus asalariados.

Pasando de la responsabilidad individual a la responsabilidad social, se recurre en primer término a la tribu o a

los vecinos, particularmente en caso de calamidades o epidemias. Las prestaciones estaban respaldadas por sanciones religiosas que se aplicaban por intermedio de los sacerdotes.

A raíz del reemplazo de la administración comunal eclesiástica por la secular, es la ley la que se encarga de imponer las prestaciones para pobres. Esas leyes medievales se proponían en realidad lograr la disciplina y la paz social, pero incluían, al menos como ideal, la atención médica entre las prestaciones que debía proporcionarse a los carentes de recursos. Entre este tipo de leyes cabe citar la Ley de Pobres (1601) que se aplicó hace más de tres siglos y medio en Inglaterra y Gales y luego se extendió con ciertas modificaciones a Escocia. Dicha ley, que establecía la pérdida de derechos políticos de los beneficiarios, se propuso unificar los distintos sistemas locales de ayuda a los menesterosos. A pesar de que sufrió modificaciones y adaptaciones, se mantuvo sin alteraciones fundamentales hasta los primeros años del siglo actual.

Las Leyes de Indias que España sancionó para ser aplicadas en sus colonias de América constituyeron un documento de concepciones muy avanzadas. En ellas se obligaba al patrono a pres-

tar la asistencia médica necesaria a sus empleados, domésticos y a los aborígenes que trabajaban en las minas. Además, España encargó a las órdenes religiosas la construcción y administración de los primeros hospitales. Si bien estas disposiciones fueron consideradas como letra muerta en gran parte de las colonias americanas, en otras zonas, como en Chile, han constituido "la base de las instituciones sanitarias del país" (1)

Una nueva manifestación de este proceso evolutivo son las sociedades mutuales formadas por obreros que ejercían una misma profesión. Estas organizaciones que, como lo veremos más adelante, constituyeron los primeros antecedentes de las sociedades de seguro, otorgaban entre otras prestaciones cuidados de carácter médico, mediante modestas contribuciones calculadas en una forma aproximada.

El desarrollo de la técnica actuarial y en especial del cálculo de probabilidades permitió el surgimiento de los seguros a partir del siglo XVII. El seguro basado en la justicia matemática y en la solvencia a largo plazo se convirtió paulatinamente de privado en social y dió lugar al nacimiento del seguro social obligatorio.

Ya en 1893 el partido socialista suizo preconizaba la fórmula: "todos los médicos funcionarios". (2) Cada médico cobraría un sueldo de 4.000 a 8.000 francos. Los fondos provendrían de un impuesto sobre el tabaco.

Alrededor de la misma época el cantón de Zurich trató un proyecto que establecía la creación de un impuesto para el sostenimiento de servicios médicos y farmacéuticos gratuitos.

Antes de su incorporación al imperio alemán, el ducado de Nassau poseía una organización colectivista de la medicina.

(1) A. FLORES ZORRILLA Y MANUEL DE VIADO. "Asistencia médica en Chile". Folleto que reproduce un trabajo publicado en la Revista Internacional del Trabajo Vol. XXII, núm. 3, marzo de 1945, Montreal, 1945; p. 4

(2) DR. ENSCH; "La socialización de la medicina"; Sociedad Luz; Serie II T. 2°; N° 34; Suarez 1301; Buenos Aires; p. 5 y 6.

A fines del siglo pasado un grupo de médicos holandeses solicitaron la implantación de un impuesto a la salud pública y la transformación de la medicina en una función pública.

En 1883-89 Bismark estableció en Alemania un seguro social obligatorio contra la enfermedad paralelo a un sistema de asistencia para los que demostrasen incapacidad económica.

En Gran Bretaña en 1906 el partido liberal bajo la dirección de Asquith y Lloyd George creó un servicio médico gratuito en las escuelas. La Ley de Seguro Nacional de 1911 estableció algunos principios novedosos para G. Bretaña pero que ya habían sido aplicados por Bismark. Entre otras disposiciones estableció la asistencia médica gratuita de todos los asegurados (obreros manuales entre 16 y 70 años y trabajadores no manuales que percibían remuneraciones bajas). La mayor innovación la constituyó el hecho de que tomaba como base de financiación una contribución igual a una suma mensual extraída del salario, complementada con una contribución obligatoria del empleador y otra del Estado. Esta ley fué objeto de modificaciones y ampliaciones. Así, en 1919 y 1942 se elevó el límite superior de ingresos para los trabajadores. Ya en 1939 había 18 millones de asalariados asegurados de acuerdo al Plan Nacional de Sanidad. (1) En 1948 se dictan en Gran Bretaña las cinco leyes que constituyen su Carta de Seguridad Social, de las cuales una de ellas crea un Servicio Nacional de Sanidad que asegura atención sanitaria y tratamiento médico para toda la población.

En Chile diversas leyes establecen en 1924 un seguro obligatorio que incluye el seguro de enfermedad para todos los obreros y fuertes sectores de empleados públicos y privados y en 1938 se dicta la Ley de Medicina Preventiva que obliga a las cajas de seguro social a efectuar exámenes periódicos obligatorios a sus afiliados.

(1) "La Seguridad Social en Gran Bretaña". Departamento de Información de la Embajada Británica. Buenos Aires; 1948; p.5

La Organización Internacional del Trabajo ha promovido en diversas oportunidades el desarrollo de los servicios de atención médico-social. He aquí algunas de las manifestaciones de esta acción de apoyo y colaboración:

A) Convenio relativo a la reparación de los accidentes del trabajo (1925) y convenios de seguro de enfermedad en la industria y seguro de enfermedad en la agricultura (1927) en donde incluyó exigencias relativas a la atención médica.

B) Conclusiones de las reuniones de expertos relativas al seguro de enfermedad y a la salud pública en períodos de depresión económica, a la administración económica de las prestaciones médicas y farmacéuticas del seguro de enfermedad y a los principios básicos para la acción preventiva y curativa del seguro de invalidez, vejez, viudez y orfandad, que fueron comunicadas por el Consejo de Administración a los miembros de la Organización.

C) Código Interamericano de Seguro Social, que fué adoptado en la primera y segunda Conferencia del Trabajo de los Estados de América miembros de la Organización.

D) Participación de la O.I.T. en la organización de sistemas de seguro social en diversos países, como organismo de consulta.

E) La Recomendación N° 69 relativa a asistencia médica adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 26a. reunión de mayo de 1944 en donde dicha institución internacional se muestra partidaria del mejoramiento y unificación de los servicios médicos y reconoce el derecho de todo beneficiario del servicio médico de procurarse cuidados profesionales particularmente a sus propias expensas.

F) La labor de las Conferencias Interamericanas de Seguridad Social que se vinculan con la O.I.T.; la primera conferencia se celebró en Chile del 10 al 16 de Septiembre de 1942 por iniciativa del gobierno de Chile y la segunda en México del 23 al 28 de julio de 1945; esta última designó una comisión sobre problemas mé

16.-
dicos que debía estudiar en primer término la organización nacional
de un servicio médico público.

.....
2°) Evolución de los sistemas de atención médico-social.

La atención médico-social ha adoptado a través del tiempo dos formas principales: la asistencia social u obligación unilateral de la comunidad hacia sus miembros de escasos recursos particulares y el seguro social basado en la contribución de los beneficiarios ligados entre sí por principios de ayuda mutua obligatoria. A estos dos regímenes deben añadirse modernamente los sistemas de servicio médico público que abarcan a toda o casi toda la población.

A) Asistencia social.

En el siglo X Carlomagno declaró la responsabilidad de la parroquia en el sostenimiento de sus pobres, incluyendo el cuidado de los enfermos que no tenían ayuda familiar.

Estos principios se mantuvieron en Europa Occidental y en el siglo XVI comenzaron a aplicarse de acuerdo con las directivas propuestas por Vives, quien se opuso al otorgamiento de la limosna sin discreción y aconsejó, entre otras medidas, el establecimiento de hospitales independientes para enfermos e insanos. Dentro de la misma línea surgió más tarde la ley inglesa para pobres de 1601 que estableció una tasa obligatoria de pobres para financiar la asistencia parroquial y dos siglos más tarde, en Dinamarca y Suecia, sendas leyes nacionales sistematizaron la responsabilidad de las comunas.

La prestación de atención médica por la parroquia o comuna parece constituir el sistema más apropiado para una época caracterizada por los disturbios políticos y las dificultades de comunicación. Pero dicho sistema adolece de serias fallas: cuenta sólo con sus recursos locales, resulta por lo general insuficiente para proporcionar los distintos tipos de cuidados médicos y sobre todo, crea una desigualdad entre comunas ricas y pobres.

De ahí que se haya procurado ampliar el sistema agrupando las comunas, dando participación a las regiones o provincias y, por fin, centralizando los servicios en el gobierno nacional. Al mismo tiempo numerosos gobiernos centrales crearon sistemas especiales, colaboraron con los gobiernos provinciales y proporcionaron subsidios a los servicios médicos locales. Esta intervención estatal que fué poco común en el siglo XIX se intensificó en el siglo XX dando origen a los sistemas de asistencia médico-social tal cual los conocemos hoy en día.

Mientras que en los sistemas de ayuda de pobres la concesión de los beneficios era acompañada generalmente por medidas represivas y en especial, por la pérdida de los derechos políticos, en el siglo XX la asistencia social se ha transformado en un verdadero derecho legal que corresponde no sólo a los indigentes sino también a cualquier persona que no puede atender sus necesidades de acuerdo con un nivel reconocido de eficiencia.

En algunos países la caridad privada continuó facilitando importantes servicios de atención médica a la población; en otros, la asistencia social absorbió todas las manifestaciones de la caridad privada en este campo; finalmente, en otros países, la implantación del seguro social se adelantó a la asistencia social o detuvo su desarrollo.

Las primeras manifestaciones de los sistemas nacionales de asistencia social tuvieron lugar precisamente en el campo de la atención médica y especialmente hospitalaria. Los gobiernos cooperaron en el establecimiento de los hospitales generales y psiquiátricos e instituciones dedicadas al cuidado de los que presentaban alteraciones físicas y mentales; en otros casos se otorgaron subsidios públicos a las instituciones de caridad privada.

Después de la primera guerra mundial los Estados intensificaron, por medio de sistemas asistenciales, la prevención y tratamiento de la tuberculosis, las enfermedades venéreas y la pres

tación de cuidados materno-infantiles (cuidados preventivos para la mujer encinta, asistencia obstétrica, atención del recién nacido y del niño hasta la edad escolar).

B) Seguro social.

La prestación de servicios médicos por los organismos del seguro social se ha desenvuelto en forma paulatina. Interesado en un principio sólo en las prestaciones pecuniarias mediante las cuales buscaba reparar las pérdidas de ganancias causadas por accidente, enfermedad, invalidez, vejez o cesantía, el seguro buscó más tarde el restablecimiento de la capacidad de ganar y la prevención de los riesgos. Llegó así a considerar la posibilidad de prestar servicios médicos a los afiliados para proteger la salud de los asegurados, su esposa e hijos y restablecer a los accidentados, los enfermos y los inválidos.

Los primeros regímenes de seguro de enfermedad, que surgieron en Europa Central y Occidental, tomaron como punto de partida los seguros de enfermedad voluntarios. Estos eran instituciones autónomas de beneficio mutuo, generalmente de alcance modesto y surgidas en virtud de la iniciativa popular. Agrupaban a menudo a los trabajadores de una misma profesión o empresa, representando en cierta forma una sobrevivencia de tradiciones corporativas medievales. Otras veces reunían a los asalariados de una misma región.

Las instituciones del seguro social obligatorio aprovecharon la experiencia adquirida por el seguro voluntario. Aquellas advirtieron los inconvenientes de la organización del seguro sobre la base profesional y por ello establecieron desde un comienzo fondos públicos con base local para cubrir a los que no querían o no podían formar parte de las sociedades de seguro existentes. Al mismo tiempo se fueron reconociendo los inconvenientes que ocasionaba la multiplicidad de pequeñas sociedades que competían en una misma región, lo que llevó a la paulatina concentración de los servicios médicos por fusión de las sociedades de seguro existen-

tes.

Las primeras sociedades de seguros voluntarios tuvieron, por otra parte, el mérito de haber introducido en el seguro social obligatorio en general y en el seguro obligatorio de enfermedad en especial, la tradición de la administración autónoma y la participación de los interesados en la administración de los servicios.

El seguro social obligatorio se introdujo durante el siglo pasado. Constituyeron importantes factores de su desarrollo las bases sentadas por el Barón Stumm y Lloyd George y sobre todo la legislación de 1883-89 de Alemania, asociada al nombre de Bismark, cuyos principios fueron adoptados universalmente. Se consideró desde un principio que el seguro de enfermedad obligatorio cubría un riesgo de corta duración cuyo financiamiento correspondía por igual a empleadores y asalariados.

Algunos países europeos, en lugar de pasar del seguro voluntario al seguro obligatorio, han adoptado un sistema de seguro voluntario subvencionado por el Estado. Teniendo en cuenta que la desventaja principal del seguro voluntario es que él resulta inaccesible a las clases sociales que más lo necesitan, es decir a las personas de salarios más bajos y empleos más inestables, esos países han establecido un subsidio del Estado para contribuir a rebajar el costo del seguro. En los casos en que el apoyo estatal resulta considerable (no inferior a una cuarta parte del costo total del seguro) y la población posee un nivel de vida y de educación elevados, el seguro voluntario subvencionado ha resultado eficaz y ha llegado a abarcar a casi toda la población con entradas bajas o medias, campesinos y trabajadores. Tal es el caso de Dinamarca y Suiza. Sin embargo, en este último país, numerosos cantones han pasado del sistema de seguro de enfermedad voluntario subvencionado al sistema obligatorio.

Otros países han adoptado directamente un sistema

de seguro obligatorio debido a que las condiciones sociales y estas tales no aconsejaban la adopción de un sistema voluntario subvencionado.

c) Sistemas de servicio médico público.

En los últimos años se originaron, en particular en las repúblicas americanas y en el "Commonwealth" de las naciones británicas, nuevas legislaciones y planes de seguridad social integral que incluyen, entre otros: beneficios, la atención médico-social de toda o casi toda la población.

Estos regímenes serán estudiados en particular en el capítulo siguiente que se ocupa de la legislación comparada.

Universalmente se reconoce la importancia de la extensión de los servicios médicos y el hecho de que la implantación de un servicio nacional de sanidad, completo en cuanto a su contenido y a su campo de aplicación, no es un asunto de probabilidades sino sólo un problema de tiempo.

C A P I T U L O III :

L E G I S L A C I O N

E N O T R O S P A I S E S

CAPITULO III: LEGISLACION EN OTROS PAISES.1°) Nociones generales.

La atención médico-social es uno de los beneficios que han sido previstos con mayor constancia por los sistemas de seguridad social.

La Organización Internacional del Trabajo realizó en 1950 un estudio sobre la seguridad social en 45 países; de los datos obtenidos ha podido deducirse que, prescindiendo del número de personas protegidas, las contingencias que reciben una protección más completa son precisamente los estados que requieren atención médica a los que se agregan la vejez, la maternidad y la incapacidad para el trabajo producida por un estado morbosó. En efecto, sobre los 45 países analizados:

44 proporcionan asistencia médica en casos de daños originados en empleo.

43 proporcionan asistencia médica en casos de otras enfermedades.

42 proporcionan asistencia médica en casos de maternidad.

39 proporcionan asistencia médica en casos de invalidez. (1)

.....

Antes de entrar al estudio de las diferentes legislaciones en relación con las personas comprendidas, los servicios otorgados, la organización y el financiamiento de sus diferentes sistemas de atención médico-social, expondremos un panorama general de la legislación contemporánea en esta materia:

a) Reino Unido, Nueva Zelanda y Australia tienen un sistema de servicio médico-público que cubre a toda la población.

b) Suecia, Islandia y tres provincias del Canadá poseen un sistema de seguro social obligatorio de enfermedad que cubre a toda la población.

c) Chile posee un servicio público hospitalario abierto a toda la

(1) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. "La Seguridad Social: estudio internacional"; Ginebra; 1950. "Imprimeries Populaires", Ginebra (Suiza); pág. 6

población; además cuenta con diferentes sistemas de seguros obligatorios para obreros, empleados, militares, etc. que, entre otros servicios, efectúan exámenes preventivos periódicos de los afiliados.

d) En Bélgica y Noruega existe un sistema de seguro obligatorio de enfermedad para asalariados, desempleados y personas a su cargo y un sistema de seguro voluntario para toda la población.

e) En Dinamarca existen cajas de seguro de enfermedad facultativo para los residentes de pocos recursos, subvencionadas por el Estado.

f) En Suiza casi el 46 % de la población tiene derecho a atención médica. Existe un sistema de seguro facultativo subvencionado que está abierto a todos los residentes. Algunas municipalidades han organizado un seguro obligatorio de enfermedad que cubre a todos los residentes; en otras municipalidades el seguro obligatorio abarca sólo a los residentes de pocos recursos. Además, existe en todo el país un sistema de asistencia médico-social que cubre a todos los ciudadanos residentes de escasos recursos.

g) En Canadá tres provincias poseen un sistema de seguro obligatorio de hospitalización que abarca a toda la población; dos provincias cuentan con servicios hospitalarios municipales y una zona provincial con un régimen de asistencia médica gratuita. Otras provincias atienden gratuitamente sólo a las personas tuberculosas o que sufren enfermedades mentales y numerosas municipalidades sostienen un servicio de médicos remunerados para atender a todos los habitantes.

h) Argentina, Cuba y Uruguay poseen un sistema de atención asistencial médico-social para toda la población de escasos recursos, sostenido exclusivamente con fondos públicos.

i) Bolivia, Brasil, Colombia, Panamá, Ecuador, Francia, México y Portugal poseen además de un sistema de asistencia médico-social para toda la población, un régimen de seguro social obligatorio que abarca a los asalariados. En Colombia y Panamá el seguro protege también a los trabajadores independientes de pocos recursos; en Francia abar-

ca también a los beneficiarios de pensiones, desempleados, estudiantes y personas a su cargo.

j) Guatemala y El Salvador poseen además de un sistema de asistencia social, un régimen de seguro social obligatorio de enfermedad que cubre a las personas que ejercen una actividad remunerada.

k) El seguro social obligatorio de enfermedad protege en Irlanda a los asalariados manuales y no manuales de pocos recursos; en Italia a los asalariados, inquilinos y colonos, desempleados urbanos y personas a cargo de asalariados; en Luxemburgo a los asalariados manuales y no manuales de pequeñas ganancias, beneficiarios de pensiones, desempleados y personas a su cargo; en los Países Bajos a los asalariados de pequeñas ganancias, desempleados y personas a su cargo, etc.

l) En los Estados Unidos existe un sistema de servicio público que sólo cubre a un tipo de trabajadores (gente de mar).

m) En Finlandia la atención médica se presta en las poblaciones importantes a precios reducidos, mediante un personal médico remunerado.

n) Egipto posee una red de hospitales públicos a disposición de todas las personas necesitadas.

o) La India cuenta con un sistema de seguro social obligatorio de enfermedad que protege a los asalariados de pequeñas ganancias que trabajan en las fábricas.

p) Algunos países menos desarrollados, como Ceilán y Malasia, están empeñados en la organización de servicios de atención médica para toda la población o, por lo menos, para las personas necesitadas, mediante un servicio público o un sistema de asistencia social. Dichos servicios son costeados en parte por los mismos beneficiarios cuando sus ingresos se lo permiten (Ceilán) o por los empleadores (Malasia).

CAPITULO III: LEGISLACION EN OTROS PAISES.

2°) Estudio especial de algunas legislaciones y planes extranjeros.

A) Australia.

1) Planes de atención médico-social.

Los planes de seguridad social en Australia, al igual que en G. Bretaña y Canadá, consideran separadamente las disposiciones destinadas a mantener una renta mínima para la población de aquellas otras que se ocupan específicamente de los servicios sanitarios y médicos.

a) Antecedentes.

Los servicios de salubridad existentes presentaban serias fallas, tales como el congestionamiento de los hospitales gubernamentales, públicos, privados y policlínicas, la insuficiencia de los servicios médicos y la desigual distribución de los facultativos. Uno de los obstáculos para la creación de un servicio completo de salubridad era la restricción de los poderes del Gobierno Federal y la coexistencia de diferentes legislaciones estatales. Predominaba la asistencia médica privada. Sólo en algunas regiones, como Tasmania, Australia Occidental, Septentrional y Queensland existía un sistema de funcionarios médicos de dedicación exclusiva. (full-time).

En 1938 el Parlamento australiano estableció un Seguro Nacional de Enfermedad y Pensiones, de características semejantes a la del seguro británico, que no fué puesto en vigencia. Dicho seguro fué objeto de severas críticas; entre las deficiencias señaladas pueden citarse la ausencia de prestaciones médicas para las familias y de servicios de bienestar materno-infantil; la limitación del sistema a un grupo de ciertas rentas y la exclusión de los no empleados; la administración de las prestaciones médicas y monetarias en manos de una sola entidad y las desventajas del sistema de pago de honorarios por cada paciente que el médico tiene en su lista.

En 1941, se nombró un Comité Parlamentario Mixto de Seguridad Social, para investigar las condiciones sociales y de vida y proponer entre otras medidas de mejoramiento, un sistema completo de salubridad. Dicho Comité propuso una ley de seguridad social que estableció un servicio nacional de salubridad para todos los ciudadanos y realizó una encuesta cuyos resultados fueron dados a conocer en el Sexto Informe Provisional sobre un Sistema Completo de Salubridad. Para realizar su labor el Comité contó con la ayuda poderosa de dos fuentes principales:

I) Las recomendaciones del Consejo de Investigación Médica y Salubridad Nacional (que se encarga de la coordinación de los servicios generales de salubridad) que aconsejaban el establecimiento de un servicio médico asalariado full-time, localizado en los hospitales y centros de salubridad.

II) Un plan de servicio médico general (septiembre de 1941) redactado por el Consejo Federal de la Asociación Médica Británica en Australia, que se basaba en el seguro de enfermedad.

b) Plan del Consejo Nacional de Salubridad e Investigación Médica.

I) Principios generales. Establece un servicio médico funcionalizado. Se basa en un sistema de centros de salud; éstos se agregarían a los hospitales en las ciudades de mayor población.

Aconseja dividir la región poblada del país en distritos sanitarios que constituirían también distritos hospitalarios. En las zonas de mayor población se instalarían, además de los hospitales centrales, una cadena de centros suburbanos de consulta (para primeras consultas y primeros auxilios) y una serie de hospitales para casos no graves; éstos servirían para descongestionar los hospitales centrales que se reservarían para los casos graves y de especialización. Los hospitales de distritos rurales deberían contar con facilidades para el diagnóstico y las consultas clínicas. En las zonas poco pobladas debería establecerse un servicio fun-

cionalizado permanente, integrado por médicos jóvenes en servicios de corto plazo, con facilidades de transporte adecuadas.

Las características fundamentales del sistema son: la "práctica de grupo" con facilidades de servicios de especialización a disposición de los médicos generales, la agrupación de los hospitales públicos existentes en relación a los hospitales de base y la creación de centros de consulta para atender a los enfermos que no necesitan tratamiento hospitalario y pueden ser movili- zados, reservando la atención a domicilio exclusivamente para los que no pueden trasladarse.

II) Centros de consulta. Las ciudades se clasifican se- gún tengan o no hospitales y las primeras según el término medio de pacientes hospitalizados.

Se proponen cuatro clases de centros de consulta:

1°) Clase A. Se encuentran en lugares que cuentan con la atención de un médico pero no tienen hospital. Están integra- dos por un funcionario médico sin derecho al ejercicio privado de la profesión; éste estaría obligado a realizar un número consi- derable de visitas diarias a domicilio. La extensión y dispersión de las zonas atendidas hace aconsejable la utilización de avio- nes. Una enfermera debería ayudar en sus tareas al médico.

2°) Clase B. Se encuentran en las ciudades que tie- nen hospital con un término medio diario de menos de 40 hospita- lizados. Estaría ubicado en el mismo hospital. En el caso de que el hospital esté situado a alguna distancia de la ciudad, el cen- tro de consulta debería situarse dentro de la ciudad misma, a la menor distancia posible de los demás servicios de salud existen- tes. Generalmente se requerirán los servicios de un médico y dos enfermeras más.

3°) Clase C. Se hallan ubicados en ciudades que cuen- tan con hospitales de un término medio diario de 40 a 50 enfermos

(corresponde a una población aproximada de 5.000 habitantes). Deben situarse en el mismo hospital o en otros sitios vecinos a él; se requiere que tengan un rápido acceso a los servicios de especialización del distrito. Requieren la tención de un médico de grado superior, tres de grado inferior y tres enfermeras.

4°) Clase D. Son los centros de distrito con servicios de especialización, que constituirían la base de los servicios de administración y consulta para todo el distrito. En las ciudades grandes deberían existir además del centro de clase D, uno o más de clase C para la atención médica corriente de los residentes de la ciudad. Deberían contar con igual personal que los centros C para los casos de medicina general y además especialistas y consultores para las especialidades más importantes.

En las ciudades capitales sería conveniente que cada centro contara con cuatro médicos generales de rango superior y doce de rango inferior; cada grupo de especialistas debería estar a disposición de cuatro de los centros urbanos.

III) Personal.

1°) Funcionarios de sanidad de distrito. Debería nombrarse un funcionario médico para cada distrito sanitario, con excepción de las capitales. Sería representante del Departamento Central de Salubridad del Estado correspondiente y ejercería tareas de vigilancia, cooperación, inspección, control, coordinación, etc.

2°) Médicos. De acuerdo con la Ley de Servicio Público los médicos recibirían sueldos fijos anuales y tendrían derecho a vacaciones anuales de 21 días, a permisos por enfermedad y para perfeccionamiento y a jubilación con retiro voluntario a los 65 años.

Antes de llegar a los grados superiores de acuerdo a principios reconocidos de ascenso, los médicos deberían prestar los siguientes servicios: 1°) un año como interno en un hospital; 2°) un año como residente en un hospital o como agregado a un cen-

tro de consulta en la ciudad, dedicando especial atención a la obstetricia; 3°) recién entonces sería nombrado médico general ayudante con destino en alguno de los centros de clase A o B ; 4°) al producirse una vacante ascendería al cargo de médico general principal.

En los hospitales se nombrarían personas capacitadas para la enseñanza especial en las ramas de salubridad pública, patología, radiología, etc. Se darían a los funcionarios facilidades para obtener grados y diplomas y becas para perfeccionarse en el exterior.

El personal de especialistas se compondría de jefes especialistas responsables, especialistas de consulta y ayudantes que profundizan la especialidad respectiva.

Se prevén asignaciones adicionales para los llamados nocturnos. En los centros A, B y C se proporciona a los médicos casa y mobiliario bajo arriendo. Los centros A y B deberían contar con personal de reemplazo durante las vacaciones del personal.

Se concede especial importancia a los cursos de post-graduados. Cada 5 años, todos los médicos tendrían tres meses de permiso para dedicarlos al estudio. Además, los médicos de los centros de clase A y B contarían con un permiso anual de 4 semanas debiendo dedicar una de esas semanas al trabajo en alguno de los hospitales grandes.

La práctica privada no se abandonaría. El Consejo cree que es probable que los médicos comiencen la práctica privada al llegar a la categoría de médicos jefes o ayudantes de especialidad.

IV) Administración.

Existiría personal central administrativo tanto en el Estado Federal como en los Estados particulares. El Consejo recomienda el control o transferencia de los departamentos de salud pública de los Estados al Gobierno Federal, en materia de medicina preventiva, curativa y hospitales.

En cada Estado debería existir como autoridad ejecutiva un director de profesión médica, de preferencia especializado en la administración sanitaria. Otros cinco médicos formarían el consejo ejecutivo; además se buscaría la colaboración de otros funcionarios con grado de ayudantes de especialidad, visitadoras sociales, matronas y personal de oficina.

El personal administrativo federal central estaría integrado por una junta de tres directores para asuntos de política general, funcionarios de sanidad, personal de oficina y suplentes para los centros de consulta.

V) Financiación.

Aunque el Consejo no establece concretamente la forma de hacer frente a los servicios médicos y hospitalarios unificados, aconseja el establecimiento de un impuesto distribuido uniformemente sobre toda la población.

c) Plan de la Asociación médica británica de Australia.

I) Principios generales.

El Consejo Federal de la Asociación Médica Británica de Australia apoya algunos de los principios sostenidos por el plan recién analizado, tales como el de que el cuidado de la salud del individuo es un deber social y no una responsabilidad individual; también afirma como aquél la necesidad de ampliar los servicios de salud pública, reforzando su aspecto preventivo. En cambio, se opone al sistema de financiación por imposición directa, no aconseja el control completo de los departamentos de salubridad de los estados por el Gobierno Federal, si bien interpreta que deberían coordinarse los servicios médicos sobre una base nacional.

Observa la necesidad de la existencia de un servicio de salubridad bien planificado; hace notar que "la medicina considera ahora los problemas de la salud y de la enfermedad desde el punto de vista de la biología aplicada, es decir que analiza no sólo las causas y el tratamiento de las enfermedades individuales, sino tam-

bién el mejoramiento y conservación positiva de la salud general.⁽¹⁾

Basa la organización del servicio médico sobre el "médico de familia" como forma de atención médica normal. Cada individuo, cualquiera sea su posición social o su necesidad de cuidado, puede elegir libremente su "médico general" o "de familia" para que subsista el factor psicológico de la confianza, que es de capital importancia en las relaciones entre médico y enfermo.

Por intermedio del médico de familia, es decir por su recomendación y bajo su responsabilidad, se prestarían los demás servicios: a) servicios auxiliares de enfermeras, matronas, ópticos, radiólogos, laboratoristas, farmacéuticos, masajistas, etc; b) servicios de hospitalización; c) servicios de médicos consultores y especialistas, que complementan la labor del médico de familia pero no lo sustituyen. Se requiere asimismo un servicio odontológico completo.

Los distintos servicios médicos deberían estar coordinados. Debería existir una política nacional planificada de sanidad; lo más conveniente sería la creación de un organismo consultivo que efectuara las consultas entre autoridades estatales y profesionales.

La Asociación médica británica de Australia propone el establecimiento de un seguro de enfermedad obligatorio, pero independiente de la administración de las prestaciones en dinero. Abarcaría a todas las personas con entradas inferiores a 416 £ por año, es decir que comprendería solamente a las personas de recursos limitados.

III Servicios otorgados.

1°) Servicios médicos. El médico general o "de familia" puede atender hasta un 80 % de los enfermos y recomienda la atención de los consultores y especialistas; debería procurarse que es

(1) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; "La planificación de los servicios médicos en Australia". Folleto que reproduce un trabajo publicado en la Revista Internacional del Trabajo; Vol. XXVII, núm 6, junio de 1943; Montreal; 1943; p. 12.

tos últimos realizaran el examen del enfermo en una sola consulta. Los consultores y especialistas que deseen prestar sus servicios bajo el sistema del plan y que cumplan con las condiciones de elegibilidad prescriptas, serían inscriptos en las listas correspondientes.

2°) Servicios de maternidad. Proporcionarían cuidado prenatal, examen post-natal, médicos de consulta, servicios de laboratorio, instrumental obstétrico, ambulancias y tratamiento hospitalario. Además, se prestaría ayuda doméstica durante el período de reposo. Debe procurarse no reemplazar al médico general por el tocólogo y dotar a aquél del equipo necesario para actuar en casos de emergencia.

3°) Servicios hospitalarios. Deberían organizarse sobre una base regional. En cada región, todos los hospitales deberían agruparse en torno a un hospital central o básico. Debe procurarse la continuidad del tratamiento. Tiene gran importancia la colaboración entre el médico general y el hospital, para lograr la mayor eficacia de los servicios. Los hospitales deberían contar con personal médico remunerado de "medio tiempo" para aprovechar la mayor experiencia que resulta de la práctica privada y hospitalaria.

4°) Policlínicas hospitalarias. Salvo casos de emergencia, los pacientes deberían traer recomendación de su propio médico para poder ingresar a ellas. Se ocuparían de la atención de los accidentes, de cierto tipo de diagnósticos, de la vigilancia y cuidado de hospitalizados dados de alta y de los tratamientos especializados.

5°) Servicios de salubridad. Deberían reconsiderarse los servicios existentes de salubridad, especialmente los que se vinculan a las madres, niños y escolares, con el objeto de evitar el exceso de trabajo al servicio médico general.

El servicio de maternidad haría innecesaria la inter-

vención de clínicas pre y post-natales, disminuyendo así la hospitalización de casos normales. En cambio aumentarían las consultas, la intervención de especialistas y la hospitalización de los casos difíciles.

Los centros de bienestar infantil y la inspección médica escolar colaborarían con el médico de familia. Esos servicios no tratarían a los que pueden ser normalmente atendidos por el médico general.

6°) Servicios de rehabilitación. Deberían crearse centros de rehabilitación para la restauración funcional por medio del ejercicio activo.

7°) Servicios existentes de salubridad pública. Seguirían actuando y podrían extenderse a otros casos, tales como los males causados por el humo y ruidos en las grandes ciudades. También atenderían los problemas de nutrición y educación física.

III) Administración.

La autoridad central encargada de la administración del seguro de enfermedad sería una junta compuesta por representantes de las distintas oficinas interesadas, que dependería del Ministerio de Salubridad y sería creada por una ley federal.

En el orden estatal, también existirían juntas de administración que ejercerían las funciones delegadas por la Junta Federal; serían nombradas por ella y tendrían una constitución similar.

La profesión médica debería tener representación en todos los comités y subcomités.

d) Soluciones propuestas por el Comité Mixto.

El Comité Mixto hizo notar que la política de salubridad pública debe ser paralela a la de seguridad económica. Ambas deben considerarse como un sólo problema pues influyen por igual en el aspecto preventivo de la salud. "Una nación debe garan-

tizar a cada uno de sus miembros una subsistencia asegurada antes de que pueda prometerle este mínimum de salubridad, sin el cual no puede ser ni un ciudadano útil ni un ser humano normalmente feliz" (1)

El Comité Mixto no cree conveniente crear un servicio total de salubridad durante la guerra, pero propone una serie de recomendaciones que expresan en síntesis lo siguiente:

I) Conviene subdividir el país en distritos de salubridad y definir claramente las responsabilidades de los gobiernos federal, estatales y locales.

II) Conviene crear un servicio médico general asalariado "full-time" y un servicio de hospitalización estandarizado para toda la población. La asistencia médica, hospitalaria y sanitaria se financiaría mediante un impuesto sobre las entradas, adaptado a la capacidad de pago de los individuos.

Examina los defectos del sistema de honorarios pagados por el paciente (rechazado también por el Consejo Federal de la A.M.B. en Australia) y del sistema de honorarios por servicio y recomienda la práctica de grupo.

El sistema propuesto no cuenta con el apoyo de los médicos. Se recomienda su aplicación por etapas durante un cierto período de años.

III) Como solución más inmediata el Comité propone el establecimiento de un servicio médico asalariado "part-time" para las ciudades y un servicio asalariado "full-time" para las zonas más alejadas. En el primer sistema, se conserva la práctica privada. Los médicos destinan cierto número de tardes para el servicio médico general que se ejerce en policlínicas y consultorios de las áreas suburbanas y pueblos pequeños. En el segundo sistema,

(1) COMITÉ INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL. O.I.T. "Boletín Provisional N°4; "La asistencia médica en el Commonwealth de las Naciones Británicas; Montreal, 1943; pág. 24-25.

el nombramiento de médicos se haría por tiempo limitado, otorgando facilidades para la hospitalización, el transporte y la consulta de especialistas.

IV) Conviene regionalizar los servicios hospitalarios y planificar su estandarización durante un período de 10 años.

V) El servicio de salubridad debe abarcar actividades protectoras, preventivas y educacionales tales como educación física, bienestar materno-infantil, servicio dental, servicio médico escolar, educación sanitaria, nutrición, etc. Debe prestarse especial atención al tratamiento precoz y asistencia económica de los tuberculosos, al control de enfermedades venéreas, etc.

VI) La administración debería centralizarse en una autoridad nacional, tal como una Comisión de Salubridad Federal, para control, planificación y coordinación.

e) Caja Nacional de Bienestar.

Fué creada en 1943 con el objeto de financiar los futuros servicios de salubridad y bienestar. A ella debe pagarse la suma anual de 30 millones de £ australianas o el 25 % del impuesto a la renta individual percibida cada año.

1) Australia.2) Sistema actual.

En Australia existe actualmente un servicio público de atención médico-social.

a) Personas protegidas. Comprende a todos los residentes.

b) Servicios otorgados. Proporciona tratamiento gratuito en las salas públicas de los hospitales. A los que se asisten en hospitales particulares reconocidos y en las salas privadas de los hospitales públicos les otorga una prestación de hospitalización de 8 chelines diarios. Proporciona prestaciones farmacéuticas. Además, facilita tratamiento gratuito a los pacientes que se asisten en instituciones psiquiátricas y asistencia especial a los tuberculosos.

c) Organización. La administración del sistema está a cargo del Director General de Salubridad, dependiente del Ministerio de Salud Pública. Es asistido por Comités de Consulta.

d) Financiación. El sistema es sostenido por todos los residentes y los empleadores: (1)

I) Residentes. Abonan un impuesto especial sobre los ingresos que exceden de cierta cantidad; este límite disminuye con el aumento de los ingresos y aumenta paralelamente al número de personas a cargo del contribuyente. La tarifa varía entre el 1,25 y 7,50 % de los ingresos imponibles. Los ingresos se basan en el promedio de varios años, en el caso de los productores de materias primas.

II) Empleadores. Contribuyen con el 2,5 % del exceso de las sumas pagadas sobre la cantidad-límite.

.....
Existen servicios especiales de preservación y me-

joramiento de la salud pública (trabajos de investigación, bienestar de la madre y el niño, prevención de enfermedades, instrucción, etc.)

(1) Con estas contribuciones se hace frente al mismo tiempo a los riesgos de invalidez, desempleo, vejez, gastos funerarios, así como a la maternidad y manutención de hijos.

B) Bélgica.

La atención médico-social se halla organizada bajo dos sistemas distintos: como seguro social voluntario y como seguro social obligatorio.

1) Seguro social voluntario.

a) Personas protegidas. Comprende a los residentes que se aseguran voluntariamente y a las personas a su cargo.

b) Servicios otorgados. Las sociedades de seguros mutuos reconocidas, fijan el carácter y alcance de la asistencia, así como las condiciones que dan derecho a la misma, de acuerdo a mínimos estipulados.

c) Organización. Depende de las sociedades de socorros mutuos reconocidas, pero de acuerdo a determinadas disposiciones legales. La administración de dichas sociedades está a cargo de los mismos asegurados. Una Comisión permanente del Estado, que cuenta con representantes de las distintas sociedades de seguros mutuos, estudia las cuestiones sobre organización de asociaciones mutuas, que le son presentadas por los ministerios.

d) Financiación. Contribuyen al sostenimiento del seguro social voluntario:

I) Los residentes, mediante una cotización cuyo monto depende de las tarifas fijadas por la sociedad de ayuda mutua a la que se encuentren afiliados.

II) El Estado mediante una subvención relacionada con las cotizaciones abonadas por los asegurados. En el caso de que se presten todos los servicios subvencionados por el Estado, la contribución de este último llega al 32 % de las cotizaciones pagadas.

2) Seguro social obligatorio.

a) Personas protegidas. Abarca a los asalariados, beneficiarios de pensiones, desempleados y personas a su cargo.

b) Servicios otorgados. El seguro contribuye a los

gastos mediante una participación del 25 al 33 1/3 % sobre la tarifa de gastos de cirugía general y asistencia dental.

c) Organización. Existen oficinas regionales del seguro de enfermedad y de invalidez. El asalariado está sometido al seguro obligatorio pero tiene libertad de afiliarse a una sociedad de seguros mutuos perteneciente a una federación autorizada.

Una Oficina Nacional del Seguro Social, dependiente del Ministerio del Trabajo y Bienestar Social, se encarga de la recaudación de las cotizaciones del seguro social. Cuenta con la garantía del Estado.

La Caja Nacional del Seguro de Enfermedad y de Invalidez está formada por representantes de los empleadores, asalariados, sindicatos nacionales de federaciones de sociedades mutuas de seguros y de los Ministerios del Trabajo y Bienestar Social, de Salud Pública y de Hacienda. Ella distribuye los fondos que le asigna la Oficina Nacional del Seguro Social entre las entidades de seguro y realiza funciones de administración y vigilancia.

Un Consejo Consultivo Profesional efectúa trabajos de investigación y coordinación. Los comisarios del Gobierno vigilan los organismos administrativos.

Para la atención de las reclamaciones existe una Junta de Conciliación y una Comisión de Reclamaciones. Una comisión especial formada por representantes de los empleadores y de los asalariados atiende los recursos de apelación. Los conflictos entre las entidades del seguro social voluntario y obligatorio son resueltos por el Gobierno, con apelación ante los tribunales civiles.

d) Financiación. Contribuyen al sostenimiento del seguro social obligatorio:

1) Las personas protegidas. Los asalariados manuales el 3,5 % y los no manuales el 2,75 % de los salarios que no exce-

dan de una cantidad determinada. Si las reservas del seguro son menores que un mínimo fijado, se obtienen cotizaciones suplementarias de los afiliados, de acuerdo a tarifas aprobadas.

II) Los empleadores. Contribuyen con el 2,5 % de los salarios de los asalariados manuales o el 2,25 % de los salarios de los asalariados no manuales, que no excedan de una cantidad determinada.

III) El Estado. Paga un subsidio igual al 16 % de las cotizaciones de asalariados y empleadores.

.....

En Bélgica existen servicios especiales de preservación de la salud pública. Consisten en reconocimientos médicos tendientes a evitar las enfermedades y servicios especiales dedicados a localizar, diagnosticar y tratar la tuberculosis, el cáncer y las enfermedades mentales.

Comprenden a todos los asalariados, desempleados, beneficiarios de pensiones y personas a su cargo.

c) Brasil.

En este país existe un doble sistema de atención médico-social.

1) Asistencia social.

a) Personas protegidas. Abarca a todos los residentes de escasos recursos.

b) Servicios otorgados. Facilita asistencia médica en los hospitales públicos.

c) Organización. El control de los servicios es llevado a cabo por el Departamento Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Educación y Salud.

d) Financiación. El Estado soporta todo el costo de los servicios.

.....

2) Seguro social obligatorio.

a) Personas protegidas. Comprende a los asalariados de la industria, el comercio, el transporte, los servicios públicos, etc.

b) Servicios otorgados. Proporciona atención médica general.

c) Organización. Los servicios son administrados por Institutos profesionales de seguro social que cuentan con representantes del Gobierno, los asalariados y los empleadores. El Ministerio de Trabajo, Industria y Comercio ejerce funciones de vigilancia. La apelación de las decisiones de los Institutos se ejerce ante el Consejo Fiscal Tripartito de los Institutos y en último término ante el Consejo Nacional del Trabajo.

d) Financiación. Contribuyen los asalariados, los empleadores y el Estado con una suma aproximadamente igual al 5 % de las ganancias de los asalariados asegurados. (1)

(1) Mediante esta contribución se cubre no sólo la atención médica sino también otros riesgos tales como invalidez, vejez, muerte del sostén de la familia, gastos funerarios, etc.

D) Canadá.1) Plan de seguro de enfermedad.

En el Canadá existe un movimiento de vastas proporciones en favor de la implantación de un seguro social y en especial de un sistema nacional de seguro de enfermedad. El plan Marsh, que ha tenido amplia difusión, sigue en líneas generales el sistema del Plan Beveridge. Aquel movimiento se ha concretado asimismo en la formulación de un plan en el que han colaborado por igual el público, el Poder Legislativo Federal y los médicos a través de la Asociación Médica Canadiense.

Este último plan, al que nos referiremos en particular, propone el establecimiento de una legislación provincial de seguro de enfermedad, conforme a las líneas generales establecidas por una ley federal. El sistema sería financiado por cotizaciones de los asegurados y subsidios de los Gobiernos central y provinciales. El Dominio no sólo subsidiaría el seguro de enfermedad, sino que sostendría también un sistema completo de servicios generales de salubridad.

La Asociación Médica Canadiense que colaboró en la preparación de dicho plan, aprobó formalmente el principio del seguro de enfermedad en su reunión anual de 1943. Propició la creación de un sistema que asegurase los servicios médicos curativos y preventivos más perfeccionados y que resultase provechoso tanto para los asegurados como para los profesionales.

a) Personas protegidas. El seguro de enfermedad abarcaría a toda la población y cubriría tanto a las personas empleadas como a las independientes, a las indigentes y a sus respectivas familias. Sin embargo, las legislaturas provinciales podrían establecer un límite máximo de entradas para el ingreso al seguro.

b) Servicios otorgados. El seguro de enfermedad proporcionaría gratuitamente los servicios del médico general, especialista, odontólogo y enfermeras. La forma en que se prestarían e-

esos servicios queda sujeta a la decisión de las Comisiones Provinciales de Seguro de Enfermedad, que actuarían de acuerdo con el criterio de los profesionales.

c) Organización. Las Comisiones a que acabamos de hacer referencia estarían presididas por un médico y contarían con representantes de las profesiones interesadas y de otros sectores de la población.

Tanto la administración del seguro de enfermedad como la de los servicios generales de salubridad, dependería en última instancia de las autoridades provinciales de salubridad pública; el Jefe Provincial de Salubridad formaría parte de la Comisión de Seguro de Enfermedad.

Estas disposiciones del plan concuerdan sólo en parte con los principios sostenidos por la Asociación Médica Canadiense quien propuso que la administración estuviera en manos de una comisión apolítica independiente y que el sistema de salubridad tuviera por unidad a la familia y por base al médico de familia.

d) Financiación. El asegurado contribuye con un porcentaje dado de sus entradas, normalmente un 3 %. Se calcula que la cotización anual de un adulto cubriría la atención médica de los niños. Como la atención infantil sería costada por todos los cotizantes adultos, el número de hijos de una familia no influiría sobre el monto de su contribución al seguro de enfermedad.

Las sumas no cubiertas por el 3 % de contribución normal las pagaría el empleador por los asalariados y las Provincias, con la ayuda del Gobierno Federal, por los asegurados que no trabajan.

Las cotizaciones de los adultos que dependen económicamente de un asegurado serían abonadas por éste o por las Provincias, si el asegurado no pudiera pagar la cotización completa.

D) Canadá.2) Sistema actual.

La prestación social de servicios médicos sólo se halla organizada en algunas provincias, mediante distintos sistemas:

a) Asistencia social. (en 2 provincias)

I) Personas protegidas. Comprende a los residentes de escasos recursos particulares.

II) Servicios otorgados.

1°) En ciertas zonas de dos provincias se prestan servicios municipales de hospitalización.

2°) En parte de una provincia se otorga asistencia médica gratuita.

III) Organización. La administración está a cargo de Departamentos Provinciales de Salud y Bienestar. En el caso particular del cuidado de ciegos y beneficiarios de pensiones de vejez, aquellos departamentos actúan por intermedio de una comisión o junta de carácter federal, administrada por el Departamento de Salud Pública y Bienestar.

IV) Financiación. Contribuyen al sostenimiento de los servicios:

1°) Los residentes, mediante impuestos locales sobre la propiedad, en las dos provincias que cuentan con servicios hospitalarios municipales.

2°) Los residentes y el Estado en la zona provincial que otorga asistencia médica gratuita; los primeros mediante impuestos personales y sobre la propiedad y el último mediante un subsidio provincial.

.....

b) Seguro social obligatorio. (3 provincias)

I) Personas protegidas. Abarca a todos los residentes.

II) Servicios otorgados. Dos provincias y ciertas

zonas de una tercera provincia otorgan servicios hospitalarios su-
peditados al pago de impuestos de hospitalización. La atención mé-
dica no incluye los servicios médicos que no son proporcionados
por el hospital.

En parte de una de estas provincias se incluyen los
servicios médicos a domicilio.

III) Organización. La administración del seguro está
a cargo de autoridades provinciales y locales de salud pública.

IV) Financiación. Contribuyen al sostenimiento de los
servicios:

1°) El Estado, mediante subsidios a las provincias.

2°) Los residentes, de acuerdo a distintos sistemas:

A) En dos provincias pagan impuestos los individuos
solteros y cabezas de familia, con sujeción a un máximo en el ca-
so de las familias.

B) En una tercer provincia se pagan impuestos "per
cápita"

C) En dos provincias y en forma paralela a los siste-
mas anteriores, se ha determinado el pago de subsidios por una a-
gencia responsable del sostenimiento de residentes de escasos re-
cursos.

.....

c) Otros sistemas. (1)

En algunas provincias se proporciona tratamiento gra-
tuito a las personas tuberculosas o que sufren enfermedades menta-
les.

Algunos municipios tienen médicos remunerados que
facilitan atención médica a todos los habitantes.

(1) Un sistema de seguro social obligatorio cubre a los asalaria-
dos industriales contra los daños originados en el empleo. En 5 pro-
vincias existe un sistema de asistencia social de la invalidez que
cubre a todos los residentes de escasos recursos. La maternidad se
halla protegida por un sistema de seguro social obligatorio en 2
provincias y en otra por un servicio público; ambos sistemas abar-
can a todas las mujeres residentes en esas provincias.

E.) Chile.

Este país, que ha sufrido durante mucho tiempo uno de los índices de morbilidad y mortalidad general e infantil más elevados del mundo ha logrado un considerable progreso merced a la aplicación de una política sanitaria sabia y enérgica.

En 1924 diversas leyes establecieron por primera vez en América Latina, el seguro social obligatorio para toda la población activa; éste incluye el seguro de enfermedad que proporciona asistencia médica a todos los obreros y a importantes sectores de empleados públicos y privados.

En 1931 se sanciona el Código Sanitario que sirve de base al Servicio Nacional de Salubridad, consagrado por la constitución nacional. En 1938 se dicta la Ley de Medicina Preventiva que obliga a los servicios médicos de las Cajas de Seguro Social a efectuar exámenes periódicos obligatorios, con el objeto de diagnosticar y tratar precozmente las enfermedades que ocupan los primeros lugares en el cuadro general de la morbilidad del país.

Los caracteres generales del sistema son los siguientes: 1) Existen diversas instituciones (de asistencia y seguro) que cubren a casi toda la población, salvo algunos escasos grupos pudientes que recurren a la práctica privada de la medicina; 2) La asistencia se presta por médicos funcionarios que trabajan en equipo, siguen una carrera técnico-administrativa y tienen posibilidades de investigación científica; 3) La acción se orienta preferentemente hacia las enfermedades que más influyen en la disminución de la capacidad bio-socio-económica de la Nación (cáncer, enfermedades venéreas y cardio-vasculares).

La asistencia médica preventiva y curativa está actualmente administrada y orientada por un sólo ministerio, el Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, que comprende las tres secciones siguientes:

1°) Sanidad pública, a cargo de la Dirección General de Sanidad, que se ocupa de la higiene pública.

2°) Asistencia social, a cargo de a) la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, que se ocupa de los hospitales públicos y b) la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, que proporciona cuidados médicos a las madres y niños que no están amparados por el seguro social.

3°) Seguro social, a cargo de las Cajas de Seguro Social, de las cuales las principales son la Caja de Seguro Obligatorio, la Caja de Empleados Particulares, la Caja de Empleados Públicos y Periodistas, las Cajas de las Fuerzas Armadas, etc.

Existe una tendencia a perfeccionar los servicios tomando como base el mecanismo médico-sanitario actual, procurando la unificación o por lo menos la más perfecta coordinación de las instituciones actuales. Asimismo se trata de conseguir que los médicos sirvan a "full-time", que se modifique la actual Caja de Seguro Obligatorio estableciendo una sola cotización de obreros, patronos y Estado para la protección médica curativa y preventiva y que sea más completa la extensión de los beneficios médicos a los familiares de los beneficiarios actuales del seguro.

1.- Sanidad Pública.

La Dirección General de Sanidad tiene su base jurídica en el Código Sanitario de 1931 y sus modificaciones posteriores; están a su cargo todas las cuestiones relacionadas con la salubridad pública del país; comprende los servicios de epidemiología, profilaxis e inmunización.

El país se divide al efecto en provincias sanitarias, dirigidas por un médico jefe sanitario o provincial; aquéllas se subdividen en distritos sanitarios dirigidos por un médico jefe sanitario de distrito.

Las municipalidades no ejercen funciones de control sanitario.

Existe una Escuela de Salubridad Pública que organiza cursos de entrenamiento práctico para formar enfermeras sanitarias.

La Dirección General de Sanidad es financiada por partidas especiales incluídas en el presupuesto nacional. Sus funcionarios técnicos tienen el carácter de empleados públicos; además de los beneficios comunes, están protegidos por leyes especiales que conceden indemnizaciones en caso de accidentes o muerte, en actos de servicio o en período de epidemias.

2.- Asistencia social.

a) Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia.

Refunde las diversas instituciones estatales con excepción del seguro de maternidad de las Cajas de Seguro Obligatorio y de los hospitales de niños dependientes de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social.

La Dirección está a cargo de un médico en jefe o Director General, asesorado por un Consejo presidido por el Ministro de Salubridad. Sus funciones son las de orientar y controlar las instituciones privadas y prestar asistencia médico-social a las madres, desde la concepción hasta el término de la lactancia y a los niños hasta la adolescencia.

Es financiada por medio de fondos del presupuesto nacional. Los profesionales que actúan en ella tienen la categoría de funcionarios, con iguales prerrogativas y obligaciones.

b) Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social.

Constituye un organismo autónomo semi-estatal, presidido por un Director General y administrado por una Junta Central presidida por el Ministro de Salubridad. Tiene a su cargo todos los hospitales, asilos, manicomios y orfanatos, ocupándose de la administración de los existentes y de la construcción de los nuevos.

Cuenta con los siguientes fondos: 1) en su mayor parte,

aportes directos o indirectos del Estado;II)el producido de sus bienes propios tales como edificios de renta y propiedades agrícolas legadas por particulares;III)entradas obtenidas por contratación de sus servicios a otras instituciones o individuos.

Los miembros del personal técnico que forma parte de ella tienen el carácter de funcionarios públicos.Dentro de sus diversas dependencias,el Departamento Técnico es el encargado de orientar y controlar el trabajo técnico de los establecimientos hospitalarios mediante sus servicios de inspección,medicina,dieta,odontología,farmacia,enfermería y servicio social.

El país se ha dividido en zonas hospitalarias a cargo de un médico jefe de zona con centro en el Hospital Regional;hacia él convergen los hospitales y Casas de Socorro urbanas y rurales.

Cualquier miembro de la comunidad puede atenderse en los hospitales de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Pública:a)en los medios rurales existen Casas de Socorro que sirven exclusivamente a esta Dirección o a ella ya las Cajas de Seguro Social;b)en las pequeñas y medianas ciudades existe el hospital local que cuenta con servicios mínimos de medicina,cirugía,maternidad y emergencia;c)en las grandes ciudades,puede existir más de un hospital;el centro médico de la zona lo constituye el Hospital Regional que cuenta con todos los servicios especializados.

El procedimiento que se sigue es el siguiente:el paciente anota sus datos estadísticos (no se requiere examen económico);el consultorio externo,con medios auxiliares de diagnóstico,determina si necesita tratamiento ambulatorio u hospitalario;en el primer caso el mismo consultorio prosigue los exámenes y el tratamiento o lo envía a un consultorio especializado de las ciudades más importantes,proporcionando al enfermo los remedios necesarios;en el segundo caso,es recibido en los servicios generales o especiales de un hospital y se le proporcionan los exámenes de

laboratorio y rayos X que requiera.

Las principales características de la asistencia hospitalaria chilena son las siguientes: 1) mando centralizado único de todos los hospitales del país; 2) jefatura administrativa y técnica de cada uno de ellos a cargo de un médico; 3) centralización de la compra y distribución de materiales; 4) derecho de todo miembro de la comunidad a su hospitalización en forma casi gratuita.

Existe una tendencia a hacer del consultorio externo del hospital el sitio básico de la asistencia hospitalaria y proyectarla al exterior, dándole así el carácter dinámico propio de un centro de salud (1)

3.-Seguro social.

Las Cajas de Seguro Obrero Obligatorio, Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, de Previsión de Empleados Particulares y otras de menor importancia proporcionan atención médica y cubren entre otros los riesgos de invalidez, vejez y muerte.

Otorgan prestaciones proporcionales al sueldo o salario y al período de imposición mediante fondos aportados por los asegurados, los empleadores y el Estado.

a) Caja de Seguro Obrero Obligatorio.

I) Personas protegidas. Comprende a todos los trabajadores manuales (tanto agrícolas, como industriales, comerciales, independientes y servicio doméstico)

II) Servicios otorgados.

1) Proporciona atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalización gratuitos; atención obstétrica para las esposas de los afiliados y médica para sus hijos menores de 2 años. El seguro cuenta además con consultorios odontológicos, centros

de arsenoterapia masiva, casas de reposo nocturno, establecimientos
(1) A. FLORES ZORRILLA Y MANUEL DE VIADO. "Asistencia médica en Chile"; Folleto que reproduce un trabajo publicado en la Revista Internacional del Trabajo; Vol. XXXI, núm. 3, marzo de 1945, Montreal, 1945; pág. 25.

dedicados al estudio de la medicina industrial con equipos que llegan hasta las fábricas, etc.

2) Al igual que todos los asalariados, los obreros, tienen también derecho a las prestaciones en especie y en dinero de la ley N° 6147-38 de Medicina Preventiva; ésta asegura reposo preventivo con salario completo (de acuerdo a la resolución de Comisiones de Medicina formadas por 3 especialistas) y atención médica especializada en los casos de tuberculosis, sífilis y afecciones cardio-vasculares. Periódicamente se realiza un examen médico para diagnosticar precozmente esas afecciones; además se efectúa una roentgen-fotografía en miniatura del tórax y una reacción de Kahn.

III) Organización. La Caja de Seguro cuenta con los siguientes tipos de establecimientos de atención médica:

1°) Estaciones Médico-Rurales. Son los puestos avanzados de primera línea del servicio médico. Cuentan con un botiquín de primeros auxilios, un servicio de matrona o practicante permanente y la visita periódica del médico general y ocasionalmente de especialistas y odontólogos. Allí se atienden los casos más simples, pequeña cirugía, curaciones, diagnósticos y prescripciones.

2°) Consultorios de 3a. categoría. Atienden a los pacientes que les envían las Estaciones Médico-Rurales, cuando requieren un examen más detenido o un tratamiento más delicado. Se limitan a los casos de medicina general y atención de la madre y el niño. Cuando poseen camas para hospitalización de urgencia, se denominan Casas de Socorro. Estas prestan atención quirúrgica.

Los consultorios de 3a. categoría pertenecen por lo general a la Dirección General de Beneficencia pero son alquilados por el Seguro para su uso exclusivo o para uso común de ambas instituciones. Constituyen los centros de trabajo médico de las postas y estaciones médicas vecinas y atraen a los asegurados agrícolas de su zona.

3°) Consultorios de 2a. categoría. Están situados en las ciudades con más de 10.000 habitantes. Cuentan con servicios generales de medicina, cirugía, atención de madre y niño y especialización en los tres rubros más importantes de la patología social chilena.

4°) Consultorios de 1a. categoría. Están situados en las ciudades más importantes que constituyen sedes de zona. A ellos son enviados por cuenta del Seguro los pacientes tratados en los establecimientos anteriores, siempre que necesiten de la atención de especialistas.

Cuentan con toda clase de servicios especializados y generales tales como medicina interna y cirugía, madre y niño, venereología y urología, oftalmología, dermatología, servicio de medicina preventiva y del trabajo, etc. y diversos servicios técnicos, administrativos y auxiliares tales como fisio y electro-medicina, servicio social, servicio de estadística, de identificación y recepción de enfermos, etc.

5°) Además, el Seguro posee sanatorios propios para el tratamiento de la tuberculosis y un hospital de emergencia para casos urgentes en la Capital.

.....

La prestación de la atención médica se lleva a cabo siguiendo el siguiente sistema:

El enfermo presenta su libreta personal de seguro que acredita su carácter de asegurado y el cumplimiento de las condiciones prescritas (no se requiere ningún período de espera); se le efectúa su ficha clínica y se le señala el equipo médico que debe examinarlo, compuesto como mínimo por un médico y un cirujano que trabajan sobre la base de la práctica de grupo; éstos examinan al enfermo y lo envían al servicio especializado que corresponde. El especialista precisa el diagnóstico, aplica el tratamiento y de

termina la incapacidad temporal para el pago de las prestaciones en dinero. Las recetas se confeccionan gratuitamente en la farmacia del Consultorio. Si requieren hospitalización los asegurados son enviados a los hospitales; éstos pertenecen a la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social (con excepción de los sanatorios para tuberculosos y del hospital de emergencia citados) pero la Caja de Seguros ha celebrado con ellos un contrato de prestación de servicios, sobre la base del costo del día-cama regional.

En las pequeñas ciudades la continuidad del tratamiento policlínico-hospitalario es mayor porque allí casi todos los médicos son funcionarios del Seguro y de la Asistencia.

El Servicio Social tiene entre otras funciones la de mantener contacto entre el asegurado hospitalizado, sus familiares y la institución del Seguro.

En el medio rural se organizan rondas médicas y en las ciudades servicios de atención médica domiciliaria para los casos graves que no pueden ir al policlínico o para vigilar algunos tratamientos.

Chile ha experimentado en esta materia tres sistemas distintos de trabajo, decidiéndose en último término por el último: 1) sistema de "libre elección" dentro de la práctica privada o individualista, que demostró desventajas técnicas, morales y financieras; 2) sistema de libre elección entre listas de funcionarios, de resultados no satisfactorios y 3) trabajo efectuado por médicos funcionarios con práctica en equipo, que está actualmente en vigencia.

.....

El Seguro Obrero Obligatorio es un organismo autónomo semi-estatal. Está presidido por un Vicepresidente Ejecutivo nombrado por el Presidente de la República y un Consejo Directivo

presidido por el Ministro de Salubridad e integrado por tres representantes de los patronos, tres de los asegurados, dos del cuerpo médico y el Director del Departamento de Previsión Social (que también es médico).

Para los efectos administrativos se encuentra dividido en una Dirección Central y zonas regionales. La primera cuenta con Departamentos Médico, Jurídico, Actuarial, Administrativo, de Contabilidad, de Arquitectura y de Control; orienta y dirige a las direcciones médicas de zona mediante una Inspección Médica y diversas secciones especializadas.

El personal está asalariado y protegido por el régimen de seguro social de los empleados públicos.

IV) Financiación.

Los fondos del Seguro Obrero Obligatorio se forman con las cotizaciones de los empleadores y asegurados, el aporte estatal y los réditos de las inversiones de sus fondos de reserva, tales como propiedades agrícolas y urbanas, bonos, acciones, participación en industrias, etc.

b) Servicio Médico Nacional de Empleados.

Es un organismo autónomo semi-fiscal establecido en 1942 que presta atención médica a los trabajadores no manuales inscritos en cajas de seguro social.

I) Personas protegidas. Comprende a los funcionarios públicos, empleados de la banca, la industria y el comercio, marinos mercantes nacionales y demás afiliados a cajas de seguro social.

II) Servicios otorgados. En caso de enfermedad, otorga atención médica y prestaciones en dinero de carácter variable; así, mientras que la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional concede subsidios de enfermedad equivalentes al salario completo y atención médica completa al asegurado y su familia, la Caja de Previsión de Empleados Privados otorga auxilios de sumas fijas y préstamos, así como una limitada aplicación de medicina curativa.

Al igual que los obreros, estos trabajadores gozan también de los beneficios de las prestaciones en dinero y en especie que establece la Ley de Medicina Preventiva.

En resumen, puede afirmarse que la atención médico-social de los empleados comprende la medicina de diagnóstico y el tratamiento precoz de la tuberculosis, las enfermedades venéreas y las afecciones cardio-vasculares, mientras que la atención curativa debe ser privada en la mayor parte de los casos.

III) Organización.

La asistencia de los empleados a los servicios médicos puede deberse a los siguientes motivos:

a) la libre voluntad de los mismos.

b) la necesidad de obtener los certificados médicos que son exigidos por las instituciones de seguro social para trabajadores no manuales a fin de concederles beneficios económicos.

c) los pedidos que efectúa el mismo Servicio a empleadores y sindicatos para que acudan a él ciertos empleados privados a fin de efectuar el examen sistemático de grupos que trabajan en determinadas actividades económicas.

.....

La atención médica se efectúa de la siguiente manera:

El asegurado llena un formulario de identificación con sus antecedentes personales, profesionales y económico-sociales en la oficina de inscripción y recepción de enfermos. Mediante una línea continua y sucesiva de exámenes se efectúan los análisis de laboratorio, las investigaciones radiológicas del tórax y la revisión odontológica. Todos los datos se envían a un médico, que da su hipótesis diagnóstica. Si el asegurado es sano, extiende el certificado correspondiente; de lo contrario lo envía al servicio especializado de fisiología, venereología o cardiología, si tiene derecho a ese tipo de atención, a la sección de medicina curativa. El especialista diagnóstica y trata al paciente; si cree que necesita re-

pose preventivo con salario íntegro, remite los antecedentes a la Comisión de Medicina Preventiva del propio Servicio, formada por tres especialistas, que fija el lugar y las condiciones del reposo (sanatorio de montaña, llanura o costa, de propiedad del Servicio o domicilio). Las divergencias sobre el reposo preventivo son resueltas por Comisiones Provinciales de Reclamos, compuestas por tres médicos que representan a los empleadores, los asegurados y el Ministerio de Salubridad.

Al igual que los obreros, en los casos en que tienen derecho a la hospitalización, pueden atenderse en los establecimientos de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, ligados al Seguro por convenios especiales. El Servicio Social se encarga de las relaciones entre el hospital, el asegurado, la familia y el Servicio Médico Nacional de Empleados.

Las enfermeras sanitarias del Servicio vigilan el reposo en el domicilio de los pacientes, les citan a los controles médicos periódicos y realizan una intensa labor educativa y epidemiológica. Los médicos funcionarios trabajan en equipo, con normas nacionales uniformes.

En los sectores semi-rurales donde existen pocos empleados asegurados no se establecen centros permanentes sino "centros automóviles" que contienen un laboratorio, un aparato radiográfico y cámara oscura, aparatos generadores eléctricos y personal médico y auxiliar para el diagnóstico, tratamiento y educación sanitaria (fisiólogo, laboratorista, cardiólogo, venereólogo, enfermera, etc.)

.....

La Dirección del Servicio Médico Nacional de Empleados está integrada, entre otros funcionarios, por el Ministro de Salubridad y representantes de las tres cajas de seguro social de los marinos mercantes, empleados públicos y empleados privados.

Se encuentra dividida en nueve Servicios Regionales y comprende diversos departamentos técnicos y administrativos. Posee 42 servicios médicos permanentes, 3 sanatorios, 2 centros móvi-

les y una casa de reposo.

Su personal es asalariado, tiene jerarquía según el estatuto de empleados semi-fiscales y goza de los beneficios del seguro social de la Caja a que pertenecía antes de la unificación del Servicio.

IV) Financiación. Los fondos del Servicio provienen de los aportes que las cajas de seguro social destinan a la atención médica de sus afiliados y de las entradas logradas por la prestación de sus servicios.

c) Otros servicios médicos de Cajas de Seguros.

La Caja de Empleados y Jornaleros de Santiago, la Caja Nacional de Ahorros, la Caja de Previsión de los Ferrocarriles del Estado, las instituciones de seguro social de las fuerzas armadas y policía de la Nación, tienen también, entre otros, servicios médicos curativos y preventivos propios; estos últimos de acuerdo a la ley 6174. Además, cabe citar al Instituto Traumatológico y a las clínicas provinciales de la Caja de Accidentes del Trabajo, que otorgan prestaciones en especie en caso de daños originados en el empleo.

4) Situación de la profesión médica.

El médico recién graduado puede ejercer su profesión privadamente o solicitar su admisión en las organizaciones estatales de asistencia y seguro social en base a concursos de antecedentes. En el segundo de los casos el médico asume el carácter de funcionario, sometido a un régimen de escalafón para salarios, ascensos, licencias, traslados y protegido por un sistema de gratificaciones, un seguro social, etc.

El salario de los médicos es calculado por hora diaria-mensual de trabajo y su monto mínimo (de 2 horas de trabajo por día) es aproximadamente un 20 % mayor que el salario mínimo legal de un empleado privado que trabaja 8 horas diarias en la Capital. Dicho salario tiene variaciones equivalentes a las estable-

cidas por Comisiones Paritarias en cuanto a los salarios legales regionales mínimos para empleados privados. Ascenden según sus méritos, antigüedad y mediante concursos en casos de vacantes importantes. Reciben salarios superiores los médicos que trabajan en regiones determinadas, ciertos especialistas (tisiólogos, radiólogos), los que desempeñan cargos de mayor responsabilidad y los que ejercen jefaturas con jornada completa.

Los médicos funcionarios pueden trabajar también privadamente o en diferentes instituciones, siempre que la jornada diaria no exceda de 9 horas.

Están asegurados en una institución de seguro social, generalmente en la Caja de Empleados Públicos y Periodistas, contra los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y sobrevivencia. La Dirección General de Sanidad cubre los riesgos de muerte de su personal en actos de servicio o a causa de epidemias. En todas las instituciones existen secciones que se dedican al bienestar del personal y a su perfeccionamiento científico por medio de cursos de post-graduados, viajes al extranjero, publicaciones, conferencias y reuniones.

Los médicos se agrupan en asociaciones científicas y gremiales. De estas últimas, la Asociación Médica de Chile agrupa a 3 federaciones: la Federación de Médicos del Seguro (Cajas de Seguros), la Federación de Médicos Sanitarios (Sanidad Pública) y la Federación de Médicos de los Hospitales (Dirección de Beneficencia y Asistencia Social). También se han formado grupos profesionales de las profesiones conexas (asociaciones de odontólogos, farmacéuticos, etc.)

La profesión médica participa en la dirección y control superior de la política médico-social del país; así, el Ministro de Salubridad es tradicionalmente un médico; también lo son los Directores Generales y Vicepresidentes de los Servicios Médicos y algunos miembros de los Consejos Directivos de las Cajas de Seguro Social.

F) Estados Unidos.

1) Planes e iniciativas.

a) El proyecto Wagner-Murray de junio de 1943 propuso el establecimiento de cuidados médicos y hospitalarios, así como de prestaciones en dinero.

Se protegería a todos los asalariados e independientes.

La administración de los cuidados médicos y hospitalarios estaría a cargo del Servicio Público de Salubridad Federal, de acuerdo con la Junta de Seguridad Social. La administración de las prestaciones en dinero estaría a cargo de la Junta de Seguridad Social y de sus oficinas regionales y locales.

La financiación de las prestaciones médicas y en dinero se realizaría mediante las contribuciones de los empleadores y empleados que pagarían cada uno el 6 % de los salarios hasta 3000 dólares anuales y de los independientes que pagarían el 7 % de sus entradas.

Se propone además el establecimiento de un sistema de asistencia social llevado a cabo por los Estados bajo la vigilancia de la Junta, con la ayuda de consejos federales y regionales que representarían al público, empleadores y empleados. El gobierno federal se haría cargo del 50 al 75 % del costo de la asistencia social de los Estados, recibiendo porcentajes más altos aquéllos Estados que contasen con menores recursos.

b) Un mensaje del presidente Truman, presentado recientemente al Congreso recomienda la sanción de una ley que establezca un sistema nacional de seguro sanitario obligatorio para casi todos los habitantes.

Dicho seguro prestaría atención médica gratuita incluyendo exámenes, visitas médicas, tratamiento dental limitado, 60 días de hospitalización, atención infantil, laboratorio, rayos X, servicio de ambulancias, medicamentos costosos, anteojos, aparatos ortopédicos, etc.

Los obreros y empleados contribuirían con el $1 \frac{1}{8} \%$ por los primeros \$4.800.- de sueldo y los que trabajan particularmente con el 3 % de sus entradas hasta igual límite. El gobierno federal concedería subsidios para el sostenimiento de escuelas de medicina, investigadores, unidades sanitarias locales, construcción de hospitales, etc.

El presidente Truman afirma que lo que recomienda "no es medicina socializada" porque "ello significa que los médicos trabajen como empleados del gobierno". Mantiene la atención médica privada pero establece la contribución de todos a un sistema que cubra la atención médica de las clases económicamente débiles. (1)

(1) Dr. FRANCISCO JOSE MARTONE. Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. "El problema de las tres "S". Socialización de la medicina; semisocialización; seguro de salud." Febrero 1948; Vol. III; número 15; p. 61

F) Estados Unidos.2.- Sistema actual.

Estados Unidos, que cuenta desde 1934 con una Ley de Seguridad Social que cubre, entre otros, los riesgos de vejez, muerte y cesantía de todos los residentes de escasos recursos y accidentes del trabajo de los asalariados urbanos, carece de un sistema nacional de seguro de enfermedad, invalidez y maternidad.

El único sistema de servicio médico-social que existe en este país es el que se presta a la gente de mar. (1) Constituye un servicio público y presenta los siguientes caracteres:

a) Personas protegidas. Comprende a todos los marinos que se encuentren en tierra o pertenezcan a un barco registrado en el país, durante el empleo y un período de 90 días después.

b) Servicios otorgados. La atención médica incluye asistencia de residencia con manutención en los hospitales de la marina.

c) Organización. Constituye un sistema federal. Es regulado por la Administración de Seguridad Federal, por intermedio del Servicio de Salud Pública.

d) Financiación. El Estado soporta íntegramente el costo de estos servicios. (2)

(1) Este sistema protege también la invalidez.

(2) Además del sistema descrito, existen otros sistemas que no proporcionan atención médica sino que cubren el riesgo de incapacidad para el trabajo provocada por enfermedad. Helos aquí, brevemente expuestos:

I) Un sistema de asistencia social para todos los residentes de escasos recursos, financiado por el gobierno federal y los gobiernos estatales y locales.

II) En 4 estados, un sistema de seguro social obligatorio para asalariados urbanos, que abarca los riesgos de enfermedad y maternidad, administrado por agencias de seguros de desempleo o de compensación de accidentes del trabajo y financiados por contribuciones de los asalariados urbanos y de los empleadores o por las de aquéllos exclusivamente.

III) Un sistema de seguro social obligatorio de los empleados de ferrocarriles (que abarca, además, los riesgos de invalidez, desempleo, maternidad, vejez y muerte del sostén de la familia) administrado por una Junta del Retiro Ferroviario integrada por representantes de los empleadores y asalariados y financiado exclusivamente por las compañías ferroviarias.

G) Francia.

La atención médico-social se organiza en este país bajo dos sis temas:

1.-Asistencia social. Otorga atención médica a todos los residentes de escasos recursos, previo examen de los medios económicos. El Estado costea íntegramente los servicios, salvo el caso especial de los estudiantes que pagan además una cotización de ta rifa única.

2.-Seguro social obligatorio.

a) Personas protegidas. Comprende a los asalariados, beneficiarios de pensiones, desempleados, estudiantes y personas a su cargo. También abarca en algunos casos a los empleadores agrícolas y personas a su cargo.

b) Servicios otorgados. Existen dos regímenes distintos, según que la enfermedad sea de corta o larga duración.

I) Enfermedad de corta duración. Exige un mínimo de duración en el trabajo. Otorga asistencia médica durante 6 meses, perío do que puede ampliarse en ciertos casos. Participa en el costo con el 20 % de la tarifa, salvo con relación a elementos de mayor importancia.

Protege también a los empleadores agrícolas y personas a su cargo. A éstos les exige un mínimo de cotizaciones y les proporciona atención durante el mismo período que a los anteriores.

II) Enfermedad de larga duración. Exige un mínimo de duración en el trabajo y un período de un año en el seguro. Otorga atención médica durante 3 años; este período puede ampliarse en los casos en que la atención médica mantiene al asegurado en un estado de salud que le permite el ejercicio de una profesión remunerada.

c) Organización. Es menester distinguir dos casos, según que el seguro comprenda las profesiones urbanas o agrícolas.

I) Profesiones urbanas. La Caja Nacional de Seguro Social y las cajas primarias (locales) de Seguridad Social son administra-

das por consejos de administración integrados por representantes de los empleadores, los asalariados y en algunos casos el Estado. La igualización en el plano nacional es llevada a cabo por la Caja Nacional. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se encarga de la inspección de los servicios.

II) Profesiones agrícolas. Existen sociedades de seguro social en cada departamento o grupo de departamentos. En el plano nacional actúan las cajas centrales de seguro e igualización. La inspección de los servicios está a cargo del Ministerio de Agricultura.

d) Financiación. También en este punto es menester distinguir dos casos: (1)

I) Profesiones urbanas. Los asalariados contribuyen con el 6 % de sus salarios que no excedan de una cantidad determinada; ciertas categorías pagan cotizaciones de tarifa fija; los mayores de 65 años de edad pagan el 2 % de las ganancias.

Los empleadores contribuyen con el 10 % de los salarios abonados, que no excedan de determinada cantidad; con el 4 % se costean subsidios temporales de vejez para los asalariados no asegurados.

II) Profesiones agrícolas. Los asalariados contribuyen con el 5 % de las ganancias; los mayores de 65 años sólo con el 2 %.

Los empleadores pagan el 5 % de los salarios que perciben los asalariados asegurados.

.....

Existen servicios especiales de preservación de la salud pública. Abarcan a las mismas personas a quienes protege el seguro y consisten en reconocimientos médicos para prevenir enfermedades, medidas generales de carácter sanitario y social, medidas de bienestar para las madres y los hijos, etc.

(1) Estas contribuciones costean también, entre otros, el seguro de invalidez, vejez, gastos funerarios y muerte del sostén de la familia.

H) Gran Bretaña.1.- Planes de socialización de la medicina.a) Informe de Sir William Beveridge.

En 1941 el gabinete de coalición presidido por Churchill nombró un comité interdepartamental presidido por Sir William Beveridge y compuesto por altos funcionarios que representaban a los distintos departamentos gubernamentales y administraban los seguros y la asistencia social del país; este comité debía efectuar una revisión de los sistemas nacionales de seguro social y servicios conexos y sugerir proposiciones para modernizarlos y ampliarlos.

Sir William Beveridge, bajo su sola responsabilidad, redactó un informe que establece las bases de un plan de seguridad social, analizando en sus apéndices los distintos sistemas nacionales, los testimonios más importantes al respecto y el posible costo de los servicios que se proponen. Afirma que los seguros sociales no pueden quedar aislados de otras medidas de seguridad social y propone un sistema unificado con una contribución única para todos los individuos.

Define la seguridad social con estas palabras: "Por seguridad social se ha de entender la garantía de una renta que reemplace a las entradas normales cuando éstas se ven interrumpidas por la enfermedad, el accidente o la desocupación y que proporcione, además, llegado el caso, una pensión de vejez y una ayuda adecuada para hacer frente a ciertos hechos normales de la vida que originan gastos extraordinarios: un nacimiento, una boda, una muerte" (1)

Por lo tanto, en su plan de seguridad social se refiere a la enfermedad no desde el punto de vista de la atención médica sino de la prestación de una renta que reemplace las entradas suspendidas en especial por incapacidad para el trabajo. Sin

(1) "SIR WILLIAM BEVERIDGE. "Social Insurance and Allied Services". American edition; Nueva York, Macmillan Co., 1942; p. 26

duda "el plan postula un servicio médico nacional pero sin señalar el método de organizarlo" (1)

No obstante en diversas partes de su trabajo se refiere a la atención médico-social, expresando conceptos breves acerca de las personas comprendidas, los servicios que abarca, su administración y financiación:

I) Al analizar los puntos básicos del plan, advierte que la seguridad social debe ser considerada sólo como una parte de una amplia política de progreso social; con ella se combate la necesidad que no es sino uno de los "cinco gigantes en la ruta de la reconstrucción" (2) siendo los otros cuatro, la ignorancia, la desnutrición, la ociosidad y la enfermedad, que suele ser causa de esa necesidad y trae consigo otras perturbaciones.

Beveridge señala pues, con claridad, la necesidad del cuidado médico-social de la salud.

II) Beveridge estima que ningún programa de seguridad social será satisfactorio si no es completado por: 1°) Asignaciones para la atención de los niños hasta una cierta edad (15 o 16 años); 2°) Vigilancia y cuidado de la salud de toda la población para prevenir y curar las enfermedades y si es posible, restaurar la capacidad de trabajo; 3°) Eliminación del paro forzoso, mediante el logro de la plena ocupación.

III) Al referirse a los riesgos principales de la población, cita el de enfermedad de la persona asegurada o de las que dependan de ella. Expresa que este riesgo debe combatirse mediante tratamiento médico prestado por un servicio nacional de salubridad y por la rehabilitación posterior al tratamiento.

IV) Al analizar las distintas categorías de la población (asalariados; otras personas que tienen una ocupación lucrativa; mujeres casadas en edad activa; personas en edad activa que no

(1) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; "Planes de seguridad social en Gran Bretaña. Informe de Sir William Beveridge. Planificación médica. Folleto que reproduce un trabajo publicado en la Revista Internacional del Trabajo; Vol. XXVII, núm. 1, enero de 1943, Montreal, p. 1

(2) SIR WILLIAM BEVERIDGE. "Social Insurance and..." Op. cit. p. 29

trabajan;menores y retirados) se refiere a los cuidados médicos como a una necesidad común a todas ellas.

V)Al referirse en particular al Servicio Médico Nacional,Beveridge expresa que éste debería proponerse como fines:1)Proporcionar la atención médica necesaria para conservar la salud,prevenir las enfermedades y curarlas o por lo menos aliviarlas;2º)Poner los servicios médicos al alcance de quien los necesite (tanto de clínica general como especializados;a domicilio o en instituciones determinadas)

Este servicio debería incluir la atención por médicos generales,tratamiento hospitalario,odontológico y oftálmico,atención de enfermeras,cuidado de convalecencia y rehabilitación.Según ya lo expresamos,Beveridge no se ocupa de la organización del servicio y se limita a indicar que éste debería ser administrado no por el departamento encargado de la seguridad social,sino por el departamento de salubridad.A su entender,parte del costo del servicio debería sostenerse por la contribución general.

.....

En base a los principios del Informe Beveridge,el gobierno británico publicó dos Libros Blancos en 1944,conocidos con el nombre de "Seguros Sociales Parte I y Parte II" que contienen un plan de seguros de enfermedad,invalidez,desocupación y vejez mediante un sistema unificado dependiente del Ministerio de Seguro Nacional.Puede afirmarse que esos documentos fueron producidos por todos los partidos políticos pues fueron redactados por un gobierno conservador y su ejecución fué completada por el gobierno laborista surgido después de la 2a. guerra mundial.

b)Plan de la Comisión de Planificación Médica y conclusiones de la Asociación Médica Británica.(A.M.B.)

En Septiembre de 1942 el congreso anual de la Asociación Médica Británica (A.M.B.) aprobó la mayor parte de las conclusiones contenidas en un informe presentado en mayo de 1941 por una

Comisión de Planificación Médica. Dicho informe contenía los principios generales para el establecimiento de un sistema de cuidados médicos para la población de Gran Bretaña.

La exposición de objetivos de este plan es semejante a la adoptada por el informe de Beveridge al referirse al Servicio Médico Nacional.

I) Generalidades. Se procura asegurar a cada familia o individuo el cuidado de un médico general que se ocuparía de la prevención y curación de las enfermedades. Para ello sería necesario cambiar radicalmente la organización administrativa de los servicios y la enseñanza médica e integrar los servicios de prevención y curación.

Se aconseja la libre elección tanto del médico como del paciente, el establecimiento del principio de la práctica de grupo y la integración de los hospitales del condado y voluntarios en un sistema hospitalario unificado bajo una organización de carácter regional.

La Comisión se muestra partidaria de un sistema intermedio que adopte algunas particularidades del sistema médico funcionalizado de duración completa o "full time", tales como el trabajo en equipo, la coordinación, las oportunidades para cursos de post-graduados y otras características del sistema de práctica privada, tales como la libertad de elección, el mínimum de interferencia del Estado y el acuerdo general para las condiciones de trabajo.

II) Personas protegidas y financiación. La A.M.B. es partidaria de que los servicios médicos se presten a toda la comunidad y que los beneficiarios paguen esos servicios, ya directamente o a través del seguro, salvo el caso de asistencia pública.

La Comisión, en cambio, recomendó que el sistema de servicio médico nacional se aplicase a las personas cuyas entradas no excedieran de 420 £ al año, que son las que entonces estaban in-

cluidas en el seguro obligatorio y formaban el 90 % de la población.

III) Servicios otorgados.

Se procura ofrecer la atención de médicos generales, especialistas, matronas, enfermeras, etc. y un servicio completo de hospitalización.

IV) Organización.

1°) Centros de salud. Tanto la Comisión como la A.M.B. aprobaron en principio la práctica en equipo y el establecimiento de centros de salud.

El centro de salud es la oficina local del servicio médico nacional; en él actúan de 6 a 12 médicos y atiende a toda la zona adyacente. Posee instalaciones adecuadas y está equipado por la autoridad regional de salubridad.

El centro de salud otorga atención preventiva y curativa. Allí tienen su base los servicios auxiliares de matronas, enfermeras y de especialistas. La atención del enfermo se realiza en el mismo centro o a domicilio. Se otorga atención pre-natal y post-natal y se vigila la salud infantil y escolar. La administración está a cargo de un comité integrado por los médicos-jefes.

2°) Médicos. Forman el primer grupo de facultativos del centro los médicos generales de la localidad que así lo deseen; reciben una compensación por la pérdida de clientela. Las vacantes posteriores son provistas por la autoridad regional previa consulta con los médicos del centro correspondiente.

Los médicos están divididos en dos categorías: jefes o sea médicos generales experimentados y ayudantes. Existe libertad de elección de médico y de aprobación del enfermo. Se organizan cursos dominicales y de post-graduados y un sistema de pensiones. Las horas de trabajo son limitadas. Los médicos atienden a los pacientes en el centro de salud o a domicilio; acuerdan consultas con los especialistas en el centro o fuera de él y están vinculados a los hospitales locales.

La remuneración del jefe consiste en :1)un sueldo básico de acuerdo a sus calificaciones y antigüedad y 2)un honorario por cada persona que atiende. Además puede recibir honorarios por el cuidado de personas ajenas al sistema.

3°) Servicios hospitalarios y de especialistas.

Han sido analizados con mucha menor extensión que el sistema de medicina general. Se ha aconsejado uniformar los servicios hospitalarios, suprimiendo las diferencias entre hospitales voluntarios y de condado. Los especialistas reciben un salario por el tiempo total que trabajan en los hospitales o por las horas que atienden en los hospitales y centros.

La administración de los hospitales de cada región debe estar en manos de la autoridad regional de salubridad, la que no debe interferir en la organización interna de cada hospital.

Se proponen tres tipos de nombramientos para el personal de los hospitales: 1) profesores; 2) puestos remunerados "full time" con derecho a un ejercicio privado limitado, dentro o fuera del hospital; 3) médicos que ejercen su profesión no sólo en el hospital, sino también en los centros de salud y en el domicilio de los enfermos (médicos de familia)

V) Administración.

Debería establecerse una autoridad central que tendría a su cargo la administración de los servicios de salubridad nacional y la distribución de los fondos para su sostenimiento. Según la Comisión, dicha autoridad central estaría constituida por el Ministro de Sanidad, secundado por un Comité Médico Central Consultivo o por una Junta Central de Servicios Médicos, con funciones ejecutivas (disciplina, control de ingreso a los servicios, etc.) y consultivas. La A.M.B. prefirió que la administración estuviese a cargo de un organismo corporativo, en lugar de un departamento gubernamental.

Deberían existir autoridades regionales con autoridad sobre una población aproximada de medio millón de habitantes e integradas por médicos y apolíticos no profesionales experimentados.

H) Gran Bretaña.2) Sistema actual.

Desde el 5 de julio de 1948 se hallan en vigor en Gran Bretaña cinco importantes leyes que constituyen una verdadera Carta de Seguridad Social. Ellas se ocupan del seguro nacional, de los accidentes del trabajo, del servicio nacional de sanidad, del cuidado de la infancia y de un plan de asistencia nacional para desvalidos.

Si bien estas leyes no introducen en G. Bretaña ningún principio revolucionario, constituyen una importante ampliación de un sistema existente desde largo tiempo atrás. (1) Sus beneficios abarcan por primera vez a toda la población y cubren los riesgos y necesidades que pueden presentarse en cualquier etapa de la vida.

La más importante de esas leyes es la del Seguro Nacional que establece pagos pecuniarios en caso de desocupación, enfermedad, maternidad, viudez, tutela, defunción y retiro; unifica el campo de los seguros sociales en un sólo sistema y lo hace de aplicación general; deroga toda la legislación anterior al respecto, aunque conserva muchos de sus principios.

De las leyes citadas, la que nos interesa especialmente es la Ley del Servicio Nacional de Sanidad de 1946, que no hizo sino consolidar, extender y mejorar los servicios existentes (Seguro Nacional de Sanidad de 1911, clínicas de diversas clases administradas por las autoridades locales, hospitales voluntarios y municipales, etc.) Aún cuando han abundado las discusiones entre el Ministerio de Sanidad y la Asociación Médica Británica, ambos organismos están de acuerdo acerca de la conveniencia de la organización de un Servicio Nacional de Sanidad y sólo difieren en la consideración de cuestiones administrativas y de organización. Los principios en que se basa esta ley son los del Informe Beveridge y del Libro Blanco publicado en 1944.

(1) Ver Antecedentes, pág. 14 del presente trabajo.

a) Personas protegidas. Abarca a toda la población, independientemente de sus medios económicos y de su afiliación al seguro.

b) Servicios otorgados. Proporciona todas las atenciones sanitarias y tratamientos médicos necesarios.

Los médicos de clínica general o "médicos de familia" atienden gratuitamente a los pacientes en su domicilio o bien en consultorios y centros sanitarios.

Los nuevos servicios hospitalarios proporcionan gratuitamente cualquier clase de tratamiento hospitalario, servicios de especialistas y enfermeras, medicinas y aparatos médicos, tratamiento de enfermedades mentales, de casos dentales y oftalmológicos más graves; además realizan investigaciones y servicios bacteriológicos y de transfusión bajo la responsabilidad especial del Ministro de Sanidad.

La atención de la madre encinta, la madre lactante y los niños de edad temprana está a cargo de los consejos de condado o de distrito y proporciona, entre otros, servicios de parteras a domicilio y visitas sanitarias.

Tan pronto como sea posible se proyecta la organización y mejoramiento de centros sanitarios bien provistos en los que se proporcionarán servicios clínicos, dentales y de educación sanitaria.

En cuanto a los servicios dentales, hasta tanto no existan en cantidad suficiente, se prestarán con preferencia a la mujer encinta, la madre joven y los hijos menores.

c) Organización.

I) Administración general del sistema.

En pocas palabras puede expresarse que el sistema inglés si bien unifica los servicios, permite la colaboración amplia de las autoridades locales. Así, el Ministro de Sanidad es responsable de todos los servicios, pero la atención de los médicos de familia es controlada por los consejos o comités ejecutivos locales; los servicios hospitalarios son supervisados por Juntas o Mesas Directivas

Regionales (salvo los hospitales de enseñanza y práctica médica que dependen de una junta de administradores) y los servicios complementarios de obstetricia y cuidado de la infancia están a cargo de las autoridades locales.

La primera autoridad del sistema es el Parlamento ante quien son responsables las autoridades. Le sigue en importancia el Ministro de Sanidad, que sirve de enlace entre el gobierno parlamentario y la nueva institución creada; él pone en marcha el organismo, nombra sus autoridades, dicta resoluciones, interviene directamente en las instituciones más importantes y es responsable del funcionamiento general del sistema.

Un Consejo Central de Servicios Sanitarios comparte sus tareas; está formado por 41 miembros, profesionales o no, que representan las diversas actividades que se desempeñarán en el sistema, o sea seis funcionarios del Ministerio de Salud Pública, presidentes de los colegios médicos, el presidente de la sociedad de médicos oficiales, médicos, enfermeras, químicos, miembros no profesionales expertos en administración local y manejo de hospitales, etc. El Consejo asesora al Ministro y organiza Comités de expertos para el estudio de temas particulares.

El país se ha dividido en 14 regiones sanitarias, teniendo en cuenta los organismos que atienden la salud y la enseñanza médica. Cada una de estas regiones tiene por centro una ciudad importante (Leeds, Newcastle, Oxford, etc.) y está dirigida por Consejos o Mesas Directivas Regionales de un número variable de miembros (32 en Welsh, 22 en Londres). Los miembros de las mesas directivas regionales son aproximadamente 364 personas; 120 de ellas son médicos; los miembros no profesionales que las integran representan a los consejos hospitalarios, autoridades del gobierno central y locales, etc. Todos ellos son nombrados por el Ministro, previa consulta con entidades universitarias, asociaciones médicas, farmacéuticas, odontológicas, etc; son inamovibles mientras duran sus manda-

tos, salvo el caso de solicitud de cesantía presentada por sus propios compañeros.

Les siguen en importancia a las Mesas Directivas Regionales, las autoridades de salud locales o Consejos Locales que actúan en 145 distritos (existen 62 consejos de condados y 83 consejos de ciudades y pueblos importantes); son llamados también Consejos de Condado y de Distrito de Condado; están relacionados con los centros locales de salud y dirigen, junto con los Comités Ejecutivos, los servicios de cuidado de convalecientes, enfermos a domicilio, maternidad, infancia, ayuda doméstica, medicina preventiva, vacunación, inmunización, etc.

Finalmente, completan la organización los Comités Ejecutivos, integrados por 24 miembros (12 profesionales indicados por los comités profesionales locales, 8 representantes de la autoridad local de salud pública y los 4 restantes, incluso el presidente, nombrados por el Ministro). Son los organismos más simples que se relacionan en forma inmediata con los enfermos y organizan la atención médica de los mismos, poniéndose también en contacto con los organismos superiores. Funcionan en número de 138.

II) Administración de los hospitales.

El Servicio Nacional de Sanidad dispone la reunión de los hospitales municipales y voluntarios existentes, en un solo plan y ordena asimismo la compra de aquellos hospitales privados que se consideren necesarios. Se procura ampliar las instalaciones sanitarias y uniformar la calidad de los servicios.

La administración de los hospitales y de la atención médica de especialistas corresponde a las 14 Mesas Directivas o 14 Juntas Regionales Hospitalarias que poseen considerable autonomía dentro de sus respectivas zonas. Las Juntas nombran las comisiones administrativas locales para cada uno de los grandes hospitales o cada grupo de hospitales pequeños, previa consulta con las autoridades locales, los Comités Ejecutivos del servicio de médicos

de familia y el personal superior de los propios hospitales.

Las regiones hospitalarias han sido delimitadas de modo que sus servicios se relacionen con una escuela médica universitaria, para facilitar la enseñanza de los alumnos y la organización de cursos de post-graduados.

En la mayor parte de los hospitales se instalan laboratorios experimentales, se realizan investigaciones y se fomenta la búsqueda de nuevos procedimientos de prevención y curación.

III) Administración de los hospitales-escuelas.

Se ha prestado especial atención a la organización de hospitales-escuelas de enseñanza que tienen su gobierno propio. Las Universidades designan Juntas de Administración que están encargadas de su gobierno y del cuidado de la enseñanza; el Ministerio de Salud Pública ha adquirido los llamados hospitales-escuelas voluntarios y está autorizado para convertir cualquier hospital en hospital docente, siempre que sea necesario en el distrito y reúna las condiciones necesarias.

IV) Médicos de familia.

El servicio de médicos de familia está dirigido por los Consejos o Comités Ejecutivos ya citados, que se establecen en todos los condados o distritos de condados.

En un comienzo, los médicos pueden ingresar voluntariamente en el servicio, en la zona en que ejercen. Con posterioridad, todo médico que desee ingresar en el plan o trasladarse a otra zona debe contar con el permiso del Comité de Práctica Médica; este Comité está encargado de procurar que cada zona cuente con el número de médicos suficiente y puede negar el permiso y aún indicar otra zona conveniente.

Se ha suprimido el sistema de compra-venta de la clientela y se ha establecido un fondo especial para indemnizar a quienes hubieran invertido dinero en esa operación.

Los médicos que comienzan a ejercer la profesión deben

aceptar un salario básico más el pago de honorarios "per cápita" durante los tres primeros años; después quedan en libertad de elegir. Los médicos que ya se encuentran ejerciendo pueden elegir entre esa forma de pago expresada o el pago exclusivo de honorarios "per cápita" más elevados; están autorizados para cambiar de sistema de pago en cualquier momento.

En la actualidad se dedican a las actividades técnicas únicamente, dejando la administración en manos de funcionarios no profesionales. Los médicos maestros concurren a varios hospitales, lo que les permite ampliar sus enseñanzas y experiencias profesionales. Los médicos jóvenes trabajan con un sistema "full-time" en las correspondientes secciones de los hospitales.

Los médicos no prestan sus servicios a las autoridades sanitarias sino a sus pacientes. La autoridad interviene con el solo propósito de organizar, mediar y remunerar los servicios.

V) Funcionamiento del sistema.

Todo habitante, hombre, mujer o niño, que desea ser protegido por la atención médica gratuita, debe inscribirse en el Consejo Ejecutivo de su domicilio, eligiendo su médico de familia. Se le entrega una tarjeta médica. Los que no se inscriben deben pagar sus gastos de atención médica en forma privada. El paciente puede cambiar de médico familiar tantas veces como lo desee.

El médico de familia debe prestar atención al paciente y prescribirle el tratamiento necesario en forma gratuita.

El paciente obtiene, además, sin cargo alguno, los medicamentos y una serie de elementos, tales como gasas, algodón, vendas, bolsas de hielo, medias elásticas, etc.

El médico de familia va a domicilio cuando es necesario; puede vérselo también en su consultorio o en los centros sanitarios.

El paciente puede continuar con el sistema de pago de honorarios cuando así lo prefiere o cuando desee algún tratamiento especial.

Si una persona se enferma lejos de su domicilio habitual, puede atenderse con cualquier médico, debiendo firmar una planilla para el cobro de los honorarios ante las autoridades.

El médico familiar no puede ejercer funciones de especialista, salvo el caso de necesidad, pero es el que recomienda dicha atención. También por indicación del médico de familia, el paciente ingresa en los hospitales que lo proveen gratuitamente de todo lo que necesita. Allí el médico familiar puede seguir atendiéndolo, si así lo desea, con la colaboración de otros médicos.

Se procura otorgar las mejores comodidades posibles y transformar las amplias salas en habitaciones pequeñas de tipo sanatorio. Los pacientes que deseen atención especial en los hospitales, pueden obtenerla mediante un pago adicional; pero en ese caso los honorarios se hallan limitados y controlados. El hospital pone todos sus recursos de equipos, profesionales y medicamentos al servicio de los pacientes.

Cuando el carácter de su dolencia lo requiere, los enfermos son trasladados sin cargo alguno.

d) Financiación.

El Servicio de atención médico-social no depende directamente de las cotizaciones de los beneficiarios. Contribuyen a su sostenimiento el Fondo Nacional de Seguros y las autoridades locales y nacionales:

I) El Fondo Nacional de Seguros otorga subsidios que cubren más o menos el 10 % del costo total.

II) Las autoridades locales contribuyen con una proporción que varía entre 1/4 y 5/8 del costo de los servicios, según la importancia económica de la localidad.

III) El Estado cubre el resto del costo de los servicios médicos.

e) Ultimas reformas.

Durante el año 1952 el Parlamento inglés sancionó diversas reformas al régimen descripto.

Influyeron en esta actitud, entre otras causas, la grave situación económica mundial y nacional, las reiteradas quejas presentadas por los profesionales y la elevación al poder del partido Conservador que sustituyó al partido Laborista que había puesto en práctica el sistema.

Se ha restringido hasta anular en algunos casos la gratuidad de los servicios médicos, disponiendo entre otras medidas, que cada beneficiario contribuya con un chelín por cada consulta y una libra por tratamiento.

Resulta prematuro juzgar si esas modificaciones serán simplemente transitorias o si tenderán a alterar fundamentalmente el sistema.

I) Italia.

En este país, el seguro social obligatorio abarca, entre otros, el riesgo de enfermedad, de acuerdo a las siguientes características en su aspecto de atención médico social:

1.-Personas protegidas. Comprende a los asalariados urbanos y personas a su cargo, a los asalariados agrícolas y personas a su cargo, colonos, arrendatarios y asalariados urbanos desempleados.

2.-Servicios otorgados. Varían según el tipo de beneficiarios:

a) Asalariados urbanos y personas a su cargo. El seguro proporciona atención médica y hospitalización durante 180 días para los asegurados y durante 30 días para las personas a su cargo.

Las prestaciones farmacéuticas se conceden sólo en los casos de incapacidad para el trabajo.

A los trabajadores no manuales se les reembolsan los gastos de atención quirúrgica hasta un límite estipulado y los de atención en una institución no reconocida, también hasta cierto límite.

b) Asalariados agrícolas, personas a su cargo, colonos y arrendatarios. Otorga atención médica y hospitalización durante 180 días; en caso de enfermedad crónica, la hospitalización tiene un máximo de 180 días en el curso de tres años. Las prestaciones farmacéuticas se proporcionan sólo a los asegurados directos.

c) Asalariados urbanos desempleados. Otorga asistencia médica sólo cuando la enfermedad se declara dentro de los 6 meses que siguen al cese del trabajo. También se facilita hospitalización y atención médica en caso de necesidad.

d) Toda clase de asalariados. En el caso particular de tuberculosis, se proporcionan cuidados preventivos, atención quirúrgica y farmacéutica, atención después de abandonar el sanatorio y rehabilitación.

3.-Organización.

3.-Organización.

a) Los servicios médicos son administrados por el Instituto de Seguro de Enfermedad (I.N.A.M.) (1). En su Consejo de Administración se hallan representados los empleadores y asalariados. El Ministro de Trabajo realiza la inspección de los servicios.

b) En el caso especial del tratamiento de la tuberculosis, la administración es ejercida por el Instituto de Seguridad Social (I.N.P.S.) (2).

4.-Financiación.

a) Los servicios médicos son financiados por las personas protegidas y los empleadores.

I) Personas protegidas. Los asalariados no contribuyen. Los colonos, arrendatarios agrícolas y miembros de sus familias que trabajan abonan una tarifa fija.

II) Empleadores. En relación a los asalariados de la industria y a los manuales agrícolas, pagan el 5 % del promedio de sus salarios. En relación a los asalariados del comercio, bancos y compañías de seguro privadas, abonan el 4,5% del promedio de sus salarios.

b) En el caso particular del tratamiento de la tuberculosis, sólo contribuyen los empleadores. Por concepto de los asalariados no manuales, abonan el 2,50 % del promedio de los salarios, dentro de un máximo determinado. En relación a los asalariados manuales agrícolas, la contribución se halla comprendida dentro de las cotizaciones globales efectuadas a su nombre. (3)

.....

En Italia existen servicios especiales de preservación de la salud pública. Dichos servicios consisten en atención de prevención y asistencia especial antituberculosa que se presta a todos

los asalariados, colonos, arrendatarios, desempleados urbanos, etc.

(1) Esta entidad administra también los servicios de maternidad y gastos funerarios.

(2) Este Instituto se ocupa también de la manutención de hijos, invalidez, desempleo, vejez, muerte del sostén de la familia, etc.

(3) Las contribuciones antedichas dan derecho además a prestaciones de maternidad y gastos funerarios.

J) Méjico.

Méjico cuenta con una Ley de Seguro Social promulgada en diciembre de 1942, cuyas disposiciones se han considerado casi tan amplias como las que contiene el plan de Sir William Beveridge para Inglaterra.

La Ley de Seguro Social mejicana asegura a casi toda la población trabajadora contra los riesgos de accidentes industriales, enfermedades profesionales, maternidad e invalidez, muerte del jefe de familia, vejez (a los 65 años), cesantía involuntaria a una edad avanzada (a los 60 años) y enfermedades no profesionales. No comprende, en cambio, el seguro de cesantía.

Resulta interesante comprobar cómo los distintos sistemas de seguridad social responden en Méjico y Estados Unidos a necesidades distintas. En efecto, Méjico "en donde el porcentaje de accidentes, morbilidad y mortalidad es dos veces el de E.E.U.U." (1) se ha ocupado de proteger especialmente a su población contra los riesgos de incapacidad física y enfermedad; en cambio ha descuidado el aspecto de la cesantía, debido a que cerca del 50 % de su población trabajadora vive en el campo, fuera de las grandes concentraciones industriales urbanas. Por el contrario, Estados Unidos es una nación fuertemente industrial, en donde los índices de morbilidad y mortalidad son reducidos, lo que explica que haya establecido el seguro contra la cesantía y haya descuidado el de enfermedad.

La aplicación de las disposiciones de las leyes de previsión mejicanas debe efectuarse en forma sucesiva en las distintas zonas del país. En Enero de 1944 se aplicó por primera vez en el Distrito Federal de Méjico.

La medicina social se manifiesta en este país a través de los siguientes sistemas:

(1) J. J. CORSON; "Seguridad social en México"; artículo publicado en el número de Septbre. de 1943 de "Survey Graphic" y reproducido en el Boletín Provisional N°4 de Octubre de 1943, O.I.T., Op. cit., pág. 5 a 10.

1.-Asistencia social.

a) Personas protegidas. Comprende a todos los residentes de escasos recursos.

b) Servicios otorgados. Proporciona atención médica gratuita en hospitales públicos.

c) Organización. El Departamento de Beneficencia, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia ejerce la vigilancia sobre los hospitales.

d) Financiación. El Estado soporta el costo íntegro de los servicios.

.....

2.-Seguro social obligatorio.

a) Personas protegidas. Abarca a todos los asalariados y miembros de las cooperativas de productores, personas a su cargo y beneficiarios de pensiones. Se extiende también a los obreros de la agricultura y del servicio doméstico.

b) Servicios otorgados. Proporciona atención médico-quirúrgica y medicinas en forma gratuita, mediante la presentación de una libreta sanitaria.

La atención médica se extiende hasta 39 semanas.

La Ley de Seguro Social proyecta la construcción de clínicas y hospitales y la contratación de los facultativos necesarios.

c) Organización. La administración está a cargo de la Institución de Seguro Social del Estado, formada por representantes del Estado, empleadores y asalariados. La Secretaría de Economía efectúa la inspección del sistema. El recurso de apelación se ejerce ante el Consejo Técnico de la Institución y en último término, ante la Junta Federal de Conciliación.

d) Financiación. Las contribuciones provienen del Estado, de los empleadores y de los asalariados. El Gobierno Federal contribuye con el 2% de las ganancias de las personas aseguradas, los empleadores con el 4 % y los asalariados con el 2% s/salarios.

K) Nueva Zelanda.

Nueva Zelanda posee desde 1938, como parte de su sistema de seguridad social y establecido bajo la forma de un servicio público, uno de los más completos servicios de atención médico-social.

No obstante, la organización existente es objeto de frecuentes críticas, pues sólo asegura la devolución de los honorarios pagados por el paciente sin lograr por completo una atención médica eficiente y económica. De ahí que el Gobierno procure introducir, en el futuro, un servicio sanitario más perfeccionado en base a centros de salubridad. Se proyecta dar facilidades a los médicos que trabajen juntos en el establecimiento de clínicas; además en algunos distritos se entablan negociaciones entre los médicos y el Gobierno, tendientes a establecer un servicio de grupo. Un proyecto de ley de 1943, autoriza al Gobierno a utilizar fondos de la Caja de Seguridad Social para la instalación de establecimientos hospitalarios y la contratación de facultativos y personal auxiliar sanitario.

El sistema actual presenta las siguientes características:

1) Personas protegidas. Comprende a todos los residentes. Son afiliados los residentes en N. Zelanda mayores de 16 años de edad.

2) Servicios otorgados. Se proporciona atención médica completa. La prestación de atención dental se facilita generalmente sólo a los menores de 16 años. El beneficiario paga la parte de los honorarios que excede de una cantidad estipulada.

Cada miembro de la comunidad puede recurrir alternativamente a un médico general y un especialista de su elección (con excepción del dentista) o a una policlínica hospitalaria.

La Caja de Seguridad Social paga una suma no inferior a la mitad ni superior a los 2/3 de sus gastos por tratamiento de policlínica. Cuando el enfermo prefiere internarse en un hospital pri

vado reconocido, la Caja paga el mismo monto a dicho hospital y ese importe se deduce de la cuenta que debe abonar el paciente. Ciertos servicios especiales, como radioscopia y masajes son pagados también parcialmente por la Caja de Seguridad Social. Las medicinas pueden obtenerse gratuitamente en las farmacias aprobadas por el Ministerio de Salubridad, con excepción de las medicinas patentadas.

Este sistema abarca también las consultas pre-natales, así como los servicios obstétricos, médicos, hospitalarios y de enfermera, requeridos durante el parto y los 15 días subsiguientes.

3) Organización. El médico o el paciente solicita de la Caja de Seguridad Social el pago de honorarios. Para ello se fijan tasas oficiales por consulta o visita, que son más altas por los llamados en día domingo o por la noche y con un recargo por ki lometraje, en algunos casos.

Existe otra forma alternativa de remuneración, que debe establecerse por contrato entre médico y paciente; en esos casos el médico recibe de la Caja de Seguridad Social un honorario de 15 chelines por año por cada persona que tiene bajo su cuidado médico.

La administración del sistema está a cargo del Ministro de Salud Pública y del Director General de Salud Pública, asesorados por el Departamento de Salubridad. Existen funcionarios médicos de distrito y comités consultivos designados por el Ministro.

4) Financiación. El sistema de seguridad social es financiado por los residentes, las compañías y el Estado.

a) Residentes. Pagan un impuesto especial sobre las entradas que es de 1 chelín por libra de entrada o sea 7,5 % sobre los ingresos. Existe una cuota de ingreso de 5 chelines trimestrales para los hombres y de 7,5 chelines anuales para mujeres y jóvenes. Las personas que no pueden pagar el impuesto, están exentos de él,

pero reciben iguales beneficios.(1)

b) Compañías. Pagan un impuesto de igual tasa.

c) Estado. Paga un subsidio para cubrir los déficits de la Caja de Seguridad Social.

.....

L) Suecia.

En este país existe un sistema de seguro social obligatorio de enfermedad.

1.) Personas protegidas. Abarca a todos los residentes.

2.) Servicios otorgados. Facilita atención hospitalaria y medicamentos gratuitos o a precios reducidos. Restituye el 75 % de los gastos por asistencia de médico o especialista, incluyendo los gastos de viaje del paciente y del médico y los reconocimientos con rayos X.

3.) Organización. Existen cajas provinciales y locales de enfermedad, vigiladas por la Junta de Pensiones. Ante esta última se interponen los recursos de apelación.

Una Junta Médica administra los hospitales del Estado y vigila los hospitales de las provincias y municipios.

4.) Financiación. Contribuyen al sostenimiento del seguro de enfermedad:

a) Los residentes, mediante cotizaciones de tarifa fija.

b) El Estado, tomando a su cargo el 50 % de los gastos de atención médica y transporte, además de una parte de los gastos de las cajas de enfermedad.

(1) La contribución da derecho no sólo a atención médica sino también a asignaciones familiares y a prestaciones en dinero en caso de pérdida temporal de ganancias a causa de enfermedad, cesantía, invalidez, vejez o viudez.

M) Unión Sudafricana.

1) Plan de Servicio Nacional de Salubridad.

La Unión Sudafricana posee un sistema de asistencia médico-social que abarca a los residentes de escasos recursos. Carece aún de un servicio médico público o de un seguro de enfermedad de carácter nacional.

En 1942 se nombró una Comisión Gubernamental, encargada de considerar la organización del Servicio Nacional de Salubridad y aquellas medidas financieras, administrativas y legislativas que sería necesario adoptar para tal fin.

La Asociación Médica de la Unión Sudafricana sometió a dicha Comisión un memorándum que apoya el principio de un servicio nacional de salubridad "a condición de que se efectúen reformas substanciales en los campos de la nutrición, vivienda, educación física, rehabilitación y seguridad social en general". (1) Dicha Asociación nombró en 1941 un Comité de Planificación que publicó un estudio del problema y un proyecto preliminar. En Diciembre de 1942 ese proyecto y un sumario de las otras proposiciones enviadas por las ramas o miembros individuales de la Asociación fueron sometidos a la consideración de los médicos. Sobre la base de las respuestas recibidas, el Comité de Planificación, en nombre de la Asociación Médica de la Unión Sudafricana, redactó una serie de recomendaciones que incluyen los principios básicos y un plan detallado. Ambos fueron enviados a la Comisión Gubernamental de Servicio Nacional de Salubridad para su consideración.

a) Caracteres fundamentales.

La mayor parte de las respuestas al cuestionario del Comité de Planificación revelaron su apoyo hacia la organización de un sistema nacional de salubridad financiado por el Estado, gratuito y dirigido por una autoridad central. Los profesionales deberían in-

(1) "South African Medical Journal", vol. XVI, núm. 21; 14 de noviembre de 1942, pág. 388.

fluir en forma decisiva en los aspectos técnicos de dicha organización.

Se mostraron, en cambio, contrarios a otros métodos, tales como la extensión de los servicios existentes, la formación de nuevas sociedades de socorros mutuos o la implantación de un seguro nacional de salubridad, por juzgarlos como soluciones insuficientes.

Se prestó especial atención a la calidad de los servicios, al sostenimiento del principio del médico de familia y a las condiciones de trabajo de los facultativos.

La organización de un sistema nacional de salubridad debería presentar los siguientes caracteres:

I) Ser gradual, pero procurando que las primeras fases se desarrollen lo más rápidamente posible.

II) Ser voluntario, tanto para los particulares que pueden atenderse mediante servicios privados, como para los médicos que pueden mantenerse fuera del sistema.

III) Ser igualitario, evitando hasta donde sea posible toda organización jerárquica para evitar la ingerencia política, la limitación de la iniciativa y el predominio del administrador sobre el técnico.

IV) Proteger por igual a los sectores productores y no productores de la población.

V) Atender aquellos factores que, como las condiciones económicas favorables y la alimentación adecuada, influyen sobre la preservación de la salud.

b) Organización.

I) Estructura. El Comité de Planificación de la Asociación Médica propone dividir el país en regiones de aproximadamente medio millón de habitantes. Cada región tiene un hospital general, hospitales auxiliares locales y centros de salubridad. Estos últimos se hallan vinculados a un hospital auxiliar y cuentan con

los servicios de un número variable de médicos (desde uno solo hasta más de una docena en los centros de ciudad)

1° Centros de salubridad. Están integrados por médicos generales, dentistas, farmacéuticos, enfermeras y médicos sociales cuya función consiste en administrar los servicios generales de salubridad sin obstruir la esfera de acción del médico general. El personal médico de un centro elige su presidente y fija el horario de trabajo.

El médico general actúa como médico de familia, pero también debe cuidar del bienestar infantil, el cuidado pre y post-natal y la convalecencia de los enfermos hospitalizados. Se procura reducir a un minimum las visitas hospitalarias.

Existe libertad de elección para los enfermos entre los facultativos que forman parte del centro, pero se fija el número máximo de enfermos que puede atender cada médico. Estos pueden también rehusarse a atender a un paciente.

2°) Hospitales auxiliares. Los enfermos son atendidos por médicos generales, pero también disponen, a solicitud de éstos, de la atención de especialistas consultores.

3°) Hospitales regionales. Cuentan con personal especializado full-time y los elementos necesarios para los tratamientos especializados.

4°) Policlínicas. Son anexas a los hospitales y permiten a los centros de salubridad enviar a los pacientes que no requieren hospitalización pero que necesitan servicios de especialización que sobrepasan su capacidad (como en los casos de tuberculosis o enfermedades venéreas)

5°) Hospitales especiales. Proporcionarían los tratamientos especializados en aquellos casos en que resultara conveniente o necesario.

II) Administración.

f) Debería crearse un Consejo Consultivo Nacio-

nal de salubridad para planificar y determinar las directivas generales de la política de salubridad. Estaría formado por miembros elegidos por el Gobierno que representen a los departamentos interesados y al pueblo y por miembros técnicos elegidos por las asociaciones profesionales. Uno de los representantes del pueblo debería representar específicamente a los intereses nativos.

2°) Los funcionarios del Servicio de Salubridad deberían agruparse en una Corporación Nacional de Salubridad, encabezada por una Junta y presidida por el Ministro de Salubridad. La Junta elegiría a su vez un Directorio Nacional de Salubridad formado por un Director General y varios directores o controladores de los distintos servicios sanitarios.

3°) Autoridades regionales. Cada región contaría con dos directores regionales, especializados uno de ellos en los servicios curativos o de atención médica y el otro en los servicios preventivos o sanitarios. Los directores regionales estarían asesorados por un Comité Regional Técnico que representaría a los directores, superintendentes de hospitales y presidentes de las distintas unidades de salubridad. Dicho Comité tendría además la función de efectuar los nombramientos para la región, sujetos a la aprobación ulterior de la Junta.

Otros comités regionales integrados por las autoridades locales y representantes de asociaciones de empleadores y trabajadores asesorarían y resolverían los problemas regionales de coordinación.

III) Condición de los médicos.

Los médicos que forman parte del servicio de salubridad están asalariados, ingresan al servicio después de un período inicial de 3 años y ascienden según su mérito. Se jubilan a los 60 años y reciben pensiones de 1/60 del último salario por cada año de servicio hasta un máximo de 40 años de servicios. También se propone el establecimiento de pensiones para los familiares que dependen del médico y asignaciones por enfermedad e incapacidad.

M) Unión Sudafricana.

2) Situación actual.

El servicio médico-social que se halla organizado bajo la forma de asistencia social abarca los casos de enfermedad, maternidad, invalidez y daños originados en el empleo.

He aquí sus principales caracteres:

a) Personas protegidas. Comprende a todos los residentes de pocos recursos.

b) Servicios otorgados. Sólo se proporciona atención hospitalaria.

c) Organización. Se distribuye en sistemas provinciales administrados por juntas de hospitales.

d) Financiación. El Estado soporta el costo íntegro de los servicios.

CAPITULO

IV :

ESTUDIO

ECONOMICO

DEL

PROBLEMA

CAPITULO IV: ESTUDIO ECONOMICO DEL PROBLEMA.

1°) Algunos conceptos generales.

A) Concepto económico de la medicina social.

El hombre que trabaja se mantiene a sí mismo y a los suyos y enriquece a la comunidad, pero su rendimiento o productividad depende del estado de su salud. De ahí que la salud individual y social tenga una significación económica.

A pesar de eso, este aspecto de la importancia económica de la salud no se valora como corresponde. Desde el punto de vista individual aún las personas pudientes sólo se hacen atender cuando se hallan seriamente enfermas y descuidan los aspectos preventivos de su salud. Desde el punto de vista social, hasta no hace mucho, se presentaban algunos casos verdaderamente paradójicos: gobiernos que consagraban grandes sumas para la lucha contra las enfermedades del ganado se mostraban indiferentes a los problemas de la salud pública, evidenciando un interés mucho menor en combatir esas mismas enfermedades en el hombre; países en donde se vigilaba más el buen estado de las máquinas que la salud de los obreros, porque éstos últimos no tenían aparentemente costo de reposición; sólo en los casos de epidemias que amenazaban con paralizar completamente la producción, las colectividades reaccionaban unánimemente en una forma efectiva.

Actualmente se ha reaccionado considerablemente contra esas actitudes privadas y oficiales. Se ha reconocido que nada es más costoso que la enfermedad y la muerte y que todo gasto hecho en nombre de la medicina social es una economía.

Cabe recordar aquí el tan conocido teorema de Hazen, quien expresara que: "Los beneficios de una ley higiénica se extienden más allá de los alcances de la ley misma!"

B) Solidaridad económica de la salud pública.

La solidaridad económica de la salud pública, que siem

pre existió por sobre el descuido y la indiferencia de los particulares y del gobierno, se evidenció en forma más concreta con el surgimiento de los nuevos sistemas de medicina social.

Los hombres sólo demostraron en un principio una solidaridad sentimental frente al dolor, que dió origen a los primeros sistemas caritativos y filantrópicos. Pero con el surgimiento de los nuevos sistemas de asistencia social, seguro social y servicio médico público, a esa solidaridad sentimental se ha venido a unir la solidaridad económica, por la cual el estado de salud de cada miembro de la comunidad influye, esta vez más concretamente, sobre los recursos comunes de toda la colectividad.

El seguro de enfermedad voluntario excluye todavía a los tuberculosos, venéreos y alcoholistas, salvo cuando los síntomas se revelan después de la afiliación; en cambio, la asistencia social, el seguro obligatorio y los servicios médicos públicos no efectúan distinciones y crean un vínculo económico sanitario más absoluto.

C) Plan del presente capítulo.

En el presente capítulo se considerarán los caracteres de los sistemas de la medicina social en relación con los siguientes aspectos: 1) personas protegidas; 2) servicios otorgados; 3) organización, que abarca estructura del sistema, administración, funcionamiento, control, etc.

Con relación a cada uno de estos tres aspectos se examinarán en primer lugar los antecedentes generales, en segundo lugar la legislación comparada y en tercer lugar los principios generales que deducimos de las diversas fuentes sobre la materia.

A) Antecedentes.

Debemos considerar separadamente los dos sistemas tradicionales que han adoptado los países para organizar la atención médico-social de su población:

1.- Asistencia social.

Bajo este sistema los servicios médicos se han destinado a toda la población o a ciertos grupos que demostraban escasez de recursos.

2.- Seguro social.

En la mayor parte de los casos, el seguro de enfermedad obligatorio se ha aplicado a las personas asalariadas de la industria y el comercio; no obstante, algunos países limitaron su aplicación, al menos en sus comienzos, a la población urbana o a los trabajadores industriales.

a) Obreros. En los países industrializados, los obreros componen la gran mayoría de las personas con entradas bajas y todos ellos dependen de un empleador que contribuye al pago de las cotizaciones. De allí que universalmente hayan sido los primeros favorecidos por el seguro de enfermedad.

b) Empleados. Fueron frecuentemente excluidos del seguro de enfermedad obligatorio, cuando su remuneración excedía de cierto límite. Ha sido también frecuente fijar los límites de salario para empleados de tal forma que pudieran prescindir más fácilmente de la obligatoriedad del seguro, inclinándolos así hacia los seguros voluntarios. En algunos países el principal motivo de esta exclusión ha sido la oposición del cuerpo médico que no deseaba limitar la esfera de su práctica privada.

Ultimamente se ha producido una reacción en esta tendencia general; puede citarse como ejemplo al régimen británico anterior a las leyes de 1948, que en 1941 sufrió una enmienda por la cual se elevaba el límite de obligatoriedad del seguro a un salario de 420 £ por año, o sea a un salario límite 60 % mayor que el fijado

precedentemente.

c) Trabajadores independientes. La falta de la contribución del empleador ha retardado la extensión a este tipo de trabajadores del seguro de enfermedad obligatorio, aún cuando ellos constituyen frecuentemente grupos numerosos e igualmente necesitados.

A menudo se han concedido facilidades para que los trabajadores independientes pudiesen ingresar al seguro en carácter de miembros voluntarios; en la práctica, se han usado poco esas facilidades debido, entre otras razones, a la imprevisión, a la incapacidad de pagar las cotizaciones, al hecho de que las ganancias continúan en algunos casos durante la enfermedad o a la preferencia por los seguros contratados con empresas particulares.

d) Trabajadores agrícolas. Son los menos favorecidos por el seguro de enfermedad obligatorio, que sólo se extiende a ellos en los grados más avanzados de desarrollo. De ahí que en 1939, mientras los trabajadores de la industria y el comercio estaban incluidos en el seguro de enfermedad obligatorio en gran número de países, los trabajadores agrícolas sólo eran protegidos en no más de seis de ellos.

Son particularmente excluidos del seguro, en aquellos países agrícolas que poseen vastas regiones con escasa densidad de población y pocos recursos médicos. Para obviar estos inconvenientes, algunos países de América del Sur han ido implantando el seguro distrito por distrito, sólo después de haber creado el equipo necesario en las distintas regiones comprendidas.

e) Personas a cargo del asegurado. La primera tentativa para cubrir la necesidad de atención médica de las familias de los asegurados consistió en la atención obstétrica prestada a la esposa del asegurado.

En el intervalo entre las dos guerras mundiales, la atención médica de la mujer e hijos que viven a expensas del asegurado se ha extendido considerablemente. Dicha atención, que en un

principio constituyó sólo una prestación voluntaria y suplementaria, se ha convertido en un beneficio legal. Sin embargo, cabe notar que la atención médica acordada a la familia del asegurado ha tomado generalmente una amplitud y una duración menor que la que se presta al asegurado mismo.

f) Totalidad de la población. Algunos países muy evolucionados y en los que las labores agrícolas se efectúan utilizando métodos intensivos (Suecia) y otros menos evolucionados pero que marchan a la cabeza de la legislación mundial en la materia (Islandia, tres provincias del Canadá) han llegado a aplicar recientemente sistemas de seguro social de enfermedad que cubren a toda o casi toda la población.

2°) Personas protegidas.B) Legislación comparada.1.- Generalidades.

Son muy numerosos los países que han organizado ser vicios de atención médica, ya sea en forma de asistencia social, servicio público o seguro de enfermedad; pero muy pocos de ellos han extendido estos servicios a todos los residentes o ciudadanos: sobre 43 países que tienen servicios médico sociales en caso de enfermedad, sólo 5 países, o sea el 12 % del total, lo extienden a todos los residentes o ciudadanos.

Es mayor la proporción de países que extienden a to da la población sus servicios de preservación de la salud pública: 10 países sobre un total de 19, es decir, alrededor del 53 %.(1)

2.- Clasificación.

Desde el punto de vista de las personas protegidas por servicios médico-sociales, podemos clasificar los países en los siguientes grupos principales:

a) Países que tienen sistemas de asistencia social que extienden a toda la población de escasos recursos: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá (en 2 provincias); Colombia; Rca. Dominicana; Ecuador; Francia; Guatemala; Haití (exclusivamente para los ciudadanos); México; Panamá; Perú; Portugal; El Salvador; Unión Sudafricana y Uruguay.

b) Países que además del sistema de asistencia social tienen un sistema de seguro social obligatorio de enfermedad que cubre a los asalariados (incluyendo en algunos casos a los miembros de cooperativas de productores, beneficiarios de pensiones y personas a su cargo): Bolivia; Brasil; Colombia y Panamá (comprenden asalariados y trabajadores independientes de pocos recursos); Rca. Dominicana; Ecuador; Francia (comprende asalariados, beneficiarios de pensiones, desempleados, estudiantes y personas a su cargo); Haití;
 (1) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. "La seguridad social: estudio internacional". Op. cit. Cuadro N° III; pág. 31.

México; Perú; Portugal (comprende a los asalariados y trabajadores independientes en actividades determinadas, abogados, médicos y personas empleadas en trabajos de pesca) y Venezuela.

c) Países que además del sistema de asistencia social tienen un sistema de seguro social obligatorio de enfermedad que cubre a las personas que ejercen una actividad remunerada: Guatemala y El Salvador.

d) Países que tienen un sistema de seguro social obligatorio que cubre a toda la población: Suecia, Canadá (en 3 provincias); Islandia (que exige el requisito de nacionalidad).

e) Países que tienen un sistema de seguro social obligatorio de enfermedad que cubre a los asalariados, beneficiarios de pensiones y personas a su cargo: Grecia; Hungría; India (sólo asalariados empleados en fábricas, de pequeñas ganancias); Irán (sólo asalariados manuales urbanos y personas a su cargo); Irlanda (sólo asalariados manuales y no manuales de pocos recursos); Polonia, Turquía y Venezuela (en los dos últimos sólo asalariados urbanos y personas a su cargo).

f) Países que tienen un sistema de seguro social obligatorio que cubre a otras categorías de beneficiarios: Austria (asalariados, trabajadores independientes, beneficiarios de pensiones, desempleados, y personas a su cargo); Bulgaria (asalariados, miembros de las cooperativas de productores, trabajadores urbanos independientes, beneficiarios de pensiones y personas a su cargo); Checoslovaquia (personas que ejercen una actividad remunerada, trabajadores empleados en la familia, beneficiarios de pensiones, desempleados urbanos y personas a cargo de asalariados); Italia (asalariados, inquilinos y colonos, desempleados urbanos y personas a su cargo); Luxemburgo (asalariados manuales y no manuales de pequeñas ganancias, beneficiarios de pensiones, desempleados y personas a su cargo); Noruega (asalariados de pocos recursos, desempleados y personas a su cargo); Países Bajos (asalariados de pequeñas ganancias, desempleados y personas a su cargo).

g) Países que tienen un sistema de seguro social voluntario (con subsidio estatal) que abarca a todos los residentes como Bélgica, a los ciudadanos de pocos recursos e hijos a su cargo como Dinamarca, a las personas a cargo de asalariados como Haití o a los residentes de pocos recursos y personas a su cargo como Noruega. Este sistema es el único que cubre el riesgo de enfermedad en Dinamarca mientras que en los demás países acompaña a otros sistemas (estos últimos pueden ser un seguro social obligatorio como en Bélgica y Noruega o un sistema de asistencia social y de seguro social obligatorio como en Haití)

h) Países que tienen un sistema de servicio público de enfermedad que cubre a toda la población: Australia, Reino Unido y Nueva Zelanda.

i) Países que tienen un sistema de servicio público que sólo cubre a un tipo de trabajadores; Estados Unidos (para la gente de mar).

2º) Personas protegidas.

C) Principios generales

Lógicamente, el ideal de un sistema de atención médico-social es que éste abarque a todos los miembros de la comunidad, independientemente de cualquier consideración, tal como su nacionalidad, sus recursos o el hecho de que efectúen o no un trabajo lucrativo. En el caso de que eso no fuera posible, debería tenderse, al menos, a que el sistema de atención médico-social adoptado comprendiera a todos los trabajadores.

Este principio es teóricamente de más fácil aplicación en los sistemas de asistencia social y de servicio médico público; en cambio da lugar a mayores dificultades en los sistemas de seguro social. En efecto, el pago de cotizaciones por los asegurados que dependen de otros y por aquellos que carecen de recursos implican problemas que deben resolverse, si se desea que el seguro abarque a la totalidad de la población.

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en la recomendación del año 1944 relativa a la atención médica expresó su deseo de que los servicios médicos se extendieran a todos los trabajadores, sus familiares y trabajadores independientes, incluso los que se encuentran en poblaciones rurales. (1)

A continuación se analizarán los principios relativos al campo de aplicación de los distintos sistemas de atención médico-social, dando mayor amplitud a la consideración de las distintas categorías de la población que contribuyen y son protegidas por los sistemas de seguro obligatorio de enfermedad que otorgan atención médica.

1.- Sistema de asistencia social.

Se trata de un sistema financiado en todo o en parte con fondos públicos provenientes de rentas generales o impuestos especiales y atendido por profesionales asalariados, que procura aten-

(1) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. "Textos adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo en su vigésima-sexta reunión". (Filadelfia, 1944) Montreal, 1944. pág. 31

ción médica a todas aquellas personas que no pueden costearse una atención médica eficaz por sus propios medios. De ahí que deban adoptar este sistema:

a) Los países que no tienen un seguro obligatorio o voluntario subsidiado de enfermedad o un servicio médico público, para proteger a toda la población de escasos recursos.

b) Los países que poseen un seguro social obligatorio o voluntario subsidiado de enfermedad que se limita a ciertas categorías de habitantes, para proteger al resto de la población.

2.-Sistema de servicio médico público.

Se trata de un sistema muy evolucionado que procura una atención médica preventiva y curativa a toda la población y coordina aquellos servicios con los servicios generales de salud. En este sistema todos los miembros de la comunidad tienen igual derecho a la atención médica otorgada, sin sujeción a condición alguna, tal como el pago de contribuciones o el examen de medios económicos.

3.-Sistema de seguro social voluntario subvencionado.

Se trata de un sistema de seguro social de enfermedad abierto teóricamente a toda la población; cuenta con el apoyo financiero del Estado que contribuye a aliviar el monto de las cotizaciones de los particulares. Este sistema puede presentarse aislado o acompañando a otros sistemas y puede abarcar a todos los residentes o sólo a ciertas categorías de ellos (tales como los ciudadanos o residentes de pocos recursos y personas a su cargo)

4.-Sistema de seguro social obligatorio.

Este sistema puede cubrir a toda la población, a la mayor parte de la misma o sólo a una categoría o categorías determinadas. Teóricamente resulta recomendable la implantación del seguro social obligatorio de enfermedad cuando el sistema de cotizaciones ya existe para otras ramas de la seguridad social y se pre

ve la posibilidad de incluir en el régimen del seguro a la totalidad de la población.

a) Personas aseguradas que cotizan.

I) Todos los residentes o los ciudadanos.

Es el sistema más amplio. Teóricamente se recomienda este sistema como el más adecuado siempre que la obligación de cotizar se limite a los miembros adultos de la comunidad cuyas entradas excedan el nivel de subsistencia determinado en cada país por la autoridad competente.

II) Asalariados.

Son los más frecuentemente protegidos por los sistemas antiguos y modernos de seguro social obligatorio de enfermedad. Los empleadores contribuyen al pago de las cotizaciones. Dentro de la categoría de asalariados se encuentran:

1°) Los obreros, que constituyen la gran mayoría de las personas que tienen entradas bajas, en los países industrializados. Están comprendidos dentro de esta categoría los trabajadores a domicilio. En algunos casos se protege sólo a cierto tipo de obreros, como por ejemplo los empleados en fábricas de pequeñas ganancias.

2°) Los empleados constituyen igualmente un núcleo numeroso de la población que normalmente cuenta con recursos limitados. Últimamente se ha reaccionado contra la tendencia de excluirlos del seguro; asimismo se ha procurado elevar el límite de salario dentro del cual el seguro de enfermedad era obligatorio. Están comprendidos dentro de esta categoría los empleados públicos.

3°) Los trabajadores agrícolas. suelen ser injustamente excluidos del seguro. Debe procurarse implantar los servicios necesarios para permitir que este tipo de asalariados sean protegidos, aún en los países de escasa densidad de población.

III) Trabajadores independientes.

Gran parte de los trabajadores independientes tie-

nen recursos tan limitados como los de la categoría anterior; debe procurarse, pues, que estos últimos sean incluidos en el seguro obligatorio de enfermedad.

La mayor parte de los sistemas actuales excluyen del seguro a este tipo de trabajadores; otros los admiten en carácter de miembros voluntarios; algunos los incluyen expresamente dentro del sistema. Estos últimos suelen exigir ciertas condiciones, tales como la de poseer pocos recursos, vivir en las ciudades o desempeñar actividades determinadas.

IV) Personas que ejercen una actividad remunerada.

Esta categoría es de una amplitud intermedia entre la que abarca a toda la población y la que sólo protege a los asalariados. En efecto, comprende a más de estos últimos, a los trabajadores independientes, profesionales, trabajadores ocupados en el servicio doméstico y demás personas que desempeñan una actividad lucrativa.

V) Otras categorías.

Diversas razones propias de un medio social determinado o simplemente circunstanciales han llevado a algunos países a proteger a ciertas categorías de su población.

A más de las categorías ya analizadas, es frecuente que el seguro social obligatorio abarque, entre otros, a los beneficiarios de pensiones, miembros de cooperativas de productores, desempleados, etc. Otras categorías más raramente incluidas son las de los trabajadores empleados en las familias, inquilinos y colonos, estudiantes, abogados, médicos, etc.

b) Personas aseguradas en virtud de la cotización de otros.

Existen algunas personas que no contribuyen directamente al seguro obligatorio de enfermedad pero que deben recibir igualmente todos los beneficios previstos por aquél, en virtud de que sus cotizaciones deben considerarse incluidas dentro

de las que efectúan otras personas a las que se hallan ligadas por lazos de parentesco o de dependencia. Los cotizantes efectivos no están sujetos al pago de ninguna cotización adicional.

Se encuentran en esa situación:

I) El cónyuge a cargo del cotizante

II) Los hijos menores de cierta edad, que podría fijarse en los 16 años o en una edad mayor si continúan su educación general o profesional.

III) Las personas que viven a expensas de un cotizante.

En la práctica, la mayor parte de los países que limitan la atención médico-social a ciertas categorías de personas, la extienden también a las personas a cargo de ellas.

c) Personas aseguradas mediante el pago de las cotizaciones por la autoridad competente.

Un servicio médico establecido mediante un seguro social obligatorio que quisiera abarcar a toda la población debería tener en cuenta la situación especial de los que no pueden contribuir al seguro. Tal es el caso de los adultos cuyas entradas son inferiores al nivel de subsistencia determinado por la autoridad competente, de los indigentes y del cónyuge, hijos menores y personas que se hallan a cargo de estos últimos.

3°) Servicios otorgados.

A) Antecedentes.

1.- Generalidades.

Ha sido una de las grandes preocupaciones de los recientes gobiernos lograr la extensión en número y calidad de los servicios de atención médica que se prestan a la población.

En lo que se refiere en especial al seguro de enfermedad voluntario y obligatorio, se observa que existe una marcada tendencia a aumentar la proporción de los recursos de las cajas de seguro que se destinan al sostenimiento de servicios médicos. En los últimos cincuenta años esta proporción ha aumentado del 50 al 60 % y en algunos países hasta el 80 % del total. Este aumento se debe a que los métodos de diagnóstico y tratamiento puestos al servicio de los asegurados son cada vez más perfectos, aparte del hecho de que la atención médica se ha extendido a las mujeres e hijos de los asegurados.

Puede afirmarse que el desenvolvimiento del seguro de enfermedad se ha caracterizado por la importancia cada vez mayor que se ha dado a las prestaciones en especie sobre las prestaciones en dinero; es decir a la prevención y curación de las enfermedades sobre el otorgamiento de indemnizaciones por incapacidad para el trabajo provocada por enfermedad.

2.- Etapas de evolución.

En la evolución del seguro de enfermedad, en relación con los servicios médicos otorgados, pueden señalarse las siguientes etapas:

a) En un principio la atención médica se reducía a una visita al consultorio del médico general y a la prescripción de una medicina. Se limitaba exclusivamente a los asegurados.

b) Ya antes de la segunda guerra mundial los servicios médicos del seguro obligatorio de la mayoría de los países, eran más completos: comprendían la consulta y tratamiento gratuitos por

un médico general, los medicamentos y auxilios poco costosos prescriptos por él, el tratamiento por médicos especialistas, los tratamientos físicos y la hospitalización. Generalmente abarcaban también formas simples de asistencia dental (extracciones y obturaciones).

c) Más recientemente, las instituciones de seguro de enfermedad han sido frecuentemente autorizadas para completar las prestaciones legales mínimas con prestaciones suplementarias, tales como las estadías de convalecencia, la prolongación del tratamiento médico más allá del plazo prescripto, la prestación de miembros artificiales y prótesis dentarias.

d) La asistencia obstétrica, que se otorgó en primer lugar a las mujeres aseguradas y luego a las esposas de los contribuyentes, abarcó paulatinamente los cuidados pre-natales y la vigilancia médica de la madre y del recién nacido.

3.- Atención médico-social preventiva.

En los últimos años se ha transformado el concepto sobre la función de la atención médica, estableciendo que ésta no debe procurar solamente la curación del paciente, sino también y primordialmente, la prevención de las enfermedades. Se llega así a señalar la importancia de los exámenes médicos periódicos para lograr el diagnóstico precoz de afecciones graves.

El costo elevado de esas medidas ha retardado la realización de las mismas. Chile fué uno de los primeros países que adoptaron la difícil tarea de examinar preventivamente a la población asegurada. Este país comprobó que una gran proporción de su población asalariada (21,5 %) estaba afectada por enfermedades cardiovasculares (5,4%), venéreas (9%) y tuberculosas (7,1%), sin advertirlo. En 1938 dictó la Ley de Medicina Preventiva que organiza exámenes médicos de la población y provee sostén y tratamiento a las personas afectadas por alguno de esos tres tipos de enfermedades, siempre que sean recuperables. Para ello ha empleado métodos de

diagnóstico en gran escala con poco gasto, tales como la microradiografía inventada por el Dr. Abreu del Brasil.

A comienzos de la guerra pasada, la oficina nacional de seguros de Alemania, trató de lograr el diagnóstico precoz y tratamiento de la tuberculosis. Para ello, estableció ^{que} las instituciones de seguro de pensión, que en ese país se encargaban de la prevención y tratamiento de la tuberculosis, procedieran al examen radiográfico de la población asegurada en cierto número de municipalidades.

4.-Duración de la atención médico-social.

En lo que se refiere a la duración de la atención médico-social, ésta ha sido generalmente fijada en 26 semanas por cada caso de enfermedad, es decir, la misma prevista normalmente para la indemnización por incapacidad para el trabajo. En el caso de enfermedades de larga duración, como la tuberculosis, se ha previsto generalmente un período más amplio.

En el sistema anterior a 1948, Gran Bretaña acordaba atención médica sin límite de tiempo a los inválidos crónicos y a los enfermos que requerían cuidado médico continuado.

Poco antes de la segunda guerra mundial Alemania suprimió todo límite a la duración de la atención médica.

En los últimos tiempos se ha generalizado la tendencia de conceder atención médico-social durante todo el tiempo que los casos particulares la requieran.

lud de la población.

e) Austria, Bélgica, Francia, Italia, Países Bajos, Polonia y El Salvador autorizan a las cajas de seguridad social a tomar medidas para prevenir las enfermedades.

d) Bélgica, Checoslovaquia, Francia y Polonia efectúan reconocimientos preventivos.

e) Islandia, Italia, Noruega y Portugal establecen medidas especiales para combatir la tuberculosis.

f) Bélgica tiene servicios especiales encargados de descubrir los casos incipientes de tuberculosis, cáncer y enfermedades mentales.

g) Australia, Chile, Dinamarca, Finlandia, Francia, Islandia, Polonia, Portugal y Reino Unido poseen servicios sanitarios para madres y niños.

h) Australia, Checoslovaquia, Finlandia y Guatemala se preocupan por la educación sanitaria de la población.

i) Australia y Checoslovaquia organizan investigaciones científicas sobre problemas de la salud.

j) En el Reino Unido, el servicio nacional de sanidad combina la atención médica y el cuidado de la salubridad general mediante visitas domiciliarias, vigilancia de la salud de los enfermos sometidos a tratamiento, etc.

3°) Servicios otorgados.C) Principios generales.1.- Generalidades.

a) Los servicios médicos procuran proteger y mejorar la salud general o restablecer la salud personal, prevenir la agravación de las enfermedades y aliviar el sufrimiento.

Los servicios médicos deberían abarcar todos los casos que requieren atención profesional. Deberían otorgarse, pues, no sólo en caso de enfermedad sino también en caso de daños originados en el empleo, maternidad e invalidez.

Es conveniente recordar una vez más que, en el presente trabajo, no corresponde analizar las diversas prestaciones en dinero que se conceden en tales casos, sino la atención médica correspondiente, que tiene principios comunes de atención y organización.

b) Según ya lo hemos señalado, los servicios médicos pueden otorgarse por intermedio de varios regímenes principales: asistencia social, servicio público de sanidad, seguro social voluntario u obligatorio.

Los sistemas de asistencia social otorgan muy raramente la consulta y tratamiento por médicos generales (salvo la organización de consultorios externos en los hospitales); en cambio, proporcionan tratamiento hospitalario, cuidados materno-infantiles y tratamiento de las enfermedades crónicas.

Los sistemas de seguro social obligatorio o voluntario y los servicios públicos de sanidad proporcionan servicios médicos de amplitud muy variada, que van desde la atención médica y hospitalaria completa hasta la simple hospitalización o la contribución al pago de honorarios a los facultativos.

c) La atención médica debería comprender:

- I) Consulta y tratamiento médico general en o fuera de hospitales y centros de salud, incluyendo servicio domiciliario y de urgencia.
- II) Consulta y tratamiento por especialistas en las mismas condicio-

nes.

III) Consulta y tratamiento odontológico.

IV) Servicios de enfermera en el domicilio, en el hospital y en otras instituciones médicas.

V) Atención de matronas y otros servicios de maternidad en la casa o en el hospital.

VI) Internación en hospitales, sanatorio, casas de convalecencia y otras instituciones médicas.

VII) Facilitación de los medios terapéuticos necesarios para la atención médica, quirúrgica o dental, incluyendo miembros artificiales.

VIII) Tratamiento por otras profesiones conexas (kinesiólogos, dietistas, etc.)

IX) Educación sanitaria.

X) Readaptación social y rehabilitación profesional, etc.

d) La atención médico-social debería estar disponible en todo tiempo y lugar para todos los miembros de la comunidad en las mismas condiciones, evitándose la interposición de cualquier obstáculo de naturaleza administrativa, financiera o política.

Los afiliados a un sistema de seguro social de enfermedad deberían ser atendidos en los centros de que dispusiera el servicio en el lugar de residencia o en aquel lugar en que se hallaren al surgir la necesidad de atención médica, sin tener en cuenta los atrasos en las cotizaciones u otras consideraciones ajenas al estado de salud.

e) La atención médica y los medios terapéuticos deberían otorgarse sin límite de duración, es decir en el momento y por el plazo que fueran necesarios. La necesidad de la prestación de los servicios está sujeta al juicio de los médicos con las limitaciones razonables que puede imponer la organización técnica de los servicios.

f) Debe facilitarse a los médicos generales los elementos más completos posibles de diagnóstico y tratamiento, espe-

cialmente servicios de laboratorio y rayos X. En los centros sanitarios de mayor importancia los odontólogos y especialistas deberían tener a su disposición los equipos técnicos modernos más costosos; además deberían contar con la colaboración de los servicios auxiliares, tales como los de enfermeras y mecánicos dentales y con facilidades para realizar investigaciones científicas.

2.-Tratamiento hospitalario.

La asistencia en hospitales y sanatorios debe asegurarse mediante la creación y mantenimiento de las instituciones necesarias.

Con frecuencia son los gobiernos locales los que construyen los hospitales públicos para el tratamiento de las enfermedades generales, la tuberculosis y las enfermedades mentales, casi siempre con el subsidio del Estado. Este contribuye también, a menudo, al sostenimiento de los hospitales fundados por instituciones privadas de caridad. Las instituciones de seguro de enfermedad construyen sus propios establecimientos hospitalarios o celebran contratos con los hospitales públicos para otorgar en ellos atención médica gratuita a las personas aseguradas.

Es frecuente que en los regímenes de asistencia social se exija a los enfermos no indigentes una contribución adecuada a sus recursos para financiar el costo de su tratamiento. Otros países someten a los pacientes a un examen de recursos o les obligan a pagar una suma que representa sólo una fracción del costo de hospitalización.

3.-Servicios generales de salubridad.

Es muy conveniente que los servicios médicos se coordinen con los servicios generales de salubridad. En los sistemas de asistencia social o servicio médico público esos servicios pueden combinarse mediante organismos comunes; en los sistemas de seguro de enfermedad pueden constituirse órganos mixtos integrados por las autoridades que se encargan de administrar los servicios generales de salud y por las instituciones de seguro que o-

torgan atención médica. Según la Recomendación de la O.I.T. de 1944 relativa a la asistencia médica, en el orden local dicha coordinación podría concretarse mediante el establecimiento de centros de asistencia médica en las proximidades de la sede central de los servicios generales de salud o "estableciendo centros comunes como sedes centrales para todos o la mayor parte de los servicios de salud" (1)

La asistencia general de salubridad en los centros de salud podría otorgarse ventajosamente por el mismo personal de la profesión médica y profesiones conexas que desempeñan los servicios, especialmente en lo que se refiere a inmunización, examen médico de escolares y otros grupos de personas, consultas pre y post-natales, etc.

4.-Atención médica en el medio rural.

La atención médica de las personas que habitan lejos de centros urbanos crea problemas especiales. Es bien conocida la dificultad que existe para que los médicos privados se establezcan en los medios rurales donde la población es escasa y por lo común cuenta con pocos recursos pecuniarios. De ahí que tanto los sistemas de asistencia social o servicio público de sanidad como los de seguro de enfermedad voluntario u obligatorio hayan buscado soluciones especiales al problema, creando centros sanitarios en las poblaciones más numerosas, postas sanitarias en las más pequeñas y ambulancias sanitarias bien equipadas que recorren el medio rural. Además se ha procurado otorgar facilidades para el transporte de los pacientes más serios hasta los establecimientos sanitarios de mayor importancia.

Algunos países han creado un servicio de consulta y atención de la población rural por médicos funcionarios asalaria-

dos que se hallan bajo el control de las autoridades nacionales o
 (1) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. "Textos adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo en su vigésima-sexta reunión". Op. cit. pág. 38

provinciales de salud pública.

En algunos casos estos servicios médicos incluyen también la provisión de medicinas, medios de curación y tratamiento por especialistas. El médico-funcionario presta sus servicios como médico general, incluyendo cirugía menor y obstetricia y cumple tareas sanitarias, tales como las de inmunización.

Los servicios son generalmente gratuitos incluyendo o no a las personas que pueden proporcionarse privadamente los cuidados médicos; en algunos casos se exigen a los pacientes pequeñas sumas de dinero que el Estado reembolsa en parte en el caso de que se trate de personas cuyos recursos no excedan de un límite determinado.(1)

(1) Tales son el líneas generales los diversos sistemas que se han implantado en Irlanda, Noruega, Suecia y las provincias canadienses de Manitoba y Saskatchewan.

4°) Organización.

A) Antecedentes.

La atención médico-social prestada en forma de asistencia estuvo tradicionalmente administrada por las autoridades centrales o locales que se ocuparon de la organización de los establecimientos sanitarios y de la retribución de los profesionales.

En lo que se refiere a la organización de los servicios de atención médica bajo forma de seguro social puede advertirse que su evolución se ha caracterizado por estos dos procesos: un proceso de centralización bajo una autoridad única y un desenvolvimiento sobre base territorial por oposición a la base profesional. Esta tendencia se ha advertido tanto en los países que organizaron una administración totalmente nueva como en aquellos que poseían una tradición apoyada en las primitivas sociedades de seguro voluntario.

Existen otros dos caracteres que se han venido consolidando a través del tiempo: la autonomía de la administración y la participación en ella de los beneficiarios y de las profesiones interesadas.

La necesaria limitación de los recursos financieros destinados a sostener los servicios médico-sociales, ha obligado a un esfuerzo constante de racionalización para mantenerse al nivel de los nuevos adelantos de la ciencia.

Antes de que estallara la segunda guerra mundial, el servicio médico de seguro obligatorio se había establecido en Europa Occidental sobre la base de la práctica médica individual. Las condiciones de servicio de los médicos y los honorarios eran fijados por contrato entre la asociación médica profesional y la Federación de las Cajas de Enfermedad. Generalmente se determinaba una remuneración variable de acuerdo con la naturaleza del tratamiento dado al paciente; por el contrario, en Inglaterra en el régi-

men anterior a las leyes de 1948, se fijaba una suma anual por cada asegurado a su cargo. Todos los médicos podían participar en el servicio y los asegurados podían elegir libremente entre los médicos de la vecindad.

En Europa central y oriental en la misma época, es decir antes de la segunda guerra mundial, se había conseguido ya la racionalización del tratamiento de médicos especialistas. Estos atendían a los pacientes enviados por los médicos generales en los centros y policlínicas instalados en las ciudades por las Cajas de enfermedad. El tratamiento dental se proporcionaba en las ciudades y en las regiones rurales en centros especiales de asistencia dental.

Con relación a Sud-América, Chile fué uno de los primeros países que racionalizó los servicios médico-sociales en forma amplia. Los médicos del seguro tomaron la categoría de funcionarios de las Cajas aunque les fué permitido ejercer su profesión también en forma privada. Se constituyeron centros de salud en donde médicos generales y especialistas actuaban bajo un sistema de equipo. En las regiones poco pobladas se buscó la colaboración de dispensarios ambulantes que visitaban a los pacientes en las postas de primeros auxilios establecidas en todo el país y de ambulancias que transportaban hasta los centros de salud a los enfermos que requerían hospitalización o vigilancia médica continua.

4°) Organización.

B) Legislación comparada.

1.- Sistemas de organización.

Gran parte de los países que tienen sistemas de atención médico-social lo organizan sobre la base del seguro social obligatorio que abarca a toda la población como Suecia e Islandia o sólo a determinadas categorías como Francia e Italia.

Algunos países lo hacen sobre la base del seguro social voluntario como Bélgica y Dinamarca.

Otros países poseen un sistema de servicio médico público como Australia, Reino Unido y Nueva Zelanda.

Finalmente, algunos países poseen sistema de asistencia social que cubren toda la población de escasos recursos o que abarcan a todas las personas necesitadas no cubiertas por el seguro obligatorio, como Francia y la mayor parte de las naciones sudamericanas. (1)

2.- Representación de los asegurados, los empleadores y el Estado en los organismos de administración de los seguros médico-sociales.

Los países que poseen sistemas de seguro médico-social disponen que los asegurados, los empleadores y el Estado o sólo alguno o algunos de ellos estén representados en sus organismos administrativos. Veamos algunos ejemplos:

a) En Francia, Italia, Países Bajos y Portugal están representados los asegurados y los empleadores.

b) En Bulgaria y Ecuador están representados los asegurados y el Estado.

c) En Chile, México, Venezuela y Grecia están representados los asegurados, los empleadores y el Estado.

d) En Checoslovaquia las instituciones centrales del seguro están a cargo exclusivo de los representantes de los asegurados.

e) En Islandia el Instituto de Seguro del Estado está administrado
(1) Ver página 9 y 96 del presente trabajo.

por una junta elegida por el Parlamento y por un director designado por el Estado.

3.-Representación de expertos y miembros de la profesión médica y profesiones conexas.

Los expertos en seguridad social y los miembros de las profesiones que prestan atención médica integran generalmente comités consultivos que colaboran en la solución de las cuestiones técnicas; en las instituciones autónomas de seguro social se hallan generalmente representados en el Consejo de Administración.

En Bélgica, el seguro de enfermedad e invalidez establece la formación de consejos médicos, dentales y farmacéuticos integrados por representantes de las profesiones respectivas y de los ministerios competentes, siendo responsables ante la Caja Nacional de Enfermedad e Invalidez.

En Islandia, existe un comité consultivo de expertos médicos del que forma parte el Director de Salud Pública encargado de asesorar al Instituto de Seguro del Estado.

En Gran Bretaña las profesiones interesadas y las autoridades sanitarias locales están representadas en los organismos locales de la administración de los servicios médicos.

4.-Situación de las sociedades de socorros mutuos dentro de los sistemas modernos de atención médico-social.

Es necesario tener en cuenta que en muchos casos los servicios médico-sociales han tomado como base las sociedades de socorros mutuos preexistentes.

En algunos países, como en Gran Bretaña, las sociedades de socorros mutuos han sido reemplazadas por órganos centralizados del Estado.

En otros países, la autoridad pública, en lugar de crear instituciones autónomas para la administración de los sistemas de seguridad social, incorpora las instituciones facultativas creadas por los particulares; para ser aprobadas por la autoridad

pública dichas instituciones particulares deben cumplir ciertas condiciones, tales como estabilidad financiera, volumen mínimo de a filiación, etc; las personas que no forman parte de ellas se incorporan automáticamente a las instituciones regionales reconocidas. Tales son los casos de Bélgica y Dinamarca, donde la administración de las prestaciones del seguro de enfermedad está en manos de las sociedades de socorros mutuos y de los organismos regionales integrados por las personas no afiliadas a dichas sociedades.

4°) Organización.

C) Principios generales.

Los distintos sistemas que adoptan los servicios médico-sociales imprimen caracteres particulares a las instituciones sanitarias, las condiciones de trabajo y remuneración de los profesionales, la administración y el funcionamiento de los servicios. En efecto, la organización de los servicios médicos debe variar notablemente según que esté establecido un sistema de servicio público que cubra o no a toda la población, un sistema de asistencia social que abarque o no a todos los residentes de escasos recursos, un sistema de seguro voluntario subsidiado o un sistema de seguro obligatorio que comprenda a toda la población o sólo a determinadas categorías de ella. No obstante, he procurado exponer a continuación aquellos caracteres que resultan comunes a través de los distintos sistemas.

1.- Principios de organización.

a) Centralización.

La consideración de este punto requiere una atención especial.

Es preciso ante todo diferenciar las relaciones de los servicios médico-sociales entre sí de las relaciones que los vinculan con las demás ramas de la seguridad social.

1) Relaciones de los servicios médico-sociales con las demás ramas de la seguridad social.

En materia de organización la atención médico-social ha manifestado una tendencia contraria a la de las demás ramas de la seguridad social. En efecto, estas últimas tienden a concentrar su administración en un solo organismo nacional que abarca todos los riesgos en aquellos países que han consolidado sus regímenes generales de seguridad social o han introducido recientemente sistemas de seguridad social de un vasto campo de aplicación. En cambio, los regímenes de atención médico-social, en virtud

de sus caracteres técnicos particulares, se han mantenido ajenos a esa tendencia general, conservando una organización independiente de las demás ramas de la seguridad social.

Así, por ejemplo, en Gran Bretaña las diversas ramas del seguro social relativas a la seguridad de los medios de subsistencia están centralizadas en el Ministerio del Seguro Nacional mientras que los servicios nacionales de salud pública dependen del Ministro de Salubridad.

II) Relaciones de los servicios médico-sociales entre sí.

Es necesario tener presente que la conveniencia de la centralización en la organización de una rama determinada de la seguridad social depende de tres factores principales: "de la simplicidad y relativa permanencia de la necesidad en cuestión y de la asistencia requerida para satisfacerla; de la ubicuidad, magnitud y peculiaridad de la necesidad que justifica el establecimiento de una maquinaria administrativa especial; y de la urgencia del interés nacional para lograr que la necesidad sea satisfecha de acuerdo con un standard uniforme" (1)

Pues bien, resulta sumamente deseable que la defensa de la salud pública se realice en todo el país con el mismo standard de eficiencia, pero, en cambio, no constituye aquélla una necesidad simple, permanente, uniforme ni susceptible de ser concentrada en forma absoluta en puntos determinados del país. Por el contrario es la autoridad local la que se encuentra en condiciones de ponerse en contacto estrecho con los beneficiarios e imprimir a los servicios de atención médica la flexibilidad que requieren.

.....

Por otra parte, cabe señalar que la administración de estos servicios por numerosas instituciones de estructura heterogénea presentan las siguientes desventajas:

(1) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. "Hacia la seguridad social"; Mac Gill University, 3480 University Street, Montreal, Canadá, 1942; pág. 7.

- 1°) Resulta muy costosa.
- 2°) Se requiere un número más elevado de profesionales, funcionarios y empleados para atender a la población.
- 3°) Las autoridades encargadas de la vigilancia tienen una tarea más extensa y compleja.
- 4°) Cuando los organismos parciales tienen autonomía en materia de disposiciones reglamentarias se establecen en la práctica diferencias que conducen a desigualdades inconvenientes y muchas veces injustas. En los sistemas centralizados, por el contrario, las autoridades determinan las soluciones más favorables e imponen la uniformidad a un nivel más elevado.

En el caso particular de la organización de la atención médico-social mediante un régimen de seguro a cargo de múltiples instituciones, a los inconvenientes anteriores se suman los siguientes:

- 1°) Repartición de los riesgos comunes entre grupos sociales reducidos.
- 2°) Necesidad de reservas relativamente extensas u obligación de recurrir a operaciones de reaseguro.
- 3°) Menores oportunidades para mejorar los servicios que requieren un personal técnico y un equipo que no pueden proporcionar las instituciones pequeñas.

III) Concepto general.

De todas las consideraciones antedichas surge la posición particular que ha adoptado la atención médico-social en materia de centralización:

La atención médico-social si bien se mantiene independiente de la de las demás ramas de la seguridad social, agrupa sus diversas dependencias en una organización única. Al mismo tiempo concede particular autonomía a las organizaciones locales, en las que delega una buena parte de sus funciones. Busca así acercarse al ideal de una organización con directivas unificadas y ejecución descentralizada.

b) Territorialización y regionalización.

La organización de los servicios de atención médico-social tiende a abandonar paulatinamente la base profesional englobando al conjunto de ocupaciones y profesiones de todo el país o de regiones determinadas del mismo.

La organización sobre base profesional presenta el inconveniente de producir desigualdades pues las profesiones influyen en forma marcada sobre el índice de morbilidad concentrando en determinadas instituciones los riesgos más desfavorables. Este defecto se pone más claramente de manifiesto cuando las instituciones parciales son pequeñas, pues entonces la incidencia de los riesgos resulta inestable y gravosa.

De ahí que la política constante de los gobiernos consista en fortificar las bases territoriales de los servicios médico-sociales, especialmente en relación con los sistemas de seguro obligatorio, a fin de que las cajas de seguro puedan aprovechar con plenitud las facilidades médicas existentes, concluir contratos con los médicos de la zona y establecer hospitales sobre una base territorial uniforme.

Es conveniente que la administración del servicio médico establecido sobre base territorial se distribuya en regiones sanitarias controladas por la autoridad central. Dichas regiones sanitarias deberían ser lo suficientemente extensas como para ofrecer un servicio completo por sí mismas, pero sin llegar a impedir el contacto estrecho entre los beneficiarios y las autoridades inmediatas.

c) Racionalización.

Es preciso lograr una estrecha colaboración entre los miembros de la profesión médica, profesiones conexas y demás organismos que intervienen en los servicios y una perfecta coordinación del equipo, personal, conocimientos y recursos para conseguir que la atención médica llegue a un grado óptimo de eficiencia.

Debe procurarse la intervención del mayor número posible de miembros de la profesión médica y profesiones conexas y la distribución de los servicios de acuerdo a las necesidades de los beneficiarios.

d) Práctica médica de grupo o equipo.

Se recomienda universalmente la práctica de grupo o equipo para el funcionamiento de los servicios médico-sociales, ya revistan éstos los caracteres de un servicio médico público, de un seguro obligatorio o voluntario o de un sistema de asistencia social.

La práctica médica de equipo ofrece las siguientes ventajas:

- I) Permite utilizar más económicamente los equipos complicados y caros que requieren los métodos modernos de diagnóstico y tratamiento.
- II) Permite la utilización más económica de los demás medios terapéuticos, personal auxiliar y elementos accesorios.
- III) Permite arribar a diagnósticos precisos y a tratamientos adecuados sin pérdida de tiempo gracias al concurso de especialistas y elementos técnicos apropiados.
- IV) Proporciona mayores oportunidades a los médicos para profundizar sus estudios y experiencias.
- V) No es incompatible con la elección por el paciente de un "médico de familia" que atienda las consultas generales y coordine los tratamientos prescritos por los otros miembros del grupo.

e) Participación de los profesionales y beneficiarios en la administración de los servicios médicos.

Debe consagrarse la representación de los profesionales y beneficiarios en los organismos de administración de los servicios médico-sociales, pues sólo así se puede lograr una defensa más integral de los intereses de ambas partes, la independencia profesional y la eficacia técnica de los servicios. Los profesionales suelen integrar consejos o comités consultivos o forman parte de los Consejos de Administración.

2.-Médicos y miembros de las profesiones conexas.

a) Conocimientos y pericia profesionales.

Los profesionales que actúan en los servicios médico-sociales deben poseer un alto nivel de conocimientos y experiencia técnica. Para ello conviene procurar:

I) Que los profesionales cumplan condiciones rigurosas de formación científica, entrenamiento y graduación.

Entre las calificaciones necesarias para ingresar al servicio deben exigirse una formación suficiente en materia de medicina social y el cumplimiento de un período mínimo como ayudantes hospitalarios. Además debería exigirse a los estudiantes de medicina y odontología un período mínimo como ayudantes en los centros de salubridad o consultorios, especialmente en las regiones rurales, bajo la dirección de médicos experimentados.

Los especialistas deberían presentar un certificado profesional especial.

También los miembros de las profesiones conexas deberían cumplir períodos mínimos de aprendizaje en hospitales o centros de salubridad.

II) Que los profesionales tengan oportunidades para investigar y perfeccionarse, desarrollando su pericia y manteniendo al día sus conocimientos.

Deberían organizarse cursos de postgraduados a los que acudirían periódicamente los profesionales que forman parte de los servicios. Los hospitales deberían poner a disposición de los profesionales las facilidades necesarias para la enseñanza y la investigación. El Estado debería prestar su apoyo legal y financiero a esta tarea de formación e investigación personal.

b) Condiciones de trabajo y remuneración,

Los sistemas de servicio médico-social deben otorgar a los profesionales remuneraciones adecuadas para evitar las preocupaciones de orden económico. Además deben garantizarlos contra

el riesgo de enfermedad, concederles vacaciones y retiros y otorgar pensiones a los familiares sobrevivientes.

Las condiciones de trabajo de los miembros de la profesión médica y profesiones conexas que participan en los servicios médico-sociales deben ser uniformes y establecidas de acuerdo con los principios aconsejados por comités integrados por representantes de las profesiones respectivas. Las únicas variantes admitidas a las condiciones generales de trabajo y remuneración serían aquéllas impuestas por las condiciones especiales en que se realiza el servicio (peligro de contagio; alejamiento de los centros urbanos, etc.)

Existen diversos sistemas de remuneración de los profesionales; pago de un sueldo por tiempo completo (full-time) o por tiempo incompleto (part-time); pago de un monto básico por año más un honorario "per cápita"; pago exclusivo de honorarios "per cápita", pago por cada visita, etc.

La forma y determinación de dichas remuneraciones suele traer complicaciones administrativas. El sistema de sueldos fijos parece dar lugar en muchos casos a exámenes superficiales mientras que el sistema de pago a tanto por visita puede ocasionar la multiplicación innecesaria de visitas, encareciendo la atención médica. Uno de los sistemas más adecuados parece ser el llamado "de Leipzig". Este sistema otorga al cuerpo médico en conjunto un tanto por ciento del monto de las cuotas recibidas o una suma determinada; esta suma debe ser repartida por los médicos entre ellos a prorrato, según la cantidad de enfermos de los registros o el número de visitas, bajo el control de los profesionales mismos.

Tomando por base la Recomendación relativa a la asistencia médica de la Oficina Internacional del Trabajo (1) extractamos los siguientes principios generales:

(1) Organización Internacional del Trabajo; "Textos adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo en su vigésima-sexta reunión". Op.cit. pág. 40

I) Los médicos generales, especialistas y dentistas que actúan en servicios de atención médica que cubren a toda o la mayor parte de la población pueden recibir sueldos por tiempo completo (full-time) aparte de los beneficios ya indicados más arriba. Tal sería posiblemente el sistema ideal. Los miembros de las profesiones conexas que otorgan un cuidado personal podrían también recibir sueldos por tiempo completo e iguales beneficios.

II) Cuando los servicios cubren sólo a ciertas categorías de la población, los profesionales pueden ser empleados por tiempo completo o sólo por una parte (part-time), conservando el ejercicio de la práctica privada. En este caso, puede ocurrir que el número de beneficiarios sea abundante o insuficiente.

Quando el número de beneficiarios es considerable, sería conveniente abonar a los médicos generales y odontólogos un monto básico fijo por año (incluyendo los beneficios indicados), pudiendo agregarse un honorario "per cápita" por cada persona o familia a su cargo. Los especialistas en igual caso podrían ser remunerados con un honorario proporcional al tiempo que dediquen al servicio, es decir con un honorario por tiempo incompleto.

Quando el número de beneficiarios es insuficiente, los profesionales podrían ser remunerados mediante el pago por cada servicio efectuado.

c) Control profesional.

El control profesional de los miembros de la profesión médica y profesiones conexas que forman parte del servicio médico-social debe estar a cargo de organismos integrados por representantes de dichas profesiones. No debe existir ninguna otra forma de control que restrinja su discreción profesional.

Dicho organismo debe estar facultado para aplicar sanciones disciplinarias a los profesionales acusados de faltas o negligencia en el ejercicio de sus funciones.

3.- Instituciones sanitarias.

Las principales instituciones sanitarias que inte

gran los sistemas de atención médico-social son los hospitales generales y especiales y policlínicas, los centros de salud, las postas sanitarias y las clínicas ambulantes.

Hasta tanto se organice el trabajo en equipo en centros de salud, debe autorizarse la atención de los beneficiarios en los consultorios de los profesionales.

Los hospitales generales y especiales y policlínicas deben constituir los centros regionales o locales del sistema. Allí debe prestarse atención clínica y quirúrgica general y especializada a los pacientes locales y a aquéllos que sean remitidos por los centros de salud vecinos. Puede ser conveniente transformar algunas secciones de las instituciones hospitalarias en centros de salud para la atención general de los enfermos que no requieran hospitalización.

Los centros de salud, diseminados por el territorio del país, deben construirse y equiparse convenientemente. Proporcionan consultas externas de medicina general y servicios auxiliares. Su relación efectiva con los hospitales les permiten enviar a ellos a los pacientes que requieren un tratamiento especializado. Es conveniente que cada centro posea una sala de hospitalización para casos de urgencia u operaciones comunes. Deben contar con un servicio permanente o al menos ocasional de médicos especialistas.

En regiones con población escasa y diseminada (ya se trate según los sistemas de la población en general o sólo del núcleo de la población afiliada al seguro) sería conveniente la creación de postas sanitarias locales para medicina general y servicios auxiliares. Los médicos especialistas podrían atender en ellos en forma periódica, según las exigencias de la zona.

En regiones escasamente pobladas y especialmente en aquéllas alejadas de centros urbanos, sería conveniente asimismo emplear los servicios de clínicas ambulantes equipadas en camiones o aeroplanos, con elementos para primeros auxilios, examen general, tratamiento dental, atención materno-infantil, etc.

Deberían facilitarse medios de transporte abundantes y seguros para trasladar los pacientes desde las postas sanitarias a los centros de salud y a los hospitales o desde los centros de salud a los hospitales.

En el caso particular de que se trate de un sistema de seguro que cubra sólo a una parte de la población en países en los que la práctica privada de la profesión médica esté muy desarrollada, la población asegurada podría ser atendida al mismo tiempo que los pacientes privados en centros comunes arrendados y equipados especialmente para este fin. En el caso de que los asegurados se encuentren diseminados en una región muy poblada, también podría establecerse que aquéllos fueran atendidos en los hospitales públicos o privados autorizados, en otras instituciones médicas o en los propios consultorios de los profesionales.

4.- Funcionamiento de los servicios médico-sociales.

a) Derecho de elección.

Los beneficiarios deben tener derecho de elegir al médico que ha de atenderlos en forma permanente, es decir al "médico de familia" entre los médicos generales pertenecientes al servicio médico que estén dentro de una distancia razonable de su domicilio. Deben tener el mismo derecho de elección en relación a sus hijos.

Estos principios deben extenderse a la elección de un dentista como "dentista de familia".

Cuando la atención médica se otorgue sobre la base de centros de salud, los beneficiarios deberían tener derecho a elegir su centro dentro de los que se encuentren a distancia razonable de su domicilio; en este caso el "médico y dentista de familia" deberían elegirse entre los profesionales que trabajan en el centro.

También debería existir el derecho de cambiar, previo aviso, al "médico o dentista de familia" cuando existan razones fundadas para ello, tales como falta de contacto personal y confianza.

Los médicos y dentistas que forman parte del servicio deben estar autorizados, por su parte, para aceptar o rechazar a los beneficiarios. Sin embargo, no podrían rechazar a aquéllos que no hubieran efectuado su propia elección sino que les fueran asignados imparcialmente por el servicio ni tampoco a aquellos beneficiarios que no contaran con otro profesional dentro de un radio razonable de su domicilio; además cada profesional tendría un límite máximo de pacientes a su cargo.

Al efectuar la recomendación de especialistas o miembros de las profesiones conexas, los médicos generales deben tener en cuenta las preferencias de los beneficiarios si existen varios miembros de la especialidad en el centro de salud o dentro de una distancia razonable del domicilio de los pacientes.

b) Atención hospitalaria, de especialistas y de miembros de las profesiones conexas.

La atención médica proporcionada por especialistas y miembros de las profesiones conexas, tales como enfermeras, matronas, masajistas, etc. debería otorgarse por recomendación y a través del médico de familia. También debería proporcionarse la atención de un especialista cuando lo solicitase el paciente, aún cuando el médico de familia no lo hubiere recomendado.

La atención hospitalaria debería otorgarse por recomendación del médico de familia o del especialista consultado. Si el paciente es hospitalizado en el mismo centro u hospital en donde trabaja el médico de familia o el especialista que recomendó la hospitalización, el paciente debería ser preferentemente atendido por dichos profesionales.

5.- Administración de los servicios médico-sociales.

La administración de los sistemas de atención médico-social está a cargo del Estado o de instituciones autónomas bajo la supervisión del Estado. Generalmente son administrados directamente por el Estado los sistemas de asistencia o aquéllos organizados en forma de servicio público, mientras que los regímenes de

seguros son normalmente administrados por instituciones autónomas.

Los servicios médicos y los servicios generales de salubridad deberían ser controlados por un organismo único y distribuirse en regiones sanitarias.

Los beneficiarios y los profesionales interesados deberían participar en su administración.

a) Autoridad central.

La autoridad central, que representa a la comunidad, debe formular la política de salubridad, imprimir las directivas generales, reglamentar el sistema y vigilar los servicios médicos y generales de salubridad. Puede constituir un organismo oficial, un organismo representativo o un comité de expertos.

El organismo representativo o comité de expertos que centralice la administración de los servicios médicos y de salubridad debe ser responsable ante el Gobierno de su país.

En el caso de un Estado Federal, la autoridad central puede delegar sus funciones, en esta materia, en las autoridades estatales o provinciales.

Cuando los servicios médico-sociales cubren sólo a un sector de la población asalariada, la administración podría estar a cargo de un consejo ejecutivo responsable ante el Gobierno e integrado por representantes de los beneficiarios, de los profesionales que intervienen en los servicios y de los empleadores.

b) Representantes de los beneficiarios y de las profesiones interesadas.

Los representantes de los beneficiarios y de la profesión médica y profesiones conexas pueden integrar los organismos directivos o constituir simples consejos o comités consultivos.

1) Integración de los organismos directivos.

1º) Cuando la autoridad central es un organismo representativo, los profesionales que lo integran deben ser elegidos preferentemente en número igual al de los representantes de los beneficiarios y del Gobierno; pueden ser elegidos por la profesión

correspondiente o propuestos por ella y nombrados por el Gobierno central.

2°) Cuando la autoridad central es un comité de expertos, los profesionales que lo integran deben ser elegidos preferentemente en número igual al de los técnicos no profesionales.

II) Consejos o comités consultivos.

La vinculación de la autoridad central con los beneficiarios debe mantenerse a través de consejos consultivos formados por representantes de las organizaciones de los diferentes sectores de la población, tales como sindicatos, asociaciones de empleadores, cámaras de comercio, asociaciones agrícolas, sociedades de protección a la infancia, etc.

La vinculación con las profesiones interesadas debe mantenerse a través de comités consultivos integrados por representantes de las asociaciones médicas y de las profesiones conexas. Su colaboración resulta indispensable en todos los asuntos de orden profesional y técnico tales como la preparación de reglamentos concernientes a la naturaleza y extensión de la atención médica proporcionada por el servicio y las condiciones de trabajo de los profesionales que integran el sistema.

c) Administración local.

Los países en los que la administración de los servicios médicos está confiada a un solo organismo, necesitan establecer autoridades administrativas regionales o locales. En algunos casos se organizan sucursales de la autoridad administrativa central; en otros países existen instituciones regionales que gozan de gran autonomía y son inspeccionadas por la autoridad central; otras veces, las autoridades centrales convierten las instituciones existentes en secciones de la institución central o se valen de otros organismos regionales ya establecidos.

Cualquiera fuera el tipo de organización de los servicios médico-sociales y de salubridad, éstos deberían distribuirse en regiones capaces de ofrecer por sí mismas una atención com-

pleta. La administración de dichas regiones debería sujetarse a principios análogos a los establecidos para la administración general, incluso la formación de una autoridad central y la representación y colaboración de los beneficiarios y los miembros de las profesiones interesadas.

d) Administración de las unidades sanitarias.

Las unidades sanitarias que forman parte de los servicios médico-sociales, tales como centros de salud u hospitales, deberían estar administrados bajo un sistema democrático. La elección de autoridades debería hacerse con la consulta o participación de los miembros de la profesión médica y profesiones conexas en colaboración con los médicos que trabajan en la unidad sanitaria.

e) Organismos de control y arbitraje. Apelación.

I) Organismo de arbitraje. Debería establecerse un organismo de arbitraje apropiado ante el cual pudieran los beneficiarios presentar sus reclamaciones relativas a los cuidados recibidos y los profesionales aquellas reclamaciones relacionadas con la administración del servicio. El procedimiento a adoptarse ante dicho organismo de arbitraje debería conceder garantías adecuadas a todas las partes en conflicto. Las decisiones de este organismo podrían apelarse ante un tribunal independiente.

II) Organismos de control. Según ya lo indicamos al referirnos más arriba al control profesional, éste debería estar a cargo de organismos compuestos preferentemente por representantes de las profesiones que intervienen en el servicio. Los profesionales contra los cuales se hubieran tomado medidas disciplinarias deberían tener derecho de apelar la decisión ante un tribunal independiente.

Cuando el organismo de arbitraje se encuentra ante un caso en el cual un profesional del servicio es acusado de negligencia con respecto a sus deberes profesionales, debería remitir la causa al organismo que se encarga del control profesional. En

el caso de que este último organismo no tomase medidas disciplinarias sobre el caso enviado, las partes interesadas deberían tener derecho de apelar ante un tribunal independiente.

f) Administración y control de cajas de seguro de enfermedad autónomas.

Cuando los servicios de atención médico-social son administrados por diferentes cajas autónomas, éstas suelen constituir entre sí federaciones. Es preciso tener en cuenta que resulta más factible para las federaciones de cajas de seguro de enfermedad que para las cajas aisladas contratar los servicios de los miembros de la profesión médica y profesiones conexas mediante convenios celebrados entre ellas y las sociedades profesionales interesadas; también pueden mantener con mayor holgura hospitales, sanatorios, cubrir ciertas obligaciones comunes y equilibrar los servicios.

Los organismos autónomos que administran los servicios médico-sociales se hallan sometidos por lo general a la vigilancia de las autoridades públicas en cuanto a su legalidad o eficacia para asegurar los derechos e intereses de los beneficiarios. La función de vigilancia es ejercida por un funcionario designado por el Estado o por un ministerio o departamento estatal.

CAPITULO

V :

REGIMEN

FINANCIERO

CAPITULO V: REGIMEN FINANCIERO.1°) Algunos conceptos generales.A) Concepto financiero de la medicina social.

Si bien el riesgo de enfermedad no tiene una repercusión aparente sobre el presupuesto de los países, tiene una repercusión efectiva que podría calcularse estableciendo un equivalente de la salud. De este modo aparecería en forma concreta en el balance de las finanzas públicas.

Los gobiernos se han manifestado en muchos casos tan poco prácticos como los particulares; éstos han preferido frecuentemente pagar los gastos de médicos, medicamentos y días sin trabajo en lugar de un impuesto de salud pública; los gobiernos, por su parte, han admitido una disminución de la riqueza general como consecuencia de un nivel sanitario inferior, en lugar de invertir fondos públicos en el sostenimiento de servicios e instituciones sanitarias.

Es necesario advertir que toda labor sanitaria es productiva y que gravando el presupuesto de los trabajos se alivia el de la asistencia.

Sir William Beveridge comentó en varias ocasiones: "No se trata de si un país puede afrontar el costo, sino más bien cómo hará frente a lo que debe pagar en cualquier caso, de un modo o de otro" y también: "Lo que se economice en dinero se pagará en dolores y falta de eficiencia". Por su parte Marsh expresó: "El seguro social constituye una forma apropiada para emplear en tiempos de paz lo que se gasta durante la guerra y representa una forma de utilizar la acumulación del poder de compra potencial" (1)

Se ha hablado repetidas veces de confeccionar un presupuesto autónomo de la salud pública, pero frecuentemente se ha retrocedido frente a las dificultades que presenta la investiga-
 (1) JOSE GONZALEZ GALE. "El plan Beveridge y la seguridad social"; Editorial Losada, S.A. Buenos Aires; 1943; pág. 28 y 29

ción de los materiales. Para ello sería necesario ante todo fijar un valor económico al trabajador, valor que debe ser necesariamente distinto en el adolescente y en el hombre adulto; además sería necesario determinar el valor de la pérdida de salarios, de la pérdida de producción y los gastos de los cuidados médicos causados por cada día de enfermedad; en esta forma podría calcularse el ahorro efectivo que representa para la comunidad conseguir que la tasa de morbilidad o de mortalidad baje en un determinado tanto por ciento a consecuencia de una sabia política sanitaria. Es decir que multiplicando el valor medio de la vida humana por el número de las personas que mueren por falta de cuidado médico adecuado se tiene el valor concreto de la pérdida que podría haberse evitado. Además, multiplicando el valor de la capacidad diaria de trabajo (o pérdida de salario o falta de producción), más los gastos de enfermedad, más el costo de sostenimiento del enfermo y de las personas que dependen de él por el número de enfermos, se determinan las pérdidas diarias que ocasionan a la comunidad las enfermedades que podían haber sido evitadas en gran parte mediante una adecuada prevención.

Se han realizado numerosos cálculos de acuerdo a estos principios, en particular en relación con diferentes tipos de enfermedades. Sobre todo se ha prestado atención al caso de la tuberculosis, que ataca al hombre cuando se halla en plena capacidad de rendimiento por lo que su repercusión sobre la vida social es más considerable.

La fijación de un valor económico de la vida del hombre debe ser forzosamente aproximativa y arbitraria. La vida humana representa un capital (lo que los ingleses llaman "life-capital") cuyo valor se determina por la capacidad de rendimiento, la que a su vez depende de los caracteres de su persona física y de los conocimientos adquiridos por la educación.

Parece razonable que la fijación del valor económico de la vida de los hombres se calcule considerando una ca-

pacidad media de rendimiento que tome en cuenta el grado de educación recibida, los distintos géneros de trabajos y la duración probable de la vida útil.

Al referirnos a un valor económico de la vida del hombre, no descuidamos el respeto debido al mismo ni la consideración de los aspectos intelectuales y morales. De lo contrario podría llegarse hasta al absurdo de respaldar el sistema de consumo de las vidas humanas o del aumento de la reproducción para equilibrar el desgaste, si sólo se considerase el aspecto exclusivamente material de la cuestión.

El Dr. Ensich (1) concibe un presupuesto autónomo de la salud. Dentro de los ingresos incluye además del producido del impuesto a la salud, otros rubros obtenidos mediante cálculos especiales que determinan: 1) el valor de la disminución del número de muertes en base al salario medio; 2) la disminución del número de enfermedades en base al costo de sostenimiento, los gastos de enfermedad y la pérdida de salario; 3) el aumento de la salud general o de la potencia de trabajo. Dentro de los gastos incluye los trabajos de saneamiento y el sostén de hospitales, asilos, colonias de vacaciones y, en general, todas las obras que tienen por objeto el mejoramiento de la salud general.

.....

En el caso particular de las cajas de seguro de enfermedad, puede apreciarse en qué forma el propio interés financiero ha influido sobre los caracteres de la medicina social y sus formas de prevención y tratamiento.

En efecto, el hecho de que cada día de enfermedad de los asegurados gravaba el presupuesto de las cajas de seguros, llevó a éstas a procurar un alivio a sus gastos emprendiendo trabajos de saneamiento, procurando la construcción de casas higiénicas, controlando la salud individual, investigando precozmente las

(1) DR. ENSICH; "La socialización de la medicina". Sociedad Luz; Serie II-T. 2°-N° 34; Suarez 1301; Buenos Aires; pág. 15 y 16

enfermedades, proporcionando los tratamientos más apropiados y de carácter intensivo para reducir la duración de la incapacidad de trabajo; tratando de evitar la invalidez de un enfermo o herido para aprovechar la facultad de trabajo residual, etc.

Se cita al respecto el caso de Lieja, en donde el éxito de la lucha contra la anquilostomiasis se debió a la acción de una mutualidad que procuró aliviar la pesada carga que le causaba la frecuencia de este mal entre sus afiliados. Otro caso interesante es el de la Compañía Metropolitana de Seguros de Vida de Nueva York que en una acción sanitaria en favor de la salud de los poseedores de pólizas invirtió en 25 años 32 millones de dólares y salvó a 314.773 asegurados ahorrando 75 millones de dólares. También resulta sugerente el caso de los sanatorios antituberculosos creados en Alemania a fines del siglo pasado: un punto de vista utilitario llevó a las cajas de seguro a remplazar el tratamiento a base de medicamentos en casas antihigiénicas, por un tratamiento en instituciones adecuadas, por el aire, el reposo y la alimentación intensiva y bien dirigida; logró así que los enfermos recuperaran, aunque sólo fuera temporariamente, su capacidad de trabajo; si bien los resultados no fueron definitivos, pudo comprobarse estadísticamente que la situación financiera de las cajas de seguro mejoraban debido a la disminución del número de muertes anuales por tuberculosis.

B) Sistemas de financiación de la medicina social.

El éxito de todo régimen de socialización de la medicina depende en gran parte del hecho de que se cuente con los recursos financieros necesarios para solventarlo.

Es necesario tener presente que los servicios médico-sanitarios son cada vez más complejos y caros como consecuencia de los adelantos y perfeccionamientos científicos. Por otra parte, tratándose de un servicio público, resulta lógico que se financie por sí mismo o por medio de fondos especiales.

Podemos diferenciar cuatro sistemas posibles de financiación:

1.-Aumento de las partidas del presupuesto ordinario.

La imputación del costo de los servicios médicos a las rentas generales del presupuesto es inadecuada debido a que las mismas resultan por lo común insuficientes para sostener los establecimientos y servicios médicos; además, los fondos de rentas generales son inespecíficos y deben destinarse a los gastos de administración del Estado y no al sostenimiento de los servicios públicos.

2.-Cobro de los servicios a los beneficiarios directos.

Los servicios sanitarios serían pagados a medida que se otorgasen y a precio de costo por los beneficiarios. Este sistema si bien es racional, puede resultar impolítico. Este último inconveniente se manifiesta especialmente en aquellos países en donde la atención médica de los no pudientes se ha prestado tradicionalmente en forma gratuita.

3.-Implantación del seguro de enfermedad.

Los fondos destinados al sostenimiento de los servicios médicos provendrían en este caso de la contribución tripartita de los trabajadores, los empleadores y el Estado, en una proporción del 3 al 5 % del monto de los sueldos y salarios. En los casos en que existiera un seguro social completo, los servicios médicos absorberían el 25 % de los fondos recaudados.

El establecimiento de un seguro de enfermedad sólo puede realizarse en aquellos países que cuentan con los elementos necesarios para otorgar los servicios médicos completos a que se hacen acreedores los contribuyentes. De ahí que este sistema no resulte aplicable en aquellos países en donde las instituciones sanitarias y los profesionales se encuentran en número insuficiente o están mal distribuidos.

En todo caso, las Cajas del Seguro deben ser organismos exclusivamente financieros destinados a la recaudación de los recursos

que deben entregar a los organismos técnicos (Ministerios o Direcciones de Salud Pública) encargados de la organización y aplicación de los servicios médicos.

4.- Creación de un fondo especial.

Esta solución propone la formación de un fondo especial que proporcionaría los recursos necesarios para crear, organizar y sostener los servicios sanitarios del país. El sistema podría revestir carácter permanente o transitorio; en este último caso precedería a la organización de un seguro de enfermedad.

Dicho fondo se integraría mediante créditos oficiales determinados, un impuesto especial o ambos tipos de recursos. Los impuestos a establecerse podrían gravar el movimiento de cheques o todo producto o mercadería que afectara la salud de un modo directo o indirecto (tabaco, alcohol, consumos de lujo, etc.) También podrían obtenerse recursos para integrar el fondo aumentando todos los impuestos existentes o determinado tipo de ellos, tales como el impuesto a los réditos o el impuesto a la transmisión gratuita de bienes. (1)

(1) Esta clasificación coincide en líneas generales con la expuesta en el Capítulo 10, parte III del "Plan esquemático de Salud Pública 1952-58"; Buenos Aires, 1951.

2°) Antecedentes.

A.-Los sistemas de atención médico-social organizados bajo la forma de asistencia social de los residentes de escasos recursos fueron tradicionalmente financiados sólo por el Estado.

La mayoría de los sistemas organizados bajo la forma de seguro social fueron financiados en su comienzo por los trabajadores y los empleadores siguiendo el ejemplo de la ley alemana de 1883. Además, cuando las prestaciones en especie y dinero del seguro de enfermedad eran previstas por la misma ley que establecía pensiones, se añadía generalmente un subsidio del Estado; no obstante esto no se verificaba en la ley de 1925 de Chile ni en el Perú en el sistema anterior al que se halla actualmente en vigencia.

B.-Se ha evidenciado una tendencia de las legislaciones a aumentar la contribución correspondiente a los empleadores y a disminuir la de los beneficiarios. En efecto, la ley alemana del seguro de enfermedad de 1883 imponía a los trabajadores las dos terceras partes del costo de los servicios y al empleador una tercera parte; este mismo sistema había sido utilizado treinta años antes en los regímenes locales de seguro de enfermedad; en 1933 una ley autorizó al Gobierno a igualar la parte del empleador y del asegurado. En Austria se había aplicado el mismo sistema primitivo; en 1935 se estableció una contribución global al seguro social que era abonada por partes iguales por empleadores y asalariados.

Algunos regímenes generales que cubrían a la vez la enfermedad y los riesgos de largo plazo establecieron contribuciones de los empleadores más elevadas que las de los beneficiarios, como Chile en 1925, Grecia en 1932 y Perú en 1936.

En algunos países la repartición de las cotizaciones se estableció según el nivel de los salarios individuales. Así, por ejemplo, en el seguro social de los empleados de Polonia, anterior al sistema actual, la parte de la contribución patronal disminuía gra-

dualmente desde el nivel más bajo de salarios hasta el más elevado y la contribución de los trabajadores variaba en forma inversa.

C.-La constitución de reservas de los sistemas de seguro de enfermedad que proporcionaban servicios de atención médico-social se hacía tradicionalmente por el régimen de repartición de gastos. Sólo en Inglaterra, en el sistema anterior a las leyes de 1948, se utilizó en el seguro de enfermedad el régimen de cobertura técnica.(1)

(1) Ver a este respecto la página 68y14 del presente trabajo.

3°) Legislación comparada.

A) Sistemas de financiamiento.

La financiación de los regímenes actuales de atención médico-social obedecen a distintos sistemas:

1) Sistema de base tripartita.

Es el sistema más corriente en los regímenes de seguro social de enfermedad. Comprende diversas combinaciones de las contribuciones o cotizaciones de tres partes: las personas protegidas, los empleados y el Estado.

Participan de este sistema aproximadamente 17 países. Entre ellos se encuentran Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, República Dominicana, Ecuador, Irlanda, México, Panamá, Perú, Venezuela, etc.

En Nueva Zelanda los recursos provienen de un impuesto sobre los ingresos pagado por los residentes y todas las sociedades, al cual se agrega la contribución del Estado.

En el Reino Unido el gobierno nacional y local contribuye con el 90 % del costo de los servicios y el Fondo del Seguro con sólo el 10 %. Las últimas modificaciones de 1952 establecieron una mayor participación de los beneficiarios.

2) Sistema bipartito. Contribuciones de las personas protegidas y los empleadores.

Ambos contribuyen generalmente por partes iguales.

Participan de este sistema aproximadamente 10 países. Entre ellos se encuentran Australia, Francia, Irán, Turquía y Países Bajos.

3) Sistema bipartito. Contribuciones de los empleados y el Estado.

Participan de este sistema Bulgaria y Checoslovaquia.

4) Sistema bipartito. Contribuciones de las personas protegidas y el Estado.

Participan de este sistema cinco países (Dinamarca,

Guatemala, Suecia, Suiza y Canadá, en los sistemas de hospitalización de tres provincias.)

5.) Contribución exclusiva de los empleadores.

Participan de este sistema Italia, Hungría y Polonia.

6.) Contribución exclusiva del Estado.

Participan de este sistema los regímenes de asistencia social de quince repúblicas americanas y la asistencia hospitalaria de la Unión Sudafricana.

7.) Contribución exclusiva de los beneficiarios.

Participan de este sistema dos provincias canadienses, en donde los servicios hospitalarios municipales son sostenidos por un impuesto local sobre la propiedad.

B) Participación del beneficiario en los gastos.

Es frecuente que en los sistemas de atención médico-social el beneficiario abone en forma directa una parte de los gastos mediante el pago de honorarios suplementarios o de un porcentaje determinado de la tarifa médica. La práctica del pago directo de ciertos gastos de atención médica está más extendida en el caso de enfermedad que en los de maternidad y daños originados en el empleo. He aquí algunos casos particulares:

1) En Gran Bretaña se exige esta participación en los casos de negligencia o cuando el enfermo solicita una atención de calidad especial, tal como la hospitalización en una sala particular. Además, las últimas reformas de 1952 restringieron la gratuidad de los servicios estableciendo, entre otras medidas, el pago de una libra esterlina por tratamiento y de un chelín por consulta.

2) En Nueva Zelanda la caja de seguridad social contribuye con un importe que representa sólo una parte de los gastos de tratamientos especiales y paga una cantidad fija por cada consulta o visita de médico; en cambio, la hospitalización, el tratamiento y la atención de maternidad son completamente gratuitos salvo cuando se otorgan en clínicas particulares, en cuyo caso el

servicio público sólo reembolsa una parte de los gastos.

3) En Australia se facilitan gratuitamente la hospitalización y los productos farmacéuticos; en cambio se establece la participación del paciente en los gastos ocasionados por un tratamiento médico.

4) En Bélgica, Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Suecia y Suiza, el paciente paga cierto porcentaje de los gastos de atención médica o por lo menos cierto tipo de tratamiento y algunas medicinas costosas.

5) Numerosos países excluyen de la gratuidad de la atención médico-social la utilización de ciertos específicos que pueden ser preparados en las farmacias del servicio.

4*) Principios generales.

Los sistemas de financiación dependen en primer término de los diversos sistemas de atención médico-social y en especial, de que éstos se organicen bajo la forma de asistencia social, servicio médico público o seguro social.

A) Financiación de un servicio de asistencia social.

El mismo carácter del sistema determina que éste sea sostenido con fondos provenientes, por lo común, de rentas generales.

Se financian con ingresos generales los sistemas de asistencia social de quince repúblicas americanas y la asistencia hospitalaria de la Unión Sudafricana.

B) Financiación de un servicio médico público.

Los sistemas de servicio médico público son generalmente sufragados por toda la colectividad.

Los fondos pueden provenir de entradas generales o de un impuesto progresivo creado específicamente para financiar los servicios.

1.-Ingresos generales.

Resulta apropiada la financiación mediante los ingresos generales del Estado en los casos en que el servicio médico-social cubra a la totalidad de la población y los servicios médicos y de salubridad se hallen bajo una administración central y regional unificada.

Puede destinarse al sostenimiento de los servicios médico-sociales una determinada proporción de los ingresos que provienen de un impuesto general. La Caja de Bienestar creada en 1943 en Australia para financiar los futuros servicios de salubridad y bienestar establecía que debería pagarse a ella la suma anual de 30 millones de libras esterlinas australianas o el 25 % del impuesto a la renta individual percibida cada año.

2.-Impuesto especial.

Resulta apropiado financiar los servicios mediante un

impuesto especial en los casos en que aquéllos cubran sólo a una parte de la población y la administración de los servicios médicos se halle separada de la administración de los servicios generales de salubridad.

Los recursos obtenidos mediante el impuesto deberían constituir un fondo distinto, reservado exclusivamente para la financiación de los servicios médicos. El monto del impuesto debería calcularse de manera que proporcionase los recursos suficientes para el sostenimiento de los servicios.

El impuesto establecido debería ser progresivo y no sería exigido a las personas cuyas entradas no excediesen un nivel establecido o nivel de subsistencia, sujeto a variaciones de acuerdo a las cargas de familia.

En cuanto se refiere a la recaudación de este impuesto, él podría ser percibido por las autoridades nacionales que se ocupan del impuesto a los réditos. En los países en los que no existe dicho tipo de impuesto, pueden encargarse de su recaudación las mismas autoridades que perciben los impuestos locales.

De los tres países que tienen sistemas típicos de servicio médico público (Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda) sólo Australia y N. Zelanda aplican un impuesto para la recaudación de los fondos.

En Gran Bretaña los fondos provienen en un 90 % del Estado nacional y las autoridades locales y en un 10 % de los subsidios del Fondo Nacional de Seguros. Las autoridades locales cubren desde un cuarto hasta los cinco octavos del costo de los servicios locales según la importancia económica de la localidad y el Estado el resto del costo de las prestaciones. Las últimas modificaciones de 1952 restringen la gratuidad de los servicios.

En Australia los servicios (que además de atención médica cubren invalidez, desempleo, vejez, gastos funerarios, muerte del sostén de la familia, maternidad y manutención de hijos) se costean

mediante un impuesto que pagan todos los residentes y una contribución a cargo de los empleadores. El impuesto especial varía entre el 1,25 y el 7,50 % sobre los ingresos que exceden de cierta cantidad; esa cantidad-límite disminuye con el aumento de los ingresos y aumenta en razón del número de personas a cargo del contribuyente. En el caso particular de los productores de materias primas, los ingresos se calculan por el promedio de varios años. La contribución de los empleadores es del 2,5% sobre el exceso de las sumas pagadas sobre la cantidad-límite.

En Nueva Zelanda los servicios (que además de atención médica acuerdan prestaciones en dinero en caso de enfermedad, cesantía, invalidez, vejez y asignaciones familiares) se costean mediante un impuesto que pagan los residentes y las compañías y un subsidio del Estado que cubre los déficits de la Caja de Seguridad Social. El impuesto se aplica sobre los ingresos; la tasa que en un principio fué de un chelín por libra esterlina (o sea 5 % sobre los ingresos) se elevó luego al 7,5% sobre el total de entradas. Están exentos del impuesto las personas de escasos recursos, pero reciben iguales beneficios. Existe una cuota de ingreso de 5 chelines trimestrales para los hombres y 7,5 chelines anuales para las mujeres.

En Canadá los servicios médicos hospitalarios de dos provincias se costean mediante impuestos locales sobre la propiedad que recaen sobre todos los residentes.

C) Financiación de un servicio de seguro social.

En los sistemas de seguro social voluntario u obligatorio los beneficiarios están obligados, o pagan voluntariamente o bien son pagadas a su nombre cotizaciones de monto variable que les dan derecho, previo el cumplimiento de los requisitos necesarios, a prestaciones determinadas.

Por lo común a las cotizaciones de los asegurados se unen las de los empleadores y los subsidios del Estado.

1.-Generalidades.

Al igual que todo seguro, el seguro de enfermedad (que nos interesa en la parte que cubre los servicios de atención médico-social) procura conseguir la equivalencia entre las primas y las prestaciones probables. Las cotizaciones a aplicarse deben ser calculadas de tal modo que el conjunto de los ingresos sean equivalentes al costo total de los servicios incluyendo la atención médica de las personas que están a cargo de los contribuyentes.

En efecto, a pesar de que el seguro social tiene sobre el seguro comercial la ventaja de un efectivo permanente de contribuyentes, una existencia ilimitada y una rigidez menor de las tasas de contribuciones y de las prestaciones, requiere igualmente la previsión de disponibilidades y el equilibrio actuarial entre entradas y gastos.

Debe procurarse calcular la contribución de cada a asegurado de modo que el pago de las primas pueda ser realizado sin serias dificultades.

Dentro de lo posible las tasas de las cotizaciones deben permanecer estables; en caso de que se requiera un aumento, éste debe ser gradual para que los contribuyentes puedan adaptarse a las modificaciones.

2.-Constitución de reservas.

Debido a que la coincidencia en el tiempo entre las prestaciones y las cotizaciones no es exacta, el seguro de enfermedad, como todo régimen de seguro, debe constituir reservas.

Como es sabido, las reservas de los sistemas de seguros pueden obedecer a dos métodos distintos: repartición de gastos o cobertura técnica. El primero establece el equilibrio entre entradas y gastos mediante un ajuste periódico anual o por períodos más largos; se establecen reservas de previsión para moderar las fluctuaciones de las tasas de contribuciones y cubrir los crecimientos imprevisibles; el interés que produce la reserva de previsión es de importancia secundaria. Por el contrario, en el régimen

de cobertura técnica se procura financiar, con una contribución al mismo nivel, prestaciones cuyo costo debe ir continuamente en aumento; de ahí que las entradas produzcan en los primeros años un excedente que se acumula para formar la reserva actuarial destinada a cubrir no los crecimientos imprevisibles sino los aumentos previstos de las tasas de prestaciones, de los servicios o del número de beneficiarios; el interés que produce la reserva actuarial tiene gran importancia pues sirve para cubrir la insuficiencia de las entradas de los años posteriores.

En el caso particular del seguro de enfermedad, cuyas prestaciones son generalmente de una duración limitada, la financiación se realiza en todas partes por el régimen de repartición de gastos. Esta tendencia se puso de manifiesto ya en las primeras etapas del seguro de enfermedad: los seguros mutuales que sirvieron de base a las primeras legislaciones sobre seguro de enfermedad obligatorio preveían prestaciones de duración limitada y equilibraban empíricamente sus cuentas de un año a otro. Actualmente se juzga que una reserva igual a un año de gastos es suficiente aún para las cajas que cuentan sólo con una centena de miembros, pues el promedio de días de enfermedad (salvo casos extraordinarios que escapan a toda previsión) acusa pequeñas variaciones. Este régimen se aplica aún cuando el seguro de enfermedad y el de pensión (que requiere un sistema de cobertura técnica) estén coordinados en un mismo sistema, debido a que por lo común la financiación de estas dos ramas del seguro se realiza en forma separada.

La formación de las reservas debe hacerse de manera gradual destinando al efecto un porcentaje determinado de las contribuciones habituales (5 o 10 %) o destinando al engrosamiento de la reserva el excedente efectivo de cada ejercicio. Hasta que se constituyen las reservas las tasas de las contribuciones suelen aumentarse y se limita el otorgamiento de prestaciones suplementarias. Una vez que las reservas se han constituido, las tasas permanecen

cen por lo general fijas, salvo en los casos en que se decida financiar prestaciones suplementarias mediante un aumento de la tasa normal.

En algunos países se ha logrado la estabilización de las tasas de contribución mediante la centralización financiera del seguro (Chile, Perú) o la creación de una reserva central común a todas las cajas de enfermedad (Francia, Rumania).

Los fondos obtenidos por el seguro de enfermedad mediante las cotizaciones de los asegurados deben servir no sólo para financiar los servicios médicos y formar las reservas de previsión sino también para constituir capitales especiales. Estos deben destinarse a cubrir los gastos extraordinarios del servicio, especialmente la construcción y habilitación de hospitales, policlínicas y centros sanitarios.

3.- Distribución del costo de los servicios.

Tradicionalmente se ha reconocido que resulta justa y ventajosa la distribución del costo de los servicios y prestaciones entre los asegurados, los empleadores y los contribuyentes en general, representados por el Estado. Estas obligaciones se han apoyado en forma también general en los siguientes principios: la ayuda mutua para los miembros de la misma profesión o de otros grupos limitados; la responsabilidad general del empleador para con su personal y la responsabilidad de la comunidad para con sus miembros.

La distribución del costo de los servicios entre estos tres obligados debe hacerse en forma equitativa para evitar que se ocasione una carga muy pesada a las personas de escasos recursos o trastornos a la producción.

Los primeros seguros de enfermedad consagraron la doble imposición de los asalariados y empleadores, a partir de las cajas de seguro de enfermedad local de la Alemania del siglo pasado. La adopción de este sistema, a más de apoyarse en argumentos teóricos, se basaba en las siguientes razones prácticas:

a) Resulta más fácil convencer a trabajadores y empleadores sobre la necesidad de aceptar una contribución común que imponer la obligación a unos u otros exclusivamente.

b) La contribución común puede determinarse a un porcentaje más elevado. De esta manera permite cubrir enteramente el costo, haciendo innecesario recurrir a un impuesto general.

c) Es relativamente fácil la percepción de la doble contribución de manos del empleador, a quien se autorizaría a deducir del salario la contribución de los asegurados.

En lo que se refiere a la proporción en que las partes contribuyen al costo del seguro sólo puede formularse una sola generalización: sea que el estado intervenga o no financieramente, cuando contribuyen los trabajadores y los empleadores las cotizaciones de estos últimos suelen ser iguales entre sí.

Según ya lo hemos expresado (1) las legislaciones evolucionaron en el sentido de aumentar la contribución correspondiente a los empleadores y disminuir la de los beneficiarios.

Algunos países determinan las fracciones del costo de los servicios que deben ser cubiertas por cada tipo de contribuyente. Así, por ejemplo, en Noruega el seguro obligatorio establece que las 6/11 partes del costo corresponden a los asalariados de pequeños recursos, las 2/11 partes a los empleadores, 1/11 a las comunas y 2/11 al Estado; en el seguro voluntario las 7/11 partes del costo corresponden a los residentes de pocos recursos, 1/10 a las comunas y 2/10 al Estado.

a) Beneficiarios.

La relación entre la contribución y la prestación se gradúa en favor de los asegurados con salarios bajos; la cotización consiste generalmente en un tanto por ciento sobre los salarios o ganancias, establecido de manera que los asegurados menos pudientes reciben iguales beneficios aún cuando aportan sumas menores a las cajas

(1) Ver página 140 del presente trabajo.

del seguro.(1)

No debería exigirse el pago de cotizaciones a las personas cuyas entradas no excediesen un nivel de subsistencia determinado de acuerdo con el número de personas a cargo de los contribuyentes. El Estado debería pagar cotizaciones equitativas en nombre de aquellas personas de escasos recursos; tratándose de asalariados, dichas cotizaciones podrían ser abonadas por los empleadores, en su totalidad o en parte.

Las cotizaciones de los asalariados y las de los independientes pueden representar la misma proporción de sus ganancias respectivas.

Los sistemas que cubren exclusivamente a los asalariados fijan las contribuciones de acuerdo al salario (incluyendo suplementos y salarios en especie); los sistemas que cubren a toda la población o por lo menos a los trabajadores independientes fijan las contribuciones sobre el ingreso bruto, neto o imponible, como Australia y Nueva Zelanda.

Las tasas de las contribuciones suelen variar según la categoría de los asalariados (mayores para los manuales que para los no manuales en Bélgica e inversamente en Ecuador y Luxemburgo) y disminuyen a una edad avanzada (2% en lugar de 6 % para los asalariados mayores de 65 años en Francia).

Aunque por lo general la contribución consiste en un porcentaje constante sobre salarios o ganancias, en otros casos se determina de acuerdo con tasas fijas que varían según la edad, el sexo y otros factores que no se relacionan directamente con las ganancias; participan de este sistema Dinamarca, Irlanda, Suecia e Islandia. En algunos países se establecen cifras globales para las distintas categorías de salarios, como en la India y Colombia.

(1) Es necesario tener presente que las tasas de cotización o contribución de los diferentes países, a las que haremos referencia en los párrafos subsiguientes no se refieren, por lo general, en forma exclusiva a los servicios de atención médico-social sino que incluyen en forma indivisible los riesgos de vejez, muerte del sostén de la familia o invalidez, etc., por lo cual no deben considerarse sino como simples puntos de referencia.

Las cotizaciones de tarifa fija suelen variar de acuerdo al costo de vida local y nacional; generalmente son inferiores en los casos de las mujeres y hombres solteros y excluyen a las mujeres casadas.

b) Empleadores.

Los empleadores contribuyen por lo general en la misma proporción que los asegurados asalariados, aplicando la misma tasa que aquéllos aplican sobre sus salarios individuales, sobre la lista completa de sus pagos en concepto de salarios.

En otros casos, contribuyen al igual que los asalariados con tasas fijas que varían según la edad, sexo, estado civil, etc. de los asalariados como en Irlanda e Islandia (en donde dependen del costo de la vida), o según la categoría de los salarios como en la India y Colombia. En estos últimos casos la contribución patronal disminuye desde la clase más baja de salarios hasta la clase más elevada mientras que la contribución de los asalariados varía en forma inversa.

Si bien el monto de las contribuciones de los empleadores es por lo general el mismo que el de los asalariados a su cargo, en algunos países se han establecido contribuciones mayores para los empleadores, como en la India donde los empleadores contribuyen con las dos terceras partes o más y los asalariados con un tercio o menos de las cotizaciones totales. En otros países la contribución de los empleadores es menor que la que corresponde a los asalariados, como en Bélgica donde los asalariados manuales contribuyen con el 3,5% y los no manuales con el 2,75% de sus ganancias mientras que los empleadores contribuyen con el 2,5% y 2,25% respectivamente.

En Polonia e Italia los empleadores, que son los únicos contribuyentes, abonan distintas cotizaciones según el tipo de asalariados. Así en Italia pagan el 5% sobre las ganancias promedio de los asalariados de la industria, el 4,5% sobre las de los asalariados del comercio, bancos y compañías de seguro privadas y el 5%

sobre las de los asalariados manuales agrícolas.

A más de esta contribución directa del empleador en el financiamiento de los gastos de los sistemas de atención médico-social, existe otro tipo de contribución en nombre de los trabajadores de salarios reducidos, de manera exclusiva o abonando determinada proporción de las cotizaciones que corresponderían a aquéllos.

c) Autoridades públicas.

El Estado nacional o local y por intermedio de él todos los contribuyentes participan en el sostenimiento de los servicios de atención médico-social en aquellos casos en que el financiamiento exclusivo por las cotizaciones de los beneficiarios y empleadores resultaría imposible o sumamente gravoso.

Las formas de contribución del Estado a este respecto asumen formas muy variadas:

I.-Cierta porcentaje sobre el costo total de los servicios. Tal es el caso de Islandia donde el Estado contribuye con un subsidio igual al 32 % y las comunas con el 20 % del costo total de los servicios.

II) Cierta porcentaje sobre los salarios imponibles. Tal es el caso del Brasil donde el Estado contribuye con una proporción igual a la de los asalariados y empleadores (5 %).

III) Una suma global fija por cada trabajador asegurado. Tal es el caso de Suiza, entre otras contribuciones del Gobierno Federal.

IV) Cierta proporción del conjunto de las cotizaciones percibidas. Tal es el caso de Bélgica donde el Estado contribuye con el 32 % de las cotizaciones pagadas en el sistema voluntario y con el 16 % de las cotizaciones de asalariados y empleadores en el sistema obligatorio.

V) Cierta fracción del conjunto de las prestaciones o de los gastos de administración. Tal es el caso de Irlanda donde el Estado contribuye con las dos novenas partes del costo de las prestaciones y de la administración local; con el costo íntegro de la administración

central y con los cuatro novenos de un penique por cada cotización pagada.

VI) Déficit del conjunto de los gastos sobre las demás contribuciones. Tal es el caso de Nueva Zelanda donde el Estado paga un subsidio para cubrir los déficits de la Caja de Seguridad Social.

VII) Gastos de cierta clase de servicios. Tal es el caso de Checoslovaquia donde el Estado contribuye con el 100 % de los gastos de tratamiento en los hospitales públicos e instituciones de salud.

VIII) Pago en nombre de ciertas categorías de asalariados que tienen derecho a prestaciones de seguridad social o que poseen ingresos reducidos. Tal es el caso de Austria en donde el Estado paga las cotizaciones correspondientes a las personas desempleadas.

IX) En algunos países el Estado abona subsidios con fines especiales, tales como el mantenimiento del fondo de reserva (Checoslovaquia); en otros países toma a su cargo el transporte de los afiliados enfermos a los hospitales y el transporte de médicos y matronas a las casas de los asegurados (Dinamarca), etc.

.....

Los fondos con los que el Estado contribuye al sostenimiento de los servicios de atención médico-social provienen de sus recursos generales o de impuestos especiales. Estos últimos consisten generalmente en contribuciones indirectas, impuestos sobre las exportaciones o sobre la propiedad. En este caso se encuentra, entre otros países, Bolivia, que aplica un impuesto sobre la exportación de minerales para completar las cotizaciones al seguro de asalariados, miembros de cooperativas de productores y empleadores.

4.- Condiciones de cotización.

Entre las condiciones que se requieren para que los afiliados se hagan acreedores a los beneficios que otorgan los seguros sociales cabe citar la exigencia de una regularidad razonable en el pago de las cotizaciones, la efectividad de las multas impuestas por demora en el pago de aquéllas, el transcurso de un período

do de espera o intervalo entre el momento en que se comienza a pagar las cotizaciones y surge el riesgo que da lugar al otorgamiento de las prestaciones, etc.

Es indudable que en el caso particular de los servicios médico-sociales debería tenderse a disminuir la severidad de las condiciones citadas. Así lo han entendido algunos sistemas de seguro obligatorio que exigen un período determinado de espera para la concesión de las prestaciones en dinero, pero que frecuentemente excluyen esta condición con respecto a las prestaciones en especie o sea a los servicios médicos preventivos y curativos. (1) En estos últimos casos suele bastar la comprobación de la necesidad para tornar aplicables los beneficios, sin que influyan, entre otras condiciones, el atraso en el pago de las cotizaciones del seguro.

5.- Recaudación.

a) Las cotizaciones de los asalariados podrían ser recaudadas por sus empleadores. Estos serían responsables de su percepción y deberían estar autorizados para deducir de la remuneración de los asalariados las sumas debidas por éstos en concepto de cotizaciones, en el momento de efectuar el pago de los salarios.

b) Los trabajadores independientes deberían ser autorizados a cotizar en forma voluntaria, como individuos o como miembros de asociaciones en los sistemas de seguro voluntario u obligatorio que sólo abarquen a los asalariados. Cuando se exija ser miembro de una asociación profesional o poseer una licencia para desempeñar un trabajo independiente, la asociación o la autoridad encargada de conceder la licencia podría encargarse de recaudar las cotizaciones de dichas personas.

c) Deberían crearse oficinas locales y nacionales para recaudar las cotizaciones de los empleadores.

d) Los países que tienen un sistema de seguro que otorga

(1) Ver en la página 104-5 del presente trabajo las excepciones a esta tendencia de exclusión de los períodos de espera en la concesión de los servicios médico-sociales.

CAPITULO

VI :

NUESTRA

LEGISLACION

CAPITULO VI: NUESTRA LEGISLACION.1°) Algunas referencias históricas.

Es necesario tener presente que hasta principios del siglo actual, la acción sanitaria se dirigía preferentemente contra las enfermedades infecciosas y pestilenciales que entonces causaban alrededor del 60 % de las defunciones. Los médicos realizaban especialmente una acción sanitaria, defendiendo las fronteras internas y externas por medio del diagnóstico precoz, la denuncia, el aislamiento y la desinfección y una acción individual de inmunización. Recién en este siglo se desarrolla la era social de la medicina; las enfermedades infecciosas se reducen a una cifra mínima y asumen mayor importancia los "medios o factores sociales" de la enfermedad, tales como la vivienda, el salario, la alimentación y la capacitación técnica y económica.

En el año 1780, durante el virreinato de Vertiz, se creó el Tribunal del Protomedicato de Buenos Aires. Se trataba de un organismo encargado de otorgar títulos y fiscalizar el ejercicio de todas las ramas del arte de curar. Las primeras medidas profilácticas que dictó tendieron a combatir la viruela, la tuberculosis y la lepra.

Fué el mismo virrey Vertiz quien en 1784 promulgó las ordenanzas de higienización edilicia para sanear la ciudad de Buenos Aires.

El 11 de Febrero de 1822, siendo Bernardino Rivadavia Ministro de Gobierno, se creó el Tribunal de Medicina que asumió las funciones del Tribunal del Protomedicato. Además, se instituyeron en esa época los servicios de sanidad marítima y de profilaxis interna.

Por decreto de Rivadavia de 1823 se estableció la obligación de todos los alumnos de someterse a la vacunación; otro decreto de 1826 procuró extender esta obligación a todo el

país, mediante invitaciones a las demás provincias.

En 1852 se crearon la Facultad de Medicina y el Consejo de Higiene Pública.

En 1880 se organizó el Departamento Nacional de Higiene bajo cuya dirección se colocaron todos los servicios públicos de carácter médico o sanitario.

El 21 de Octubre de 1943 se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, dependiente del Ministerio del Interior con el objeto de coordinar los servicios públicos de policía sanitaria, profilaxis preventiva y curativa y asistencia social en todo el país, sin perjuicio de las atribuciones de los gobiernos locales. Según el citado decreto pasaron a formar parte de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, el Departamento Nacional de Higiene, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, el Instituto Nacional de la Nutrición, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios y todos los organismos de salud pública, asistencia social y cuerpos médicos que dependían hasta entonces de otros ministerios, dependencias o reparticiones autárquicas. Por decreto del 31 de Diciembre de ese mismo año 1943 se incorporó también a la Dirección creada la Comisión Nacional de Ayuda Escolar.

El 16 de agosto de 1944 se determinó que en el futuro la Dirección sólo atendería lo relativo a hospitales, sanidad e higiene, mientras que lo referente a beneficencia y asistencia social pasaría a la Secretaría de Trabajo y Previsión. Aquella se denominaría Dirección Nacional de Salud Pública y tomaría a su cargo el contralor técnico de la administración sanitaria y Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires.

Por decreto 31.589 del 30 de Noviembre de 1944 se extendió la acción de la Dirección Nacional de Salud Pública a todo el territorio de la Nación, aprobándose un estatuto donde se especifican sus funciones.

El 23 de Mayo de 1946 se creó, sobre la base de la Dirección Nacional de Salud Pública, la Secretaría de Salud Pública, dándole así la jerarquía de ministerio.

.....

2°) Nociones generales.

A) A más de la atención médica de tipo asistencial que se presta en nuestro país a todos los residentes en los hospitales nacionales, provinciales y municipales, existen en la actualidad numerosas organizaciones médicas privadas, mutualidades y regímenes de atención médica que protegen a diversos gremios de obreros y empleados.

Reviste especial interés la consideración de dos regímenes especiales:

1) Un régimen especial consagrado en el Decreto-ley de Medicina Preventiva y Curativa (ley 30.656/44) que dispone la realización de exámenes de salud anuales y reposo preventivo y terapéutico con goce de sueldo o salario completo durante seis meses para todos los trabajadores afiliados al Instituto Nacional de Previsión Social.

2) Un régimen especial para ferroviarios, administrado por la Dirección de Servicio Social para Ferroviarios (ley 13.075/47) que otorga, entre otros beneficios, atención médica, odontológica y farmacéutica completa a sus afiliados y familiares de los mismos.

B) La política sanitaria actual del país se orienta en el sentido de la organización de un sistema de semi-socialización de la medicina de acuerdo a los siguientes propósitos fundamentales:

1.-Asegurar la atención médica completa de las personas de recursos limitados (65% de la población) en base al ejercicio de un derecho y respetando la libre elección del médico por el enfermo y el libre ejercicio de la profesión por el médico.

2.-Asegurar la atención médica completa con tarifas reducidas a las personas de recursos medios (25 % de la población)

3.-Autorizar la atención médica libremente convenida de las clases pudientes (10 % de la población)

4.-Transformar parcialmente los servicios médicos privados en públicos con relación a algunos profesionales (médicos, farmacéuticos, odontólogos, parteras, masajistas, enfermeras)

5.-Lograr una distribución más racional de los profesionales del arte de curar en el país.

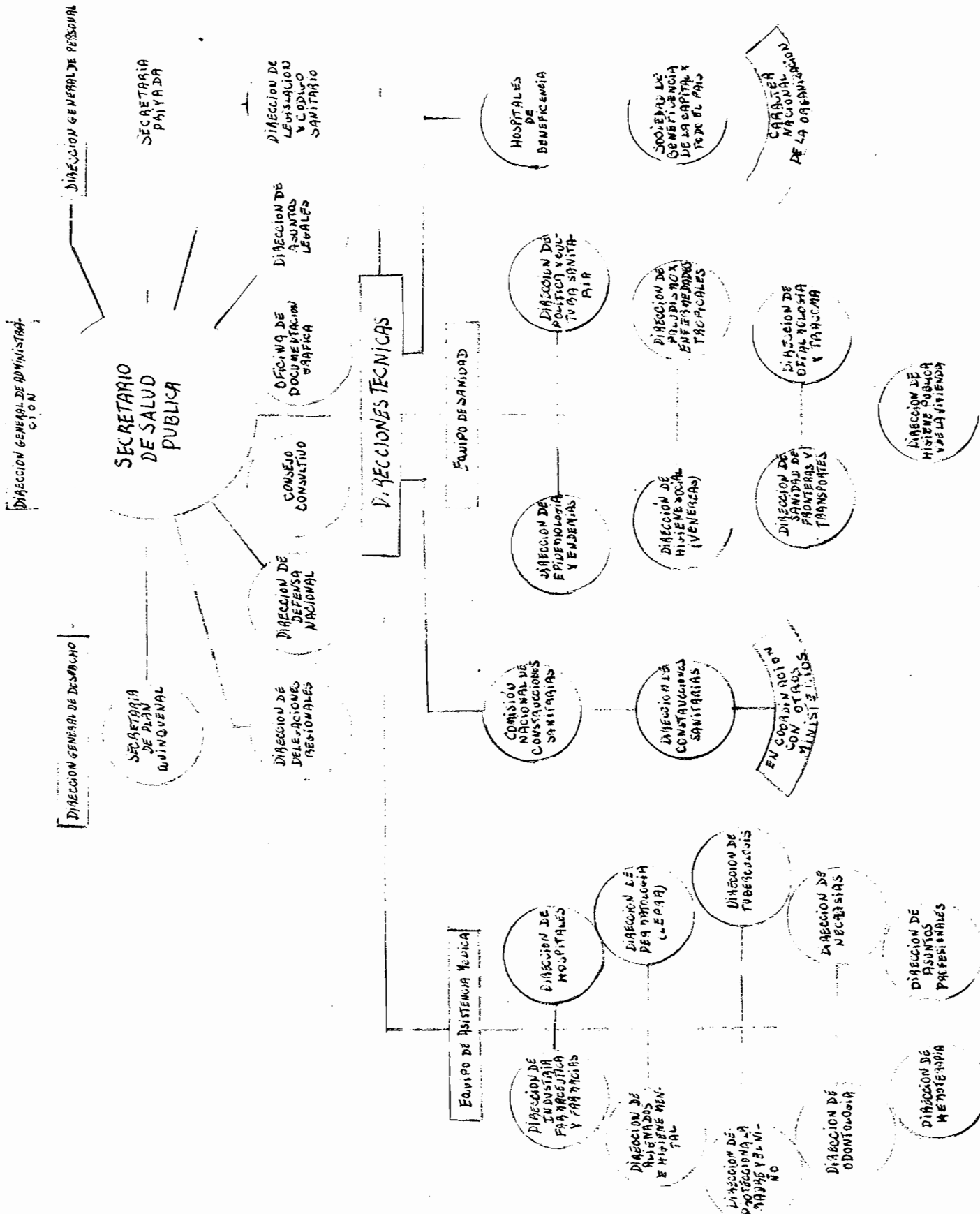
6.-Creación de la institución del médico de familia que presta servicios en el propio consultorio y a domicilio, servicios de urgencia y una acción preventiva y social; del médico de barrio a cargo de los registros urbanos y del médico de zona en las provincias y territorios, secundados por equipos adecuados, especialistas y cirujanos de consulta y visitadoras sociales y de higiene. Todos ellos retribuidos en forma adecuada por la comunidad mediante sueldos o asignaciones especiales y los últimos mediante la provisión adecuada de vivienda.

Secretaría de Salud

Pública de la Nación

Organización

Tomo IV de Gráficos del Plan Quinquenal. Años 1947-1951. Plan analítico.



3°) Leyes, decretos, reglamentos, proyectos y principios relacionados con la medicina social en nuestro país.

A continuación se expondrán brevemente las principales fuentes legales de la medicina social en nuestro país.

Cabe advertir que se expondrán en títulos separados el sistema de la ley 13075/47 para ferroviarios y el decreto-ley 30.656/44 de Medicina Preventiva y Curativa en razón de su carácter peculiar y especializado.

A) Código Sanitario Nacional. (ley 13.012)

En el año 1946 el Poder Ejecutivo remitió al Congreso, junto con los demás proyectos del Plan Quinquenal, un proyecto de ley de bases para la sanción del Código Sanitario Nacional. Este constituye el antecedente legislativo que servirá de instrumento legal para la implantación del sistema del "médico de familia".

1.-Entre los principios a que hace referencia figura bajo la letra B del art. 2°: "Proveer a la asistencia de todos sus habitantes, promoviendo la unificación paulatina de la asistencia médica y social y su gratuidad para las clases sociales que no cuentan con los medios adecuados para satisfacer íntegramente la protección de su salud" (1)

2.-Entre las funciones del organismo que tiene a su cargo la ejecución del sistema, expresadas por el art. 3° figuran:

a) Bajo el N°2: "Organizar y aplicar las medidas que los principios de la higiene y medicina preventiva hicieren aconsejables"

b) Bajo el N°3: "Proveer a la profilaxis y trata-

(1) SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN; "Plan Quinquenal años 1947-1951; Plan analítico. T. I pág. 276-277 y T. IV de Gráficos, primera parte.

nimiento de las enfermedades:"

c) Bajo el N°6: "Organizar y coordinar las actividades tendientes a la prevención y tratamiento de las enfermedades orgánicas y degenerativas de trascendencia económica y social"

d) Bajo el N°12: "Promover, organizar y fiscalizar la educación sanitaria de la población y difundir el conocimiento de las medidas de higiene:"

e) Bajo el N°13: "Instituir y afianzar el reconocimiento médico periódico de la población del país a fin de asegurar el diagnóstico oportuno de las enfermedades y su profilaxis por el tratamiento en forma precoz, continuada y completa:"

f) Bajo el N°14: "Organizar las estadísticas vitales en todo el país; el registro clasificado de las tablas de morbilidad y mortalidad y su publicación periódica; el estudio de la geografía médica en sus relaciones con las estadísticas económicas y sociales vinculadas con la salud pública y el bienestar de la población. Participar en la elaboración del plan de censos generales o parciales de la población del país en los aspectos sanitarios:"

g) Bajo el N°43: "Organizar, dirigir y coordinar la asistencia médica y quirúrgica general y especializada, la obstétrica, odontológica y farmacéutica.

3) Los artículos 4° y 5° se vinculan a la formación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social.

Art. 4°: "Créase el Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social a los efectos de la financiación de las instituciones que se incorporen al Código Sanitario y de Asistencia Social para el cumplimiento de las finalidades expresadas en la presente ley"

Art. 5°: "A los efectos del artículo anterior y con el asesoramiento de los organismos correspondientes, se estudiará la unificación del impuesto a la transmisión gratuita de bienes, sin perjuicio de la afectación de los mismos; el seguro de salud o la creación de cualquier otro impuesto justo y equitativo.

B) Plan de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de Salud Pública. (ley 13019)

La ley 13019 de Construcciones Hospitalarias, contemporánea de la ley 13012 de Código Sanitario se fundó en la convicción de que el problema de la salud pública y de la salubridad del territorio constituye por el momento un problema de obras públicas y de fondos específicos para atender esas obras.

Propone la realización de las siguientes construcciones sanitarias:

1.- Instituto de Higiene Pública. Debe establecerse bajo la forma de facultad o instituto en donde puedan formarse teorizadores para tareas universitarias (doctrina) y tareas de gobierno y administración sanitaria (realización)

2.- Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo. Debe completar su acción mediante un Hospital Obrero, un Instituto de Accidentes del Trabajo, Laboratorios de Higiene Industrial y médicos del trabajo. Debe contar con una escuela de enfermeras industriales, que imparta la instrucción necesaria a las muca-
mas industriales, visitadoras de higiene industrial (visiting nurse) y asistentes de enfermería. Debe organizar un Museo de Higiene y Medicina del Trabajo y establecer la "Escuela de Superintendentes de Usina" para formar los directores de la industria.

3.- Bancos de sangre.

4.- Instituto de Farmacología y Contralor Farmacéutico, a quien le corresponde, entre otras tareas, la de resolver el problema de la semisocialización de la farmacia, con un criterio similar al de la semisocialización médica.

5.- Plantas industriales médico-farmacéuticas del Estado para la fabricación de medicamentos, instrumental y material sanitario.

6.- Droguería central.

7.- Depósito Central y 4 sub-depósitos regionales.

8.-Instituto de Higiene Social. (sifilocomio o venereocomio) que debe ocuparse también de los problemas sociales conexos y de la profilaxis social o sea el control y prevención de la prostitución.

9.-Instituto Médico-Social de Rehabilitación de Inválidos.

10.-Instituto Nacional de Kinesiología.

11.-Instituto Nacional de Patología Tropical y Paludismo.

12.-Instituto Prolongevidad, a quien corresponde en especial la aplicación de los recursos de la medicina preventiva, o sea de los exámenes médicos periódicos, la educación sanitaria, la profilaxis por el tratamiento y la readaptación médico-social de los enfermos. También debe encargarse de la organización de los centros de salud y de la confección de las fichas standard de salud.

13.-Instituto de Reconocimientos Médicos.

14.-Instituto de Higiene y Medicina Escolar.

15.-Instituto de Fisiopatología del Deporte o Medicina de los Deportes.

16.-Instituto de la Alimentación, sobre la base del Instituto Nacional de la Nutrición o como una ampliación o prolongación del mismo.

17.-Edificio de Salud Pública, reservado para las tareas administrativas, con independencia de los institutos técnicos.

18.-Hospitales y Estaciones Sanitarias de Observación y Aislamiento de las Fronteras y Puertos, distribuidos en todo el país.

19 y 20.- Aviones y barcos sanitarios para facilitar el transporte de enfermos y equipos sanitarios.

21.-Escuela Técnica de Salud Pública. Debe formar 3 tipos de enfermeras: la enfermera visitadora, la enfermera asistente y la enfermera de Salud Pública. Debe facilitar una instrucción especial a los oficiales de sanidad (personal no médico).

La Escuela Superior Técnica es la encargada de for-

mar los médicos sanitarios.

22.-Instituto Higiotécnico y de Meteoropatología.

23.-Hospitales climáticos termales.

24.-Instituto de Enfermedades Alérgicas.

25.-Instituto de Oftalmología, en Santiago del Estero con 50 camas.

26.-Centros anticancerosos en el interior del país.

27.-Construcción, instalación y habilitación de 23 edificios para sede de las delegaciones e inspecciones seccionales en provincias y territorios.

.....

C)El Estatuto del Peón, publicado en el Boletín Oficial el 18 de Octubre de 1944 establece que: "La asistencia médica y farmacéutica de los peones estará a cargo del patrón como complementario establecido"

.....

D)La Declaración de los Derechos del Trabajador expresa en su punto V: "El cuidado de la salud física y moral de los individuos debe ser una preocupación primordial y constante de la sociedad, a la que corresponde velar para que el régimen de trabajo reúna los requisitos adecuados de higiene y seguridad, no exceda las posibilidades normales del esfuerzo y posibilite la debida oportunidad de recuperación por el reposo..."

.....

E)El Decálogo de la Ancianidad expresa en su punto V: "Derecho al cuidado de la salud física. El cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especialísima y permanente" y en el punto VI: "Derecho al cuidado de la salud moral. Debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales concordes con la moral y el culto"

.....

F)Ley 9688/15 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Esta ley establece un subsidio equivalente a la mitad del salario diario durante un año, una indemnización de inva-

lidez y un subsidio de entierro e indemnización en caso de muerte.

El artículo 26 dispone que: "En los accidentes producidos sin causa legal excusable para el empresario, el mismo está obligado a facilitar gratuitamente la asistencia médica y farmacéutica a la víctima, hasta que se halle en condiciones de volver al trabajo, fallezca o se declare incapacitada permanentemente y siempre que aquélla acepte recibir la asistencia por facultativos designados por el patrón!"

El decreto del 7 de marzo de 1927 dispone que los gastos de servicios médicos y farmacéuticos que se efectúen en cumplimiento de la Ley de Accidentes del Trabajo estarán a cargo del Estado.

.....

G) Ley N°11933/43 de Protección a la Maternidad Obrera.

Esta ley establece la prohibición del empleo de mujeres durante un período determinado anterior y posterior al parto. En el transcurso de dicho período deben recibir un subsidio equivalente a su salario o sueldo íntegro. Asegura la reserva del empleo y la prestación de cuídados gratuitos de un médico o partera. En las zonas en donde estos servicios no se hayan establecido, determina el pago de un suplemento del subsidio en efectivo para costear la asistencia de médico o partera.

.....

H) Estatuto de los Profesionales del Arte de Curar.

El decreto N°22.212/45 convertido en ley N°12.921 establece las condiciones de trabajo de los profesionales que presten servicios en forma permanente en los hospitales, colonias, hogares, asilos, instituciones, dispensarios, asistencia pública, etc. dependientes o que reciban subvención directa o indirecta del Estado, de las Provincias o de las Municipalidades o bien que actúen en hospitales de colectividades, sanatorios, clínicas y otros establecimientos de carácter particular o privado.

Abarca a médicos, odontólogos, farmacéuticos, bioquímicos

cos y establece su estabilidad, incompatibilidades, escalafón, condiciones de ingreso, calificaciones y ascensos, régimen proporcional de trabajo, jornada de trabajo y régimen de sueldos.

I) Obligatoriedad de la asistencia dental.

El decreto 22.839/44 establece la obligatoriedad de la asistencia dental de los niños en edad preescolar y los adolescentes que concurren o no a cualquier establecimiento oficial o incorporado de enseñanza primaria, secundaria, normal, especial o superior, en todo el país (art. 1°)

Al ingresar a los establecimientos educacionales cada alumno debe presentar la constancia de su estado dental. Dichos establecimientos están obligados a notificar a los padres el plazo fijado para la renovación de esa constancia y para hacer efectivos los tratamientos dentales prescriptos.

Los padres, tutores o responsables deben hacer prestar asistencia dental a los niños o adolescentes en forma particular o en los servicios oficiales.

El decreto establece diversas sanciones para los directores de los establecimientos y los padres o tutores que no cumplan con sus disposiciones.

J) Examen médico para menores que solicitan trabajo.

El decreto N° 7251/49 del 26 de Marzo de 1949 establece el examen obligatorio de los menores de 14 a 18 años de cualquier sexo que soliciten permiso de trabajo, previo a todo reconocimiento técnico o vocacional. Además, los menores son sometidos a exámenes periódicos, por lo menos una vez al año, para establecer especialmente la influencia psicofísica de las tareas realizadas. Los exámenes previos y periódicos están a cargo del Ministerio de Salud Pública.

El examen obligatorio comprende: 1) constitución física y psíquica; 2) examen somático general; 3) examen especializado: visión, audición, etc; 4) roentgen fotografía y electrocardiografía; 5) análisis de orina y sangre; 6) examen mental destinado a apreciar las

condiciones psicofísicas para el trabajo.

Los menores reciben una libreta donde consta su capacidad orgánica y funcional para el trabajo. Los que presentan deficiencias orgánicas o funcionales reciben tratamiento en las instituciones del Ministerio de Salud Pública. Los que presentan fallas o deficiencias psicotécnicas son tratados también en los establecimientos existentes del Ministerio de Salud Pública o en los que se instalen en el futuro en coordinación con la Dirección General de Aprendizaje y Orientación Profesional.

.....

K) Salas de primeros auxilios en los establecimientos industriales.

El decreto N°461/45 de Febrero 3 de 1945 reforma los decretos del 20-II-906 y del 30-VI-917 y 3-IV-931 estableciendo las condiciones que deben reunir las salas de primeros auxilios en los establecimientos industriales que empleen más de 50 obreros y en los que por la naturaleza del trabajo es posible que ocurran accidentes.

.....

L) Instituto Argentino de Seguridad.

Este instituto se halla incorporado al Consejo Interamericano de Seguridad. Presta a sus miembros industriales los siguientes servicios:

1) Servicio educativo para los obreros.

2) Servicio jurídico

3) Servicio técnico, a cargo de ingenieros especializados.

4) Servicios médicos que consisten en:

a) Estudio y solución de los problemas de seguridad, higiene y prevención de accidentes y enfermedades profesionales en cooperación con los facultativos de los establecimientos industriales.

b) Examen clínico y radiográfico de los obreros cuando lo soliciten los establecimientos industriales asociados.

c) Informes sobre las condiciones de seguridad e higiene de los locales, fábricas, talleres, etc, aconsejando las medidas preventivas que convenga adoptar.

.....

M) Dirección General de Higiene y Seguridad del Trabajo.

El decreto N°6891 del 23 de Marzo de 1949 sustituyó la denominación de "Dirección General de Contralor y Policía Sanitaria del Trabajo" establecida en el decreto N°12.333/47 por la de "Dirección General de Higiene y Seguridad del Trabajo".

Asimismo amplió sus funciones convirtiéndola en un centro científico superior en materia de higiene y seguridad del trabajo.

.....

4°) Ley 13075/47 de creación de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para ferroviarios.

El decreto N°9694 del 17 de Abril de 1944, aparecido en el Boletín Oficial del 15-V-44 creó una Dirección encargada de ejecutar el vasto plan de asistencia y previsión social para ferroviarios establecido por el decreto N°168-44, así como de la administración de los fondos de aporte estatal, patronal y obrero y del manejo y uso de los bienes.

El decreto N°167-44 publicado en el Boletín Oficial del 21-I-44 acordó a las entidades sindicales Unión Ferroviaria y La Fraternidad, un subsidio extraordinario por la suma de \$1.000.000.- m.n. (un millón de pesos m.n.) para las obras del Policlínico de Asistencia y Previsión Social.

El decreto N°168-44, aparecido en el Boletín Oficial del 21-I-44 aprobó por el artículo 8° el proyecto de asistencia y previsión social presentado por la Intervención de la Unión Ferroviaria y La Fraternidad. El art. 1° declara obligatoria la contribución del personal de los ferrocarriles de jurisdicción nacional y demás entidades comprendidas en el régimen de la ley N°10650 y sus

complementarias, con el fin de constituir el fondo de asistencia y previsión social de las entidades sindicales reconocidas. Establece el monto de las contribuciones patronales y obreras y castiga con la cesantía a los obreros que no hagan efectivas las cuotas establecidas. Por el artículo 6^a se extiende el beneficio de la asistencia y previsión social a los familiares de 1er. grado del personal ferroviario. Por el artículo 7^a se incluye también a los jubilados que aporten de acuerdo a la escala fijada por el decreto.

La ley N°13.075 del 16 de Octubre de 1947 reorganizó con carácter oficial la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios.

Dicha ley estableció los recursos del fondo de asistencia y previsión social de la entidad. Además de las donaciones, legados, subsidios, importe de sueldos de puestos vacantes, intereses de los títulos de la deuda pública y demás recursos especificados en el art. 7^a, estableció una contribución mensual obligatoria de todo el personal permanente o transitorio en actividad y de los jubilados y pensionados de los ferrocarriles de jurisdicción nacional y provincial y demás entidades comprendidas en el régimen de la ley 10.650 y sus complementarias. (art. 3°)

El artículo 4^o estableció una escala que iba del 3 al 12 % sobre los sueldos, de acuerdo al monto de los mismos y el artículo 5^a impuso a las entidades patronales una contribución mensual de \$1,50 m.n. por cada empleado y cada obrero permanente o transitorio.

Las disposiciones del artículo 4^a fueron modificadas el 27 de Septiembre de 1950, año del Libertador General San Martín, por la ley 13.980 que fijó para el personal comprendido en el artículo 3^a una contribución del 2% sobre el monto de sus haberes mensuales.

Con dicho fondo de asistencia y previsión social se sostienen entre otros servicios, la atención médica, hospitalaria

y suministros de farmacia.(art. 9°)

En la actualidad se proporcionan servicios de atención médica, hospitalaria, odontológica y farmacéutica absolutamente gratuitos, salvo el valor de las dentaduras postizas y otros aparatos odontológicos y un importe igual a \$0,50 por cada preparación farmacéutica en concepto del costo del envase.

Son beneficiarios de estos servicios no sólo el contribuyente, sino también su cónyuge, las hijas solteras, los hijos varones menores de edad o impedidos de ambos esposos y los padres sexagenarios o impedidos del contribuyente, que se encuentren legalmente a su cargo.(art. 16 de la ley 13075)

En cumplimiento de sus funciones, la Dirección ha creado una vasta red de servicios y establecimientos de atención médica de acuerdo a 4 tipos principales: 1) medicina de zona; 2) consultorios ferroviarios; 3) policlínicas regionales o zonales y 4) hospitales monoclinicos.

La Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios arrendó la finca de la calle Dean Funes N°567 para trasladar allí los servicios externos de sanidad "que funcionaban en distintos puntos de la ciudad"(1) Se denomina "Consultorios Externos Buenos Aires" y fué habilitada el 10 de Febrero de 1947. El policlínico "Buenos Aires" funciona en las calles Freire y Mendoza.

En el presente año 1952 se ha habilitado el Policlínico Ferroviario Central ubicado en Puerto Nuevo de esta Capital. El edificio es de tipo monobloque rectangular de aproximadamente 130 metros de largo, consta de 10 pisos y está dotado de todos los adelantos técnicos modernos.

(1) "La Fraternidad". Organó de la Sociedad de Personal Ferroviario de Locomotoras. Febrero 5 de 1947; N°856; pág. 12

5*) Decreto-ley N°30.656/44 de Medicina Preventiva y Curativa

A) Generalidades.

El decreto-ley N°30.656/44 asegura los servicios de la medicina preventiva y curativa para todos los trabajadores afiliados al Instituto Nacional de Previsión Social. Forma parte de un plan general de medicina preventiva que sólo puede aplicarse mediante etapas, abarcando en forma sucesiva a los afiliados al Instituto Nacional de Previsión Social, a sus familiares y luego a toda la población.

Puede afirmarse que el decreto ley-N°30656, modificado por el decreto N°16.200/46 y ratificado por la ley 12.912 constituye el primer ensayo serio y fundamental que se realiza en nuestro país en materia de medicina social. El examen de salud obligatorio y sistemático se propone el diagnóstico y tratamiento médico y social. Mediante el primero se busca el descubrimiento precoz de las enfermedades para lograr una recuperación rápida y eficaz, evitando la invalidez prematura y adecuando el trabajo a la capacidad física y mental de los examinados. El segundo se propone el conocimiento y corrección de los ambientes familiares y de trabajo que configuran los casos particulares, mediante la acción del servicio social.

Los exámenes de salud sencillos, rápidos y expeditivos si bien son sintéticos, resultan de gran eficacia y utilidad.

B) Principales disposiciones.

El decreto-ley N°30.656/44 dispone que se tratarán en forma preferente las enfermedades crónicas de trascendencia social como la tuberculosis, afecciones cardiovasculares, sífilis y reumatismo; las enfermedades profesionales y del trabajo y las enfermedades de tendencia crónica e invalidizante; asimismo se procurará la adaptación de la capacidad física y técnica del individuo al trabajo que ejecute, para prolongar la vida activa del trabajador.

Los agentes que otorgarán las prestaciones del sistema son los organismos y establecimientos privados y los dependientes

del Ministerio de Salud Pública, de reparticiones oficiales, nacionales, provinciales o municipales; los médicos particulares y aquellos que dependan de las instituciones de Previsión Social.

Las autoridades encargadas de la aplicación del presente decreto-ley ejercerán el control sobre dichos agentes y celebrarán con los mismos los convenios necesarios para lograr su coordinación, una mayor eficiencia o la contratación de servicios similares cuando el número de asistidos no justifique la creación de servicios propios.

Se efectuará el censo permanente de los núcleos sociales sujetos a las disposiciones del presente decreto-ley.

Por lo menos una vez al año se realizará un examen de salud obligatorio. Tanto las autoridades como los asistidos pueden disponer o solicitar nuevos exámenes. El examen constará como mínimo de las siguientes pruebas:

1) Estudio clínico completo.

2) Roentgen-microfotografía, abreurografía u otro procedimiento similar que lo sustituya.

3) Exámenes serológicos y biológicos tales como Wasserman o Kahn u otros económicos y eficaces; examen de orina y demás investigaciones de laboratorio que fueren necesarios"(1)

El control se realizará mediante el empleo de la ficha sanitaria en donde constarán los datos personales, los resultados de los exámenes realizados y otros datos de interés médico social siempre que no atenten contra el secreto profesional. Los médicos dejarán constancia de los exámenes practicados en el documento clínico y la ficha sanitaria. Los asistidos que no actualicen la ficha sanitaria en las épocas establecidas no podrán beneficiarse con las prestaciones que las leyes en vigor acuerdan a los afiliados al Instituto Nacional de Previsión Social.

(1) SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL; "Plan para la aplicación de la medicina preventiva y curativa" (Decretos-leyes 30.656/44; 16.200/46; ley 12.912) Bs. Aires 1948. Otycia impresores S.R.L. Bolívar 427.

En el momento del examen se confeccionará por triplicado el legajo clínico individual, cuyo original se enviará a un fichero central y que contendrá datos biosociales, radiológicos, resultados de exámenes de laboratorio, clínicos y odontológicos.

Los examinados que se consideren sanos reciben su ficha sanitaria. Los observados, son sometidos a exámenes especializados. Los enfermos, reciben tratamiento por los agentes oficiales o por médicos particulares, bajo el control oficial.

Las reclamaciones relativas a las actuaciones médicas se presentan ante comisiones locales formadas por tres médicos que representan a obreros, patronos y al organismo oficial.

Por un período no mayor de 6 meses continuados puede disponerse el reposo preventivo y terapéutico irrenunciable, en forma de reducción o supresión de la jornada normal con goce de sueldo o salario completo y restitución posterior de la ocupación o destino compatible con su capacidad física o mental sin disminución de sus emolumentos. Durante el tiempo que dure dicho reposo, los trabajadores no podrán realizar ningún trabajo, remunerado o no, que pueda perjudicar su curación.

El Instituto Nacional de Previsión Social (actualmente la Secretaría de Salud Pública) se hará cargo del total o de parte de las remuneraciones de los trabajadores cuando las disposiciones legales, reglamentarias, contractuales o convencionales eximan a los empleadores del pago total o parcial de los sueldos o salarios en caso de enfermedad.

Los empleadores que no cumplieran con las disposiciones citadas son pasibles de multas de \$100.- a \$5.000 m.n.

La aplicación del decreto-ley se hará en forma gradual, de acuerdo con lo que permitan los medios existentes.

Con el objeto de costear el examen de salud, se establece un derecho de \$2.-m.n. que deberá abonar anualmente todo examinado.

C) Decreto N°16.200/46.

Este decreto modifica el N°30.656/44 al establecer que no será el Instituto Nacional de Previsión Social sino la Secretaría de Salud Pública, el organismo encargado de aplicarlo en la totalidad de sus disposiciones.

Se funda esta medida en el hecho de que al extender los beneficios de la acción sanitaria a las poblaciones del interior mediante una red de instituciones asistenciales se agravaría la superposición de funciones de ambos organismos y a la certeza de que sería un contrasentido hacer depender la atención médica del obrero del Instituto Nacional de Previsión Social y la de su familia de la Secretaría de Salud Pública.

Por otra parte resulta conveniente separar las funciones financieras y fiscales del primer organismo de las puramente técnicas del segundo. De ahí que el Instituto Nacional de Previsión Social haya sido encargado de la recaudación de los aportes establecidos por la ley N°30.656/44; esos fondos serán entregados a la Secretaría de Salud Pública quien cubrirá con ellos un rubro especial de su presupuesto anual destinado a la ejecución del citado decreto.

.....

D) Organismos ejecutivos.

Antes de la sanción del decreto N°16.200/46 el Instituto Nacional de Previsión Social había designado una comisión integrada por representantes suyos y de la Secretaría de Salud Pública a fin de realizar los estudios previos para la organización del catastro y tratamiento de los trabajadores.

Con posterioridad a dicho decreto, el Secretario de Salud Pública obró en forma análoga designando el 10 de Julio de 1946 una comisión mixta integrada por cuatro representantes de cada uno de los mencionados organismos oficiales para proyectar la red de establecimientos hospitalarios ubicados en los puntos de concentración y destinados a la atención de los 3 millones de afiliados.

Con el objeto de asegurar la dirección centralizada y la

descentralización funcional técnico-administrativa se proyectó la concentración del control y de la orientación en dicha Comisión Mixta y la aplicación en base a 10 Delegaciones Regionales con la colaboración de 20 Inspectorías. Además se proyectó la instalación de 20 Centros de Salud Generales para los grandes núcleos de población, 100 Subcentros de Salud para las zonas menos pobladas y 250 Unidades Sanitarias para las zonas suburbanas o rurales con la colaboración de centros móviles.

Con la elaboración de este plan la Comisión Mixta dió por terminadas sus funciones, designándose en su reemplazo el 16 de Agosto de 1947 a la Comisión Asesora de Medicina Preventiva; ésta a su vez fué reemplazada por el Consejo de Medicina Preventiva, por resolución N° 8249 del 6 de Abril de 1948. Dicho Consejo tendrá las facultades y atribuciones que establece la resolución N° 5171.

.....

E) Reglamentación.

La organización de los servicios debe tomar como base los organismos sanitarios existentes, utilizando por excepción los particulares y en especial empleando los organismos nacionales creados por la Secretaría de Salud Pública, la Secretaría de Trabajo y Previsión y la Dirección General de Asistencia y Previsión para Ferrovianos. Se establecerá la cesión en uso de los locales y elementos necesarios, mediante compensaciones. Por otra parte, se procederá a la ampliación de locales y la construcción de otros nuevos tomando como base los planes preparados por los gobiernos nacional y provinciales, la opinión de las delegaciones regionales, encuestas y estadísticas.

Se establece con carácter experimental una organización basada en la creación de delegaciones regionales, inspectores y centros de salud de tipo A, B y C.

Las delegaciones regionales a crearse en cada provincia o territorio nacional estarán presididas por un funcionario a quien corresponderá la designación del personal necesario, la plani-

fiscalización y organización de la delegación, la fiscalización, coordinación y reglamentación de las tareas, la representación de la superioridad, la administración de los recursos y la organización de las dependencias técnicas y administrativas.

Los inspectores desempeñarán tareas de fiscalización, control y colaboración dentro de la zona de influencia de la respectiva delegación.

Los centros de salud generales o de tipo "A" tendrán servicios completos de medicina preventiva. Serán dirigidos por un jefe de centro y contarán con los servicios de especialistas, aparatos radiográficos, laboratorios, una visitadora de higiene social por cada 3.000 afiliados y una asistente social por cada 2.000.

Los sub-centros de salud o centros de salud de tipo "B" contarán con 2 profesionales, especialistas en caso de necesidad, una visitadora de higiene social y una asistente social. Los exámenes radiográficos y de laboratorio serán prestados con intervención de los centros de tipo "A" o por medio de unidades móviles.

Las unidades sanitarias o centros de salud de tipo "C" contarán por lo menos con un médico y una enfermera o visitadora de higiene social; enviarán a sus afiliados en los casos necesarios a los centros de tipo "A" o "B" y serán secundados por la labor de unidades móviles.

.....

F) Creación de "Comités vecinales de colaboración social"

La creación de estos organismos tiene por objeto reemplazar la labor de las visitadoras de higiene y las asistentes sociales cuyo número en nuestro país es escaso, en especial en las zonas alejadas de los grandes centros urbanos.

Ellos se encargarán de todo lo que corresponde al Servicio Social, es decir, lo que se vincula a la difusión de los principios de la medicina preventiva, la educación sanitaria, la orientación de los enfermos hacia los establecimientos sanitarios,

la vigilancia del reposo obligatorio y especialmente la investigación de los factores sociales que influyen sobre los problemas médicos, estudiando cada caso particular y arbitrando las soluciones para mejorar el bienestar y lograr la recuperación física y moral de los individuos.

La idea inicial de estos comités vecinales se basó en la experiencia realizada con otro fin en la Provincia de Santa Fe, que alcanzó un completo éxito.

Los Comités Vecinales de Colaboración Social formarán parte, pues, del Servicio Social de cada uno de los centros de medicina preventiva y actuarán bajo la dirección del médico jefe de dichos centros. Tendrán funciones de colaboración con los cuerpos médicos y actuarán dentro del radio de acción de los centros de medicina preventiva respectivos. Estarán integrados por vecinos de la localidad, en particular personas que ejerzan funciones relacionadas con la acción social a desarrollar, representantes de entidades sociales, gremiales (sindicatos reconocidos), culturales, económicas o deportivas. Participarán en su estructura las autoridades de las Delegaciones Regionales de la Secretaría de Trabajo y Previsión y dirigentes regionales de la C.G.T.

Los Comités Vecinales serán dirigidos por un Comité directivo integrado por lo menos por 11 miembros que durarán 2 años en sus funciones. Celebrarán asambleas ordinarias y extraordinarias de las cuales las primeras tendrán lugar por lo menos semestralmente con el fin de considerar la Memoria y Balance de Tesorería, escuchar una conferencia doctrinaria del Jefe del Centro de Medicina Preventiva y renovar las autoridades cuando corresponda.

El tesoro social estará formado por las donaciones, legados, cotizaciones voluntarias, producto de beneficios, fiestas, etc. y toda otra entrada prevista por el estatuto.

Deberán constituir comisiones y subcomisiones encargadas de actividades determinadas dentro de su plan de acción. Se or-

ganizarán, por lo menos, las siguientes sub-comisiones:

1) Buzón Sanitario Social. Tendrá a su cargo tareas de asesoramiento general, judicial, social y especialmente en materia de higiene pública, familiar, privada o del trabajo. Procurará la solución de los problemas planteados y colaborará en la realización de los trámites correspondientes. Recibirá consultas verbales o escritas y mantendrá un carácter confidencial.

2) Acción Social Domiciliaria, Visitadoras y Asistentes Sociales. Tendrá a su cargo la realización de visitas periódicas a los domicilios de los trabajadores, estudiando sus hábitos y costumbres y prestando su asesoramiento a los mismos en lo que se vincula con la higiene de la vivienda y su mejor aprovechamiento, alimentación, vestuario, etc. Controlará el tratamiento y reposo preventivo, vigilará la salud de madres y niños, etc.

3) Desocupación, Aprendizaje y Orientación Vocacional. Tendrá a su cargo la organización de una bolsa de trabajo, llevando al día la nómina de los establecimientos industriales y comerciales que necesitan personal y la nómina y oficio de los trabajadores sin ocupación. Realizará tareas de orientación profesional, teniendo en cuenta el estado físico, mental y la vocación de menores y adultos.

4) Economía Doméstica. Un grupo integrado por una profesora de economía doméstica, si existiera en el lugar, un maestro y un miembro del Comité Vecinal de habilidad reconocida tendrán a su cargo la enseñanza de principios sobre economía doméstica.

5) Educación Sanitaria. Tendrá a su cargo una labor paralela y complementaria de la que realiza en este sentido el Consejo de Medicina Preventiva. Puede valerse de los siguientes medios: conferencias, radio, volantes, cartillas, películas cinematográficas, periódicos, revistas, visitas y excursiones especiales.

6) Taller de Costura y Afines. Tendrá a su cargo la enseñanza de costura, tejidos, etc. a las mujeres y en especial a las

niñas y futuras madres. Creará al efecto talleres en domicilios privados, en locales especiales o en recintos anexos a maternidades y hospitales. Efectuará la exposición y venta de algunas labores.

7) Colaboración Hospitalaria. Tendrá a su cargo la provisión de medicamentos, instrumentos y demás elementos requeridos por los establecimientos sanitarios. Estará orientada por el médico jefe del Centro de Medicina Preventiva. Procurará la afluencia de afiliados para su catastro y colaborará en su tratamiento, traslado e internación.

8) Fiestas y Beneficios. Tendrá a su cargo la organización de funciones, fiestas y espectáculos con el fin de reunir fondos destinados al Comité Vecinal.

9) Comisión de Coordinación con los demás Comités Vecinales. Tendrá a su cargo la coordinación de las tareas entre las distintas sub-comisiones de un mismo Comité Vecinal y los distintos Comités Vecinales. Procurará el intercambio de informaciones y de servicios y la acción conjunta para resolver problemas comunes.

Además de las sub-comisiones indicadas se aconseja la creación de una Comisión de Seguridad del Trabajo en aquellos puntos en donde la concentración obrera sea considerable. Dicha Comisión actuaría en los lugares de trabajo y tendría la función de colaborar con los cuerpos médicos en las labores de catastro, exámenes preventivos y divulgación de medidas de higiene del trabajo y de prevención de accidentes y enfermedades profesionales.

Se establece que las comisiones y sub-comisiones lleven anotaciones de su labor y comuniquen las mismas una vez al mes al Comité Vecinal; éste las hará conocer al médico jefe del Centro de Medicina Preventiva, quien informará a su vez a la Delegación Regional de la Comisión Mixta de Medicina Preventiva; todo ello con fines de control y estadística. (1)

(1) El régimen preventivo establecido por la ley 30.656/44 debe agregarse el régimen establecido en el presente año 1952 por la Caja Nacional de Ahorro Postal que acaba de organizar con carácter gratuito un servicio de orientación médica preventiva para sus asegurados, cuyo objeto esencial es la realización de exámenes médicos periódicos.

6°) Semisocialización de la medicina.A) El problema de la atención médica en el país.

En nuestro país no existe el número suficiente de profesionales ni de personal auxiliar capacitado (enfermeras, visitadoras, etc.) Tampoco existen los establecimientos sanitarios suficientes. El déficit de servicios médicos ha podido calcularse en un 40% en el año 1946. La decisiva acción emprendida en los años subsiguientes ha logrado disminuir en parte este porcentaje alarmante.

Además, los servicios existentes están mal distribuidos. Los profesionales se concentran en los grandes centros urbanos donde la población es más pudiente y sobre todo mucho más numerosa.

Se calcula que la proporción de la población que no puede procurarse atención médica adecuada por sus propios medios llega al 60 % del total.

La región de más alta mortalidad es el Norte con el 12,6% (Buenos Aires-Litoral: 8%; Noreste: 8,7%; Centro: 9,2%; Cuyo: 10,6%; Sur: 10,5%) (1)

Universalmente se considera que el número de camas suficientes para la internación de los enfermos es de 1 por cada 100 habitantes. En nuestro país en 1946 existía un déficit de 80.000 camas pues sólo se disponía de 60.000 camas que representaban apenas el 41% de las 140.000 que se requerían en aquel momento de acuerdo a la población de 14 millones de habitantes. Para el año 1958 se calcula que la población, que en el momento actual llega ya a los 17 millones, llegará a los 20 millones de habitantes. Para ese entonces se requerirán, pues, 200.000 camas y dado que la disponibilidad actual es de alrededor de 100.000 camas será preciso disponer hasta esa fecha de 100.000 camas más.

Teniendo en cuenta la densidad de la población, el índice general de morbilidad y la velocidad de crecimiento de la población de las distintas zonas del país, se calcula que el déficit

(1) SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN; "Plan esquemático de Salud Pública 1952-1958"; Buenos Aires 1951; Imprenta Central del Ministerio de Salud Pública.

de camas hospitalarias hasta 1958 es de 46.038 para la región Buenos Aires-Litoral; 16.596 para la región Noreste (que es la que proporcionalmente tiene mayor déficit de camas); 12.804 para la región Norte; 6.761 para la región Cuyo; 6.512 para la región Centro y 4.235 para la región Sur. La zona más dotada de camas es Córdoba (región Centro).

B) Sistemas propuestos.

El ejercicio de la profesión médica puede adoptar alguna de las tres formas siguientes:

1) Libre ejercicio. Los médicos trabajan exclusivamente en sus consultorios o en grandes organizaciones (hospitales y sanatorios privados). No dependen del Estado ni reciben sueldos de éste.

2) Socialización integral. Los médicos son funcionarios a sueldo del Estado.

3) Semisocialización o socialización parcial. Los médicos pueden trabajar en forma particular pero el Estado absorbe una parte de su actividad en beneficio de la población no pudiente.

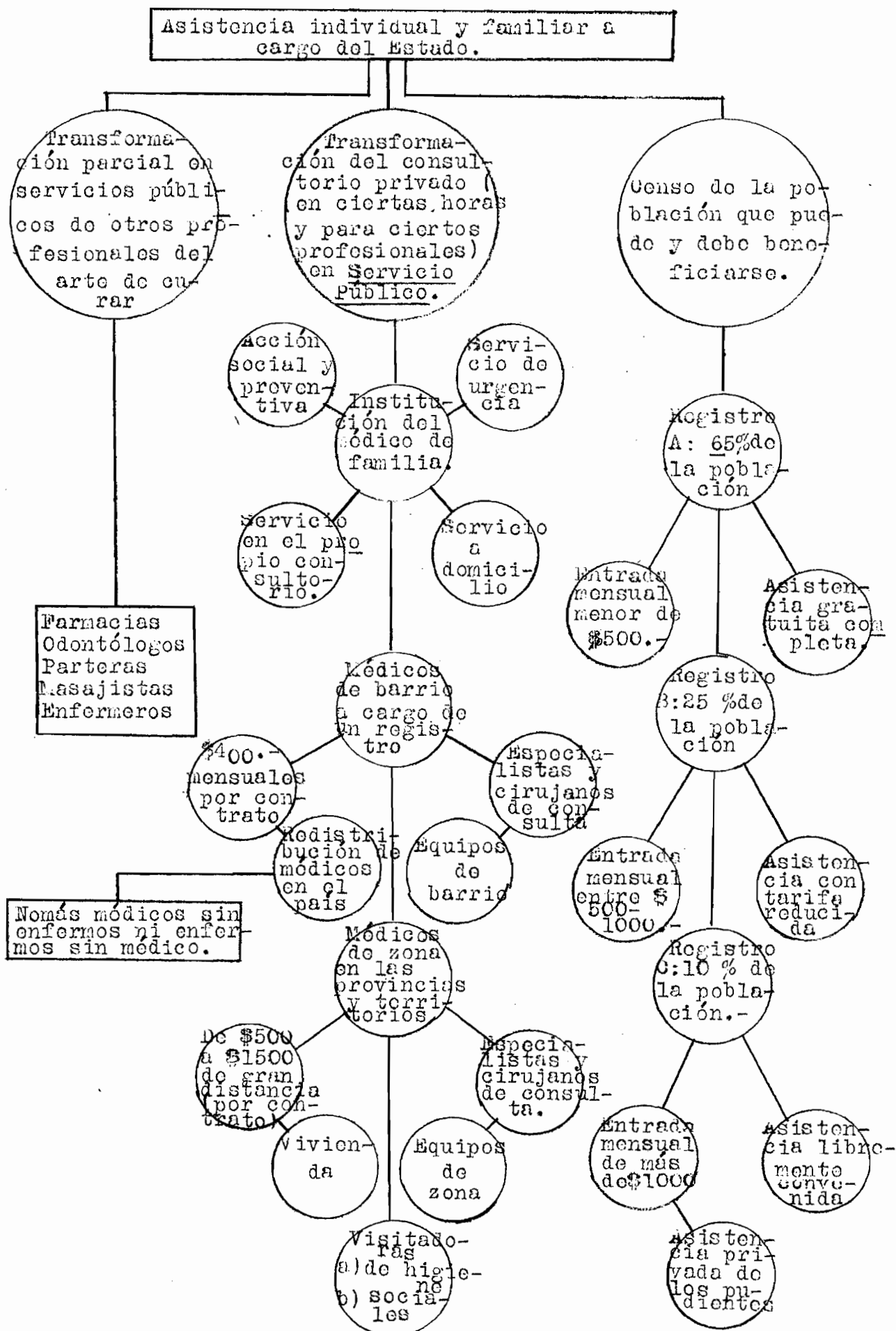
Este último sistema ha sido propiciado desde 1946 por el Ministerio de Salud Pública de la Nación. Se trata, pues, de un sistema intermedio de semisocialización optativa regulado por el Estado y condicionado a las posibilidades económicas de los individuos para financiar su atención médica por sí mismos.

Se ha juzgado prudente aprovechar la experiencia de otros países pero adaptándola a las condiciones locales para formar una experiencia nacional. El sistema elegido se adapta a la presente época de transición y combina los sistemas existentes de libre ejercicio y de socialización integral.

En la práctica existe ya un principio de semisocialización de la medicina evidenciado en el hecho de que la mayor parte de los médicos argentinos perciben sueldos del Estado por su trabajo en establecimientos hospitalarios nacionales, provinciales, municipales u oficializados.

"Asistencia médica."

Tomo IV de Gráficos del Plan Quinquenal. Años 1947-1951. Plan analítico. Secretaría de Salud Pública de la Nación.



C) Examen del sistema adoptado.

Los organismos sanitarios oficiales buscan la solución de los problemas existentes mediante una política sanitaria que en síntesis se propone lograr:

1) La atención médica individual y familiar eficaz, continua y completa.

2) La libre elección del médico por el enfermo y el libre ejercicio de la profesión por el médico.

3) La gratuidad completa del servicio para aquel sector de la población de escasos recursos particulares.

Para ello se procede a oficializar los hospitales, establecimientos médicos y demás organismos de beneficencia particular y se organiza un sistema de semisocialización de la medicina en base a la institución del "médico de familia"

1.- Organización celular de la profesión "Médicos de familia"

La institución del "médico de familia" se crea y sostiene por el Estado, ante todo, en aquellas regiones en donde no existe médico por la escasa densidad de la población o su pobreza y en los barrios pobres desprovistos de atención médica adecuada.

a) Requisitos.

El ingreso de los profesionales a la categoría de "médicos de familia" está supeditado a su idoneidad y a un concurso de títulos y antecedentes. Se requerirá que tengan dos años de ejercicio de la profesión y una práctica demostrada en clínica médica y quirúrgica, ortopedia, traumatología, obstetricia, pediatría y endemias de la región donde han de actuar. Se exigirán requisitos de orden moral. Deberán contar con un consultorio instalado en condiciones adecuadas.

b) Organización y control.

La incorporación de los médicos al sistema de "médicos de familia" es optativa y voluntaria. Debe ser solicitada a las autoridades sanitarias y se implanta por contrato entre estas últimas

y los médicos interesados.

La actuación de los "médicos de familia" será controlada y dirigida por las Delegaciones Regionales de Salud Pública en las provincias y territorios en sus aspectos preventivos y educativos y en los curativos sólo en los casos en que resultara procedente.

Las familias que deseen atenderse deben inscribirse en el consultorio del "médico" o de alguno de los "médicos de familia" que correspondan a su domicilio. Existe así una libertad relativa de elección del médico por el enfermo y de aceptación del enfermo por el médico, que puede rechazar a un paciente por razones justificadas.

El "médico de familia" llevará una nómina o "lista" de sus posibles pacientes, actualizada y un fichero clínico donde anotará los datos relativos a los enfermos que atiende; también anotará esos datos en las "libretas sanitarias" que les presentan los pacientes, para la confección de su historia clínica.

Se calcula que el número máximo de personas que puede atender cada "médico de familia" es de 1.000 en las regiones apartadas y de escasa población y de 1.500 en las concentraciones urbanas medianas y grandes.

c) Funciones.

Los médicos de familia otorgarán atención médica en el propio consultorio y eventualmente en el domicilio de los pacientes. Asimismo prestarán en determinadas condiciones servicios de urgencia y cuidarán de los aspectos preventivos, educativos y sociales.

Por lo general, atenderán a las familias pobres de su barrio o zona en sus consultorios durante tres horas, tres días por semana. Pueden disponer del resto de su tiempo para atender privadamente (salvo a los pacientes que forman parte de su "lista") y para actuar en establecimientos oficiales durante la mañana, percibiendo los haberes correspondientes a estas tareas. Los enfermos serán atendidos según la ciencia y conciencia de cada facultativo; deberán exhibir su "libreta sanitaria". El "médico de familia" apli

cará los tratamientos necesarios salvo los que requieran instrumentos especiales. Estos últimos y los exámenes necesarios (laboratorio, rayos X) se realizarán en los establecimientos de Salud Pública a cuyo radio de acción pertenezca. Los médicos especialistas atenderán en equipo y estarán relacionados con varios "médicos de familia". Los odontólogos y farmacéuticos sociales, cuya organización se expone por separado, colaborarán también en su acción. Los servicios de kinesiólogos, parteras y enfermeras se organizarán con un criterio semejante y su labor será paralela y coordinada con la de los "médicos de familia".

Los servicios a domicilio y de urgencia se hallan vinculados al anterior. En las localidades pequeñas los realiza el "médico de familia" pues tienen carácter de excepción. En las ciudades medianas y grandes lo efectúan organizaciones especiales de Salud Pública. La atención a domicilio será eventual y sólo se realizará en los casos en que los pacientes no puedan trasladarse al consultorio; cuando esa atención se prolongue el enfermo deberá aceptar su ingreso a un hospital. Los casos especiales serán resueltos por la Delegación Regional mediante un trámite ágil.

Para el ejercicio de su acción social los "médicos de familia" serán secundados por personal especial de Servicio Social. En cada localidad, pueblo o ciudad habrá un Centro de Salud o Unidad Sanitaria, dependiente de la Delegación de Salud Pública, donde funcionará una Sección de Estadísticas Vitales y Servicio Social que proporcionará al "médico de familia" los datos que necesite sobre las condiciones generales de vida de los pacientes y que será orientada por él. Los datos obtenidos servirán para adecuar la acción estatal a las necesidades de los habitantes, ayudando al perfeccionamiento de la bioestadística nacional. Los agentes naturales del Servicio Social serán las visitadoras de higiene y sociales cuyo número se procurará aumentar mediante la intensificación de la enseñanza y el establecimiento de remuneraciones mayores.

El "médico de familia" contribuirá a la educación sanitaria aconsejando a sus pacientes en lo relativo al cuidado y mejoramiento de la salud. En materia de medicina preventiva, dará cumplimiento a las leyes y medidas profilácticas y efectuará exámenes periódicos de salud de los anotados en su "lista", secundado por personal y elementos en la forma y condiciones que establezcan las autoridades.

d) Categorías y remuneración.

Según las tareas técnicas y la responsabilidad que asuman, los "médicos de familia" se clasifican en 4 categorías:

1a. categoría: Servicio en el consultorio, a domicilio, de urgencia y acción médico-sanitaria y médico-social.

2a. categoría: Servicio en el consultorio, a domicilio y de urgencia.

3a. categoría: Servicio en el consultorio y a domicilio.

4a. categoría: Servicio exclusivo en el propio consultorio.

Según la jurisdicción que se les fije los "médicos de familia" se clasifican en "médicos de barrio" y "médicos de zona".

Los "médicos de barrio" tienen a su cargo uno de los registros de asistidos de un núcleo urbano. Trabajan en coordinación con un establecimiento de Salud Pública.

Los "médicos de zona" se establecerán en regiones fronterizas y de escasa población. Actuarán en coordinación con los especialistas y cirujanos más próximos, procurarán el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y deberán tener conocimientos especiales sobre cirugía, obstetricia, pediatría, patología regional y plagas exóticas. Las autoridades les asegurarán una vivienda digna y sana; en su proximidad se instalarán los elementos necesarios para solucionar los casos quirúrgicos y obstétricos de urgencia y se proveerán medios de comunicación directos y rápidos con los centros médicos más importantes (radiotelefonía, camiones, etc.)

La remuneración de los "médicos de familia" varía según las tareas a su cargo y el lugar de destino. Los sueldos mayores corresponden a los médicos que se instalan en lugares alejados y de esca-

sa densidad de población; el sitio de residencia, las responsabilidades que asumen y las condiciones que deben reunir justifican en estos casos remuneraciones elevadas y la provisión de vivienda.

2.-Población beneficiada.

Para establecer la parte de la población que puede y debe beneficiarse con este sistema, se ha propuesto un criterio económico, basado en el monto de entradas en efectivo de cada individuo o familia. Las oficinas de Salud Pública que se ocupen de estos trámites, confeccionarán un Registro Sanitario Nacional de Asistencia y levantarán un mapa demográfico especial.

Se ha dividido la población en 3 grupos:

a) Grupo A. Comprende a la mayor parte de la población (casi las dos terceras partes) que no pueden proporcionarse con sus propios medios una atención médica eficaz y completa. Este grupo debe recibir atención médica gratuita. Las dificultades que rodean la determinación de los integrantes de cada grupo ha hecho que se adoptara la declaración jurada de recursos. Recibirán servicios gratuitos los que tengan ingresos inferiores a un monto máximo de entradas que será reajustado anualmente por la autoridad sanitaria, de acuerdo al nivel de costo de la vida. A título ilustrativo pueden citarse los límites fijados para 1947 que fueron de:

\$250.-	mensuales	(\$3.000	anuales)	para la población urbana	sin cargas de familia.
\$350.-	"	(\$4.200	")	" " " "	con cargas de familia.
\$200.-	"	(\$2.400	")	" " " "	rural sin cargas de familia.
\$300.-	"	(\$3.600	")	" " " "	con cargas de familia.

La influencia de las cargas de familia sobre estos niveles será regulada según el número de las mismas. La declaración jurada revestirá las condiciones fijadas por las autoridades, se renovará anualmente y constituirá un requisito indispensable para obtener la "libreta sanitaria".

Los integrantes de este grupo deberían inscribirse, según ya se ha expresado en la "lista" del "médico de familia, barrio o zona" que elijan o que les corresponda, presentando para ello su

libreta sanitaria y un certificado de domicilio de la autoridad local competente. El jefe de familia hará inscribir a su cónyuge, a sus hijos y a otras personas menores de 18 años a su cargo.

b) Grupo B. Comprende a un 20 % de la población que puede proporcionarse atención médica si el costo es reducido o el tratamiento no demasiado largo. Este grupo debería abonar los servicios médicos de acuerdo con una tarifa en escala.

Para el año 1947, formaban parte de esta categoría las personas con entradas menores de \$1000.- mensuales (\$12.000.- anuales). Son atendidas en los establecimientos de Salud Pública del Estado o en otros autorizados por dicha Secretaría.

c) Grupo C. Pertenecen a esta categoría todos aquéllos que pueden proporcionarse atención médica adecuada con sus propios recursos. Sólo deben recibir los beneficios de la educación sanitaria oficial. Contratan libremente los servicios médicos privados, salvo el caso de urgencia o de falta de servicios particulares, en cuyo caso la atención médica se presta por los organismos oficiales, pero a su exclusivo cargo.

3.- Orden de prelación en la aplicación del sistema.

El Plan Quinquenal proyectó comenzar la aplicación del sistema en poblaciones pequeñas, alejadas y menos pudientes, que son las más necesitadas. Además, para evitar inconvenientes de jurisdicción, se propuso cumplir las primeras etapas en los territorios nacionales para luego llevarse a cabo en las provincias, previos los acuerdos necesarios.

La organización, vigilancia y reglamentación del sistema estará a cargo de la Dirección General de Asistencia Médica Individual y Familiar que se crea al efecto en la Secretaría de Salud Pública. Aquella estará dotada del personal y los medios indispensables y requerirá la colaboración de los médicos y demás profesionales particulares.

4.-Financiación.

El Plan Quinquenal considera absolutamente indispensable la sanción de un sistema especial de financiación de los servicios de Salud Pública, dado que el sostenimiento de los mismos mediante rentas generales resulta "insuficiente e inapropiado" (1)

La construcción y equipamiento de nuevos servicios sanitarios así como su sostenimiento insumen cuantiosas sumas y la falta de ellas redundaría en perjuicio de su eficacia. Por otra parte, es preciso advertir que el servicio médico sanitario es el único servicio público que resulta gratuito a pesar de que como tal, debería financiarse por sí mismo o por fondos especiales.

De los cuatro sistemas de financiación de los servicios de atención médico-social examinados (2) se ha preferido el último, o sea, el de creación de un fondo especial de Salud Pública. El sistema de aumento de las partidas del presupuesto ordinario ha sido desechado por inespecífico e insuficiente; el sistema de cobro de los servicios a los beneficiarios directos ha sido rechazado por resultar fuertemente impolítico, dado que en nuestro país los servicios médicos para los no pudientes han sido tradicionalmente de carácter filantrópico y gratuito; el sistema de implantación de un seguro de enfermedad ha sido postergado por considerarlo justo pero prematuro, debido a que el país no cuenta aún con los servicios y establecimientos médico-sanitarios que serían indispensables para otorgar las contraprestaciones a las que tendrían derecho los contribuyentes.

Es conveniente recordar que el Ministerio de Salud Pública aconsejó a las provincias que establecieran una contribución patronal del 2% sobre el monto de los sueldos para financiar sus hospitales y acrecentar la ayuda estatal. Esta contribución tendría el carácter de un impuesto hospitalario y no de una cotización al seguro; no obstante podría constituir una primera etapa de organiza-

(1) SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN. "Plan esquemático de Salud Pública"; 1952-1958; Op. cit. III parte; capítulo 10.
 (2) Ver págs. 137 y sigts. del presente trabajo.

ción del seguro, siendo la segunda, el establecimiento de la obligación de los propios beneficiarios de contribuir con una proporción igual de sus salarios.

a) Creación del Fondo Nacional de Salud Pública.

Este sistema de transición se considera el más adecuado, dadas las condiciones actuales de los servicios médico-sanitarios argentinos.

Las leyes 13019 y 13012 sancionadas en 1947 disponen entre otras medidas que en una primera etapa (1952-1958) se organice un "Fondo Nacional de Salud Pública" destinado a la creación de los nuevos servicios sanitarios, para pasar en una segunda etapa (1958-1964) a la organización del Seguro de Enfermedad. En todo momento debe separarse el organismo financiero (Caja o Fondo) encargado de la recaudación de los recursos, del organismo técnico (Ministerio de Salud Pública de la Nación) encargado de la prestación de los servicios.

Esta solución permitirá al Estado no comprometerse por el momento a la prestación de los servicios, con el objeto de montar el sistema indispensable para que dichos servicios puedan ser otorgados en el futuro.

El Fondo Nacional de Salud Pública se formaría con los créditos transferidos de la ley N° 13.019 y con un impuesto hospitalario a crearse. Para el establecimiento de este último se propone alguna de las siguientes soluciones:

I) Unificar el impuesto a la transmisión gratuita de bienes, respetando las afectaciones actuales para educación y las que hubieran dispuesto las provincias. Aumento general de un 10 % que se destinaría al Fondo Nacional de Salud Pública.

II) Gravar el movimiento de cheques con el 1 ó 2 por mil de su valor. Este sistema se estudia en el proyecto de ley de coparticipación federal.

III) Aumentar globalmente los impuestos en un 1%.

IV) Aumentar en un 5% la suma recaudada en el impuesto

a los réditos. Se considera la solución más simple.

V) Gravar o aumentar los gravámenes sobre los productos o mercaderías que afecten la salud de un modo directo o indirecto (alcohol, tabaco, artículos de tocador, consumos de lujo, etc.)

La ley 13.012/47 establece en su artículo 5º: "A los efectos del artículo anterior y con el asesoramiento de los organismos correspondientes se estudiará la unificación del impuesto a la transmisión gratuita de bienes, sin perjuicio de la afectación de los mismos, del seguro de salud o la creación de cualquier otro impuesto justo y equitativo"(1)

b) Cálculo de recursos.

En el Plan de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de Salud Pública (ley 13.019/47), que forma parte del Plan Quinquenal 1947-52 se dispone que los gastos que demande el cumplimiento de dicha ley por un período de 5 años se atiendan con los fondos comunes del Plan Quinquenal de Gobierno o con recursos extraordinarios hasta la suma de \$1.000.000.000 m.n. (art. 2º). El excedente de esta cifra, que constituye el máximo calculado para inversión, deberá engrosar los recursos del Fondo de Salud Pública y Asistencia Social. Vencido el período de 5 años a que se refiere el artículo 2º, los gastos que demande el funcionamiento de los establecimientos sanitarios se financiarán con los recursos del Fondo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

Se ha calculado que mediante los recursos provenientes de la unificación del impuesto a la transmisión gratuita de bienes, del seguro de salud o de cualquier otro sistema adoptado, el Fondo Nacional dispondrá de 200 millones de pesos anuales para costear toda la organización sanitaria del país.

En el cálculo de inversiones del Plan Quinquenal 1947-52 se destinan 50 millones de pesos en 5 años o sean 10 millones de pesos por año para el sistema de semisocialización de la medicina (institución del "médico de familia" y del sistema asistencial abierto).

(1) Ver pág. 163 y 164 del presente trabajo.

De acuerdo con la escala de sueldos establecida se calcula contar con alrededor de 1000 "médicos de familia" que asistirán a alrededor de 1 millón de personas (1.000 enfermos por médico). Se excluirá del sistema a las personas que tengan entradas mayores y a las que sean atendidas por organizaciones especiales, tales como cajas de seguro, mutualidades, cooperativas, etc. cuya existencia será apoyada para aliviar las tareas de la nueva institución.

.....

7°) Semisocialización de la odontología.A) Generalidades.

La política sanitaria oficial de nuestro país tiende a crear un sistema de semisocialización de la odontología para procurar el mantenimiento y mejoramiento de la salud del pueblo a través de los cuidados buco-dentales.

La atención odontológica integral comprende cuidados preventivos y asistenciales; éstos se prestan a cuatro grandes grupos de población:

1.- Preescolares, mediante el establecimiento de consultorios estables en maternidades, jardines de infantes y asilos; además debe contarse con consultorios móviles que actúen sobre radios amplios y visitadoras dentales que presten consejos y orientación a padres y niños.

2.- Escolares mediante la colaboración de la escuela en la educación sanitaria dental y la asistencia dental. La ley de Asistencia Dental Obligatoria (N° 22839/44) es un modelo en su género y ya ha producido beneficios considerables.

La educación sanitaria dental debe procurarse mediante todos los medios de difusión: conferencias de corta duración por odontólogos en los establecimientos de enseñanza, asociaciones culturales, clubes deportivos, etc; colaboración de las visitadoras sociales que instruyen a niños, padres y maestros y divulgan los cuidados dentales; radiotelefonía; películas cinematográficas; diarios, cartillas y folletos; composiciones alusivas; formación de un comité de higiene bucal integrado por autoridades de reparticiones sanitarias, obreros y pedagogos para la organización de congresos y obras de difusión; establecimiento de la semana de la Higiene Bucal dedicada a la difusión y propaganda, a la realización de un censo de los alumnos que no puedan procurarse asistencia privada y al cumplimiento del examen buco-dentario de los escolares.

La atención odontológica preventiva y asistencial se llevará a cabo mediante el examen de los alumnos que ingresen a las

escuelas primarias y secundarias; se les entregará una constancia que se archivará en el establecimiento educacional respectivo. A los alumnos que reciban una constancia provisoria se les confeccionará una ficha dentaria por triplicado enviándose una de ellas a los padres, otra al director del establecimiento de enseñanza, quedando la tercera archivada en el consultorio que realizó el examen.

Los odontólogos particulares que atiendan al niño deben informar sobre los trabajos realizados en aquella ficha y devolverla al establecimiento. Si los niños no pueden atenderse privadamente lo comunican a la dirección; en ese caso ésta solicita a la Oficina de Contralor una autorización que será firmada por el padre del alumno, para ser atendido gratuitamente en un servicio estatal.

La fiscalización de las constancias se hará en los mismos establecimientos o en consultorios al efecto. Los niños podrán ser trasladados en los centros urbanos mediante ómnibus del Estado y en los medios rurales mediante camiones, motocicletas y barcos.

Los certificados tienen una validez provisoria y las constancias deben ser renovadas. (1)

Se procura coordinar los servicios existentes y establecer una ficha buco-dental de tipo único para facilitar el control.

3.-Adolescentes. Los alumnos de las escuelas de enseñanza media, técnica, profesional e incorporados serán asistidos en consultorios vinculados a dichos establecimientos. El contralor de esta atención odontológica estará a cargo de un Cuerpo de Inspectores. Para ingresar en la Universidad y escuelas técnicas superiores se exigirá un examen buco-dental.

Los aprendices de las industrias o comercios dependientes del Estado o del capital privado, estarán sujetos a disposiciones similares a las que corresponden a los adultos.

4.-Adultos. Es preciso diferenciar el caso de los obreros y empleados del capital privado y el de los obreros y emplea-

(1) Ver pág. 169 del presente trabajo.

dos del Estado.

En el primer caso, en el orden urbano, debe procurarse la creación de servicios odontológicos en las fábricas grandes que no los posean y la concurrencia asidua de los obreros a dichos servicios. Las empresas pequeñas deben organizar los servicios en forma cooperativa. El problema reviste caracteres particulares en aquellas industrias que ocasionan trastornos físicos cuyos primeros síntomas se advierten en la boca (manipuleo de elementos tóxicos, industrias del plomo, fósforo, pinturas, ambientes insanos, etc.)

En el orden rural, es necesario crear servicios odontológicos estables en los establecimientos agrícola-ganaderos importantes o por cooperación entre los establecimientos menores. En los demás casos se impone la atención del Odontólogo Social que, sostenido por el Estado, atiende a los obreros de establecimientos pequeños o propietarios de pequeñas fracciones, mediante consultorios estables o móviles. Estos últimos pueden instalarse en trenes, camiones, camionetas, jeeps o motocicletas, algunos de ellos con equipos desarmables. Las visitadoras dentales colaborarán con el odontólogo y despertarán el interés de los particulares por el cuidado de su salud dental.

Los obreros y empleados del Estado cuentan en la actualidad con los servicios odontológicos creados por las mutualidades de las grandes reparticiones públicas. Dichos servicios deben extenderse en el interior del país mediante un plan general que evite la superposición de servicios y la existencia de zonas sin atención odontológica. En los casos en que estos servicios mutuales resulten insuficientes, el Estado deberá instalar consultorios estables y móviles, en particular en zonas nuevas y donde se realicen grandes obras públicas, abarcando a los familiares de los trabajadores que no reciban atención en otra forma.

B) Caracteres del sistema.

Se procura la institución del Odontólogo Social.

El consultorio privado del odontólogo se transformará en consultorio público y en él se atenderá gratuitamente al 60%

de la población que no puede proporcionarse atención dental con sus propios recursos.

Se procura en esa forma dar asistencia dental a toda la población. La atención será completa pues abarcará el servicio de urgencia, dentistería, cirugía y prótesis dentaria.

El sistema propuesto presenta grandes ventajas pues aprovecha los consultorios ya instalados y descentraliza la atención del público.

La existencia de un dentista por cada 3.000 habitantes se considera una proporción mínima razonable. Se calcula que el tiempo mínimo que demanda cada paciente es de 15 minutos (tiempo que varía grandemente según las operaciones a realizar). Luego, en 4 horas de trabajo el Odontólogo Social podrá atender a un término medio de 15 pacientes.

La valoración del trabajo del profesional depende del nivel general de precios y en especial de las tarifas comunes de los odontólogos particulares; debe sumarse una cantidad determinada por el costo del material terapéutico empleado. La retribución del Odontólogo Social rural, que muchas veces deberá trabajar "full-time" ha de ser mayor que la del Odontólogo Social urbano.

Paulatinamente los auxiliares del odontólogo, como los mecánicos dentistas, entrarán en forma voluntaria en el plan de semi-socialización.

C) Medios de realización.

1.- Centros de Asistencia Odontológica Integral. Estos institutos deben abarcar todas las técnicas especializadas: "dentistería, prótesis, cirugía dento-máxilo-facial, ortodoncia, paradentosis y radiología." (1)

Se proyecta la creación de 5 Centros de Asistencia Integral en Resistencia, Tucumán, Mendoza, Santa Rosa y Santa Cruz.

2.- Coordinación de la asistencia integral en la Capital

(1) SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN. "Plan Quinquenal, años 1947-1951; Plan analítico". Op. cit. T. III, pág. 1791

Federal. La Secretaría de Salud Pública procura la coordinación de la asistencia integral entre el Instituto de Ortodoncia, el Instituto de Odontología Infantil, el Instituto Municipal de Odontología, los Hospitales Odontológicos de la Sociedad de Beneficencia y el Instituto de Radiología y Fisioterapia.

De esta manera los odontólogos seccionales podrán enviar hacia dichos institutos a los pacientes que requieran una atención especializada.

3.-Equipo dental nacional. Debe procurarse la estandarización de los equipos y el instrumental. La industria nacional de equipos necesita ser protegida. Debe tenderse a la creación de una unidad tipo que facilite su atención y reparación.

4.-Consultorios dentales. La mayoría de ellos son estables; otros pueden ser de naturaleza móvil, terrestres, acuáticos o aéreos. Entre los consultorios móviles terrestres pueden citarse los trenes sanitarios, los camiones odontológicos que contarán con un taller de prótesis para zonas accesibles por caminos pavimentados, las camionetas y jeeps con consultorios portátiles fácilmente instalables para caminos de tierra y terrenos accidentados y los moto-siégars para la inspección de los consultorios móviles anteriormente indicados y para ser usados como equipos de urgencia.

Los consultorios móviles acuáticos se utilizarán para zonas ribereñas y los aéreos para ciertas zonas poco accesibles.

5.-Acción privada. La Secretaría de Salud Pública procura la colaboración de los establecimientos privados y las agrupaciones sociales y deportivas para la creación y sostenimiento de consultorios odontológicos, auspiciando la acción cooperativa.

6.-Protección del odontólogo. Los odontólogos deben estar protegidos por un estatuto que asegure su estabilidad y fije incompatibilidades, escalafones, jornadas y sueldos. Además, deben tener derecho a jubilarse luego de 25 años de trabajo y a asegurarse profesionalmente contra enfermedad y accidentes que los inhabiliten para el ejercicio de sus tareas.

Podrán agremiarse y establecer consorcios y cooperativas de odontólogos para la defensa de sus intereses.

En la Secretaría de Salud Pública existirá una división encargada de orientarlos, si lo requieren, hacia las zonas que ofrecen mayores posibilidades económicas.

7.-Distribución de los consultorios odontológicos en los hospitales. Corresponde a la Dirección de Odontología determinar el número de consultorios dentales que se establecerán en los nuevos hospitales proyectados. Se calcula que en el Hospital Regional Mayor deberán instalarse por lo menos 3 consultorios, en los hospitales regionales 2 consultorios y un consultorio en los hospitales de 40 camas; para atender más eficazmente las zonas circunvecinas, el profesional utilizará las unidades móviles portátiles.

8.-Hospital Odontológico. Resulta impostergable el establecimiento de un Hospital de Odontología para la vigilancia directa e internación de los enfermos atendidos en los Centros de Asistencia Integral y en particular de los tratados por la cirugía y traumatología dento-máxilo-facial.

Dicho establecimiento debe contar con un mínimo de 50 camas y todos los elementos necesarios para la prevención, curación y restauración de los enfermos que presentan lesiones en sus dientes y maxilares. Es necesario tener presente que la cirugía dento-máxilo facial es de una técnica difícil, requiere cuidados especiales y puede ocasionar, en el caso de ser defectuosa, penosas inhibiciones psíquicas en los individuos tratados.

9.-Formación técnica, social e investigación. Para que el sistema de semisocialización de la odontología tenga éxito es indispensable que el personal que lo integre tenga la capacitación técnica y social necesaria. Además, es preciso que existan los organismos de investigación que aclaren los problemas técnicos, prácticos y sociales, brindando información y apoyo.

Se ha dispuesto que las labores de investigación se

lleven a cabo en los Laboratorios de Anatomía e Histología Patológica, Bacteriología, Física y Química, los que además completarán los informes de laboratorio que les requiera la Dirección de Odontología.

Además, se creará un Instituto de Experimentación, Investigación y Contralor que funcionará en el Hospital Odontológico; éste colaborará con las secciones de Asistencia Odontológica Integral y con la de Contralor Técnico orientando en la confección de nuevos planes y estudiando los materiales y elementos para uso odontológico. Se vinculará con las instituciones similares nacionales y extranjeras.

Con el fin de lograr la capacitación del personal técnico y administrativo, se concederán becas con preferencia al personal joven de reconocidos méritos y virtudes morales, para que ellos puedan compensar al Estado mediante su trabajo y colaboración posterior.

Se facilitará la celebración de congresos de la Dirección de Odontología que servirán para orientar la labor futura y realizar un estudio crítico sobre la obra ya realizada. Se enviarán representantes a los congresos internacionales que traten problemas de carácter odontológico.

Se procurará dotar a los profesionales de la educación sociológica indispensable para que se desempeñen con éxito en su nuevo carácter de Odontólogos Sociales.

Los nuevos planes oficiales procuran :1.-el desplazamiento o instalación de farmacias en aquellas zonas que en la actualidad carecen de las mismas y 2.-la provisión de medicamentos al 60 % de la población que tiene recursos medidos, en forma gratuita o a precios reducidos.

Para ello proponen un sistema de semisocialización de la farmacia.

A) Exposición sintética del sistema propuesto.

El sistema se basa en estas dos medidas fundamentales:

1) El Estado subvenciona al farmacéutico con una suma mensual, teniendo en cuenta un promedio probable de recetas magistrales preparadas gratuitamente para enfermos sin recursos, de acuerdo a un precio-promedio por receta magistral.

2) El Estado otorga al profesional sin recursos los medios suficientes para instalar los servicios farmacéuticos mediante una Sección de Crédito Profesional que admite reintegros en cuotas a bajo interés y con un índice pequeño de amortización.

Se considera a la farmacia como a un establecimiento de servicio público afectado al interés sanitario de la población. De ahí que se establezca un régimen de nuevas aperturas teniendo en cuenta que debe existir una farmacia por cada 3 a 4 mil habitantes, admitiendo hasta un 60 % más cuando esté instalada en una planta urbana y una proporción menor cuando se encuentre en pequeñas poblaciones que carezcan de servicios farmacéuticos. De ahí también que se haya dispuesto la realización de un censo de farmacias en todas las provincias, la confección de un mapa que señale las necesidades farmacéuticas a llenar y la reglamentación de traslados que se autorizan sólo cuando se dirigen hacia localidades de menor población. En los casos en que exista escasez de locales dentro del perímetro de población indispensable para el sostenimiento de los servicios farmacéuticos, se autoriza la demolición de un local destinado a farmacia, sólo

en el caso de que el nuevo local se reserve para el mismo fin.

El sistema de semisocialización farmacéutica se lleva a cabo en la siguiente forma:

1.-La Secretaría de Salud Pública inscribe a todos los farmacéuticos que quieren ejercer en las distintas localidades bajo el sistema de semisocialización farmacéutica.

2.-Las autoridades sanitarias provinciales se encargan de conseguir la habilitación de un local cuyas condiciones se presenten para el establecimiento de una farmacia, en aquellas localidades que la necesitan.

3.-La Secretaría de Salud Pública adjudica el servicio.

4.-La Secretaría de Salud Pública adquiere y remite al punto de destino todos los elementos necesarios para la instalación de la farmacia; éstos son entregados al farmacéutico autorizado bajo inventario por duplicado. Puede igualmente entregarse al profesional una suma de dinero estipulada para hacer frente a los gastos previos a la apertura.

5.-Las sumas de dinero invertidas son facilitadas previa intervención de la Secretaría de Salud Pública por el Banco de Crédito Industrial Argentino. Son reembolsadas por el profesional en un plazo no mayor de 20 años con un interés módico y amortizaciones trimestrales, a partir de la fecha de apertura de la farmacia.

6.-De acuerdo al contrato de concesión, los farmacéuticos autorizados reciben por intermedio de la Secretaría de Salud Pública una subvención oficial mensual compensatoria de acuerdo al medio en que deben actuar y al número de habitantes de la planta urbana. La Secretaría de Salud Pública, previo aviso del Banco de Crédito Industrial Argentino debe retener la cuota de amortización trimestral por gastos de instalación, aportar al Banco el importe retenido y girar al farmacéutico el saldo de la subvención mensual.

Este sistema de concesión del Estado se denomina con la sigla "Codelesta". Las autoridades deben mantener una superintendencia sobre el sistema aunque el préstamo haya sido totalmente amor

tizado hasta que la población urbana sea superior a los 3.000 habitantes. En caso de que la población sobrepase ese número debe suprimirse la subvención mensual. Hasta que llegue ese momento, en los rótulos, etiquetas y membretes del establecimiento debe figurar el nombre de la farmacia, la localidad en que actúa, el nombre y título habilitante del profesional y el número de la concesión del Estado.

Los profesionales que se adhieran a este sistema deben guardar un comportamiento ético ejemplar; de lo contrario les es retirada la concesión y son reemplazados por otro profesional, perdiendo los aportes efectuados.

Las transferencias de las farmacias sujetas al sistema "Codelesta" se efectúan por intermedio de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, quien se reserva el derecho de sacar la oferta a concurso y aceptar la que resulte más conveniente. El profesional saliente recibe el importe de las mercaderías o mejoras introducidas.

B) Provisión de medicamentos.

En relación con el problema de la provisión de medicamentos a particulares y a hospitales a bajo costo se han propuesto varias soluciones:

1) Control de precios. Fijación de un arancel farmacéutico uniforme y precio único para la venta de especialidades en todo el territorio.

2) Elaboración de especialidades económicas a cargo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación con envases sencillos, sin los gastos que requieren las muestras gratis y la propaganda. Industrialización por el Estado de productos similares a los de costo elevado o licitación para ser fabricados por firmas particulares, hasta que el Estado posea sus propias plantas productoras.

3) Abastecimiento de elementos glandulares y envases a los industriales a precios uniformes y razonables. Establecimiento de un registro de "elementos industriales que se dedican al comer-

cio de drogas" (1) y fijación de un aforo aduanero especial para drogas.

4.-Establecimiento de una droguería central, droguerías regionales y creación de un organismo de investigación y contralor bioquímico-farmacéutico o sea el "Instituto Nacional de Farmacología y Contralor Bioquímico-Farmacéutico".

.....

C) Especialidades medicinales del Estado (EMESSTA)

Bajo la sigla E.M.E.S.T.A. creada por decreto N°25394/46 circulan al presente más de un centenar de productos medicinales a bajo costo.

Se trata de sueros, vacunas, insulina, adrenalina, y opoterápicos en general, que se preparan en los laboratorios del Instituto Malbrán, dependiente de la Secretaría de Salud Pública, a más de otras especialidades medicinales que elaboran los laboratorios privados, a precio reducido y a razón de un producto por cada laboratorio.

Dichos productos son un 50 a un 75 % más baratos y "de igual o mejor calidad que los importados" (2)

Se fabrican actualmente en número insuficiente para cubrir las necesidades de la población, pero se espera incrementar su producción en el futuro.

No se tiene el propósito de suplantar la fabricación particular sino de elaborar aquellas especialidades que los laboratorios particulares no producen en razón del elevado costo industrial o de dificultades técnicas (sueros, vacunas). Además, es propósito oficial el crear una línea básica de productos medicinales baratos.

(1) El decreto N° 10.233/43 libera de derechos a las sustancias utilizadas en la elaboración de drogas y productos medicinales.

(2) DR. RAMON GARRILLO. "Política sanitaria argentina". Ministerio de Salud Pública de la Nación. Departamento de Publicaciones y Talleres Gráficos, 1949; T.I; pág. 203.

9°) Plan de medicina preventiva individual.

El presente capítulo tiene por objeto estudiar en una forma más completa el plan de medicina preventiva individual que, tomando como base el decreto-ley 30.656/44 de Medicina Preventiva y Curativa se propone llevar a cabo el Consejo de Medicina Preventiva creado por Resolución N°8249 del 6 de abril de 1948, en el que están representadas la Secretaría de Salud Pública y la Secretaría de Trabajo y Previsión.

La medicina preventiva se propone evitar que los sanos se enfermen y descubrir precozmente a los enfermos antes de que su mal se haya hecho incurable o los lleve a la invalidez.

Actualmente pueden distinguirse netamente los términos sanidad y medicina preventiva. La sanidad se ocupa de luchar contra las enfermedades infecto-contagiosas mediante los cinco principios de diagnóstico precoz, denuncia, aislamiento, desinfección e inmunización; se dirige, pues, al individuo a través de medidas colectivas. La medicina preventiva se ocupa de los padecimientos de tipo clínico (infecciosos o no) de carácter crónico y especialmente de tipo degenerativo que son portables en salud y sólo se manifiestan cuando ya no tienen curación posible; tiene miras particulares y personales y se dirige al individuo a través del individuo mismo.

La medicina preventiva estudia los síntomas iniciales de enfermedades graves e investiga las enfermedades menores o pequeñas dolencias soportables en un estado aparente de salud, que pueden agudizarse y que determinen ausencias del trabajo. Entre este último tipo de dolencias o indisposiciones pueden citarse: vicios de refracción no corregidos, dureza de oídos, caries dentarias, malas condiciones dentarias (sin caries), piorreas, pequeñas infecciones, resfríos y bronquitis frecuentes, lumbago, insomnio, etc. Es preciso recordar que cada oficio tiene una indisposición de tipo específico. Cuando se ha encontrado alguna de esas alteraciones se hace necesario posibilitar nuevos regímenes de vida para neutralizar sus efectos destructivos.

A) Medios de acción de la medicina preventiva.

Son medios de acción de la medicina preventiva el examen médico periódico, la educación sanitaria, la profilaxis por el tratamiento y la readaptación médico-social.

1.- Examen médico periódico.

Se propone el diagnóstico de las enfermedades sociales efectuado en su faz preclínica, es decir cuando aún no presentan síntomas manifiestos, para lograr su cura y evitar el contagio.

En inglés se utiliza para designarlo la expresión "health examination" o sea examen en salud.

Tiene como propósitos fundamentales, valorar el aspecto médico constitucional de los individuos de acuerdo con el medio en el cual deben desarrollar sus actividades; determinar sus trastornos funcionales para poder corregirlos y sus trastornos orgánicos para efectuar su tratamiento, compensación o control.

Puede agregarse que el examen médico periódico procura la corrección de los hábitos no higiénicos (alcohol, alimentación inadecuada, excitantes, excesos de deportismo o de sedentarismo) y valora las indisposiciones menores que pueden ser antecedentes de estados graves.

En este sentido se investigan los primeros síntomas de la tuberculosis, la sífilis y el cáncer; se cuida la salud de los futuros padres para evitar efectos degenerativos o invalidizantes sobre la natalidad; se imponen disciplinas higiénicas durante la gestación; se cuida la alimentación y vacunación del niño, etc.

Los exámenes anuales deben ser realizados por los organismos existentes modificados o ampliados y por otros nuevos creados al efecto. Deben comprender el examen clínico, odontológico, las radiografías, las pruebas biológicas y de laboratorio y otras medidas que se consideren necesarias.

Los presuntos enfermos deben enviarse a los centros especializados para confirmar los diagnósticos. Los enfermos deben ser tratados privadamente o por el Estado.

2.-Educación sanitaria.

La aplicación del plan de medicina preventiva requiere la comprensión y cooperación del pueblo y para lograr ésto resulta indispensable la educación y difusión sanitaria.

La educación sanitaria debe desarrollarse desde la edad preescolar en los jardines de infantes y las instituciones de protección infantil; debe impartirse en las escuelas por los maestros, en las fábricas por visitadoras sociales y de higiene, etc.

Debe emplearse toda forma de enseñanza y propaganda sanitaria: cinematógrafo, radio, folletos, libros, conferencias, carteles murales, etc.

3.-Profilaxis por el tratamiento.

La iniciación del tratamiento adecuado apenas se descubre una enfermedad en potencia o recién iniciada, ofrece magníficos resultados.

En particular, es posible conseguir de esta manera una disminución sensible de la mortalidad infantil y maternal y de la que es producida por cánceres, tuberculosis y enfermedades del corazón.

4.-Readaptación médico-social.

El examen preventivo suele descubrir casos de disminución de capacidad para el trabajo que requieren ser atendidos para resolver los problemas actuales y los sobrevinientes. Esta tarea corresponde a los organismos de readaptación médico-social, quienes procuran reintegrar la capacidad normal de trabajo o adecuar las tareas del trabajador a su capacidad actual.

B) Instrumentos de la medicina preventiva.

Pueden considerarse como instrumentos de la medicina preventiva a la ficha de salud, la libreta sanitaria y el certificado de salud.

1.-Ficha sanitaria.

Es un documento que contiene la historia clínica in

dividual a través de toda la vida pues registra los datos de orden médico, antecedentes, vacunación, grupo sanguíneo, sueros recibidos, etc. y los resultados de los exámenes periódicos. Debe existir un modelo único para ambos sexos y todas las edades.

Es conveniente que se confeccione por duplicado, conservándose el original en la Central de Medicina Preventiva o sus delegaciones en cada provincia o territorio, remitiéndose el duplicado, según las edades, a los Centros Materno-Infantiles, a las secciones de Medicina Escolar o del Instituto Nacional de Previsión Social cuando se tratase de afiliados al mismo.

Si bien la ficha sanitaria puede iniciarse en cualquier período de la vida, el ideal sería que fuese comenzada al nacer el niño. Al médico o partera que hubiese intervenido le corresponde llenar un volante con los datos requeridos y enviarlo a la Oficina de Medicina Preventiva correspondiente para que en ella se inicie la ficha sanitaria del niño; además deben transcribir esos datos en la libreta sanitaria que se habrá entregado a los padres en la Oficina del Registro Civil al efectuar la denuncia del nacimiento.

La reglamentación de la ley 12341 de Maternidad e Infancia establece que las Oficinas del Registro Civil deben comunicar al centro maternal que corresponda todas las denuncias de nacimiento. Este centro debe citar a los padres y si éstos no concurren debe enviar personal al domicilio del recién nacido para verificar si la libreta sanitaria ha sido iniciada. Si eso no ha ocurrido, el centro maternal practicará al niño el primer examen de salud y los siguientes hasta llegar a la edad escolar; el control pasa entonces a la sección Medicina Preventiva Escolar que se ocupa de los individuos de los 6 a los 16 años, sean o no estudiantes y los remite luego a las secciones de Medicina Preventiva que corresponda.

Los datos de los exámenes periódicos deben ser anotados por los médicos, parteras u odontólogos en los volantes de examen que serán remitidos por ellos a los Centros de Medicina Preventiva para su transcripción en la ficha sanitaria. Los profesionales que

practican dichos exámenes anotarán también los datos correspondientes en las libretas sanitarias, utilizando los nombres de las enfermedades o las designaciones numéricas del código de causas de morbilidad cuando resulte conveniente (en los casos de sífilis, alcoholismo, toxicomanía, etc.)

2.-Libreta sanitaria.

Constituye un documento personal y privado que acompaña al individuo durante toda su vida. Se entrega a los padres cuando éstos efectúan la denuncia del nacimiento y llega a poder del interesado durante la adolescencia o antes si los padres lo prefieren. Los exámenes de salud mantienen ese documento actualizado.

Entre otros datos se anotan allí: vacunación, grupo sanguíneo, sueros inyectados, resultado de exámenes periódicos y del examen militar y prenupcial, enfermedades que padece, informes radiológicos y de laboratorio, exámenes odontológicos, orientación profesional, etc.

En las libretas sanitarias se imprimirán consejos para el niño y la madre, en uso desde el año 1940 de acuerdo a la ley 12.341 y sus reglamentaciones y otros consejos para distintas edades y afecciones particulares con fines de educación sanitaria.

3.-Certificado de salud.

Constituye un documento público que registra exclusivamente la fecha en que se realizan los exámenes periódicos, la aptitud resultante y la ocupación del individuo. Tiene la apariencia de un carnet; lleva fotografía y constancia del número de los documentos de identidad.

Se diferencia netamente de la libreta sanitaria, la que según se ha expresado es un documento privado que sólo debe exhibirse ante médicos, pues el certificado de salud es exigible en los casos pertinentes y demuestra el cumplimiento de la ley.

C) Establecimientos de medicina preventiva.1. - Centros de salud.

Los centros de salud constituyen los núcleos fundamentales del nuevo sistema de medicina social.

El Plan Quinquenal 1946-52 distingue tres tipos particulares de centros de salud: el centro de salud ideal, de carácter polivalente; el centro de salud de las ciudades y el centro de salud dedicado al examen periódico de la población. (1)

Deben emplazarse según las necesidades de los habitantes y de acuerdo a los caracteres de la morbilidad general.

a) El tipo ideal de centro de salud debe abarcar las siguientes actividades:

- I) Exámenes periódicos de salud: se extiende a todas las edades, desde el nacimiento.
- II) Lucha contra las enfermedades sociales: se realiza mediante la colaboración de dispensarios antituberculosos, anti-venéreos, anti-cancerosos, anti-palúdicos, etc. Efectúa el control de las enfermedades contagiosas y profesionales.
- III) Servicio de especialidades: laboratorio, electrocardiografía, rayos X, odontología, higiene mental, etc.
- IV) Servicios anexos: desinfección, gota de leche, etc.
- V) Higiene general: vigilancia sanitaria de la vivienda, inspección de establecimientos industriales, control de sustancias alimenticias, etc.
- VI) Servicio de propaganda y estadística: conferencias, cursos de economía doméstica, museo de higiene, demografía local, etc.
- VII) Dispensario social: psicotecnia y orientación profesional, orientación de los necesitados, fichero local central, readaptación médico-social, etc.

Este tipo de centro ideal polivalente se ha desarrollado con éxito en Europa y E.E.U.U. Debe situarse en las poblaciones que cuentan con más de 25.000 habitantes o en los lugares de in-

(1) SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN; "Plan Quinquenal años 1947-1951", Plan analítico; Tomo I; pág. 598 y 610.

fluencia de varios núcleos vecinos cuya población llegue en conjunto a esa cifra.

b) El centro de salud de las ciudades puede instalarse dentro de los hospitales que reúnan las condiciones indispensables. En lo posible se construirán edificios especiales con entradas independientes a la calle dentro del perímetro de los hospitales bien ubicados. En los futuros hospitales se destinarán al efecto secciones adecuadas.

c) El centro de salud dedicado al examen periódico de la población puede utilizar los establecimientos de que dispone actualmente la Sanidad del país, tales como los dispensarios anti-tuberculosos, los centros materno-infantiles, los dispensarios nacionales, centros anti-venéreos, etc; para ello agregarán los elementos que necesiten y utilizarán personal propio en horas de atención distintas. En las futuras construcciones se agregará una sección especial dedicada a la medicina preventiva.

Donde la población es escasa o dispersa se reemplazará este tipo de centro de salud por equipos móviles que realizarán los exámenes periódicos.

.....

Se considera con razón que cada centro de salud constituye en realidad un pequeño ministerio de salud pública. En aquél están destinados a ponerse en práctica los tres sectores en que se ha diferenciado la medicina moderna: medicina asistencial, sanitaria y social.

El concepto de centro de salud es más amplio que el de Dispensario, pues éste se ocupa sólo de la asistencia médica ambulatoria y que el de Centro de Medicina Preventiva, pues éste sólo se ocupa de un aspecto de la medicina social, que es el examen en masa de la población. También se diferencia del Centro Sanitario, pues éste es provincial o territorial y está directamente unido a la Delegación Federal Administrativa.

Se ha definido el centro de salud como "la institución

integrativa de la asistencia médico ambulatoria, médico sanitaria y médico social, que actúa sobre el individuo y su familia, su medio ambiente biológico, biofísico y social con el objeto de habilitarlos o rehabilitarlos física, intelectual y moralmente, frente a las contingencias posibles o actuales de la enfermedad, todo ello dentro de un radio y núcleo determinado de población" (1)

Se ha propiciado la creación de 6 tipos de centros de salud que se diferencian entre sí por sus dimensiones y no por sus funciones, que son comunes a todos ellos. El 1er. tipo atendería de 1.000 a 2.000 personas; el 2º tipo de 2.000 a 10.000 personas; el 3er. tipo de 10.000 a 20.000; el 4º tipo de 20.000 a 40.000; el 5º tipo de 40.000 a 50.000 y el 6º tipo de 50.000 a 70.000. Estos centros estarían asistidos fundamentalmente por un médico, un enfermero y una visitadora sanitaria; a medida que aumenta el volumen de la población atendida, crecería el número de estos agentes fundamentales, así como el número de empleados auxiliares y secciones especializadas (radiología, laboratorios, demología, farmacia, tuberculosis, medicina escolar y del trabajo, epidemiología y endemias, higiene social, etc.)

Ya existen en la actualidad alrededor de 50 centros de salud y en un plazo de algunos años se proyecta llegar a 400 con los cuales se podría atender a 8.000.000 de habitantes.

2.-Centrales de Medicina Preventiva.

Se instalarán en cada capital de provincia o de territorio y se encargarán de confeccionar y archivar las fichas sanitarias, transcribiendo en ellas los resultados de los exámenes periódicos o los datos que les envían los médicos oficiales o privados. Además, llevarán compilaciones estadísticas que enviarán periódicamente a un organismo superior nacional central o sea a la Central de Medicina Preventiva de la Capital Federal.

3.-Establecimientos dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Dependientes directamente de la Secretaría

(1) DR. RAMON GARRILLO. Conferencia pronunciada el 14-III-49 en la Escuela de Visitadoras Sanitarias, transcripta en el Capítulo XLVII de su obra "Política Sanitaria Argentina" Op. cit. Tomo II; p.456

de Salud Pública de la Nación los siguientes centros de medicina preventiva o que pueden adaptarse a esa tarea:

a) Centros de catastro sanitario. Comprenden los centros de catastro destinados a la edad escolar, los destinados a la enseñanza secundaria, los destinados a los adolescentes y a la Universidad, los instalados en los hospitales de la Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, los instalados en las dependencias de la Sociedad de Beneficencia de la Capital, los instalados en los hospitales subsidiados por la Nación y los instalados o a instalarse en las dependencias de la Secretaría de Salud Pública.

b) Dispensarios anti-tuberculosos. Pueden realizarse en ellos exámenes periódicos de adultos, en distintas horas y con personal médico y ayudantes técnicos independientes. Para ello es conveniente unificar los equipos de radiografía y reforzar los laboratorios de análisis. Además, los dispensarios anti-tuberculosos realizarán el examen complementario de los individuos enviados por los centros de medicina preventiva y en el caso de confirmarse el diagnóstico extenderán su atención a todos los familiares y convivientes expuestos al contagio.

c) Centros materno-infantiles. Pueden realizarse en ellos los exámenes periódicos de los niños desde su nacimiento, en horas distintas y con equipos técnicos propios. Las secciones especiales citarán a los exámenes periódicos y se encargarán de llenar el primer volante de la ficha sanitaria en el caso de que no lo hayan hecho los médicos o parteras intervinientes.

d) Control del escolar. Mientras no existan edificios adecuados, los escolares serán revisados anualmente en la escuela para salvar la resistencia natural a dirigirse a hospitales o dispensarios. La Central de Medicina Preventiva organizará esos exámenes durante el año escolar, enviando los equipos técnicos necesarios a las escuelas y organizando el centro de catastro radiográfico.

En las regiones alejadas se utilizarán trenes sanitarios y equipos motorizados; cuando el número de éstos resulte insufi

ciente, los técnicos de Salud Pública utilizarán los equipos facilitados por el Ministerio de Guerra, en algunas regiones del país.

Los escolares que presenten síntomas de enfermedades serán sometidos a exámenes especializados y enviados a los centros de sanidad.

Efectuarán los exámenes periódicos de la enseñanza primaria y secundaria los médicos seleccionados dentro del cuerpo médico escolar del Consejo Nacional de Educación, que ha sido incorporado a la Secretaría de Salud Pública.

e) Dispensarios nacionales y centros anti-venéreos.

Los dispensarios polivalentes, cardiológicos, de vías digestivas y los centros anti-venéreos serán empleados bajo las mismas condiciones que los dispensarios anti-tuberculosos. Como ellos realizarán también los exámenes complementarios para corroborar los diagnósticos que se vinculen con su especialidad.

f) Asistencia Pública y Sociedad de Beneficencia de la Capital. Sus locales se utilizarán como sede de los centros de medicina preventiva.

g) Coordinación con la obra de establecimientos privados.

Se procurará la colaboración y coordinación de la labor oficial con la que desarrollan las instituciones privadas en la profilaxis y atención de las enfermedades sociales.

Los establecimientos de Asistencia Social al Cardíaco, Liga contra el Cáncer, Liga Argentina contra la Tuberculosis y Liga de Higiene Mental proporcionarán los datos clínicos y sociales de sus enfermos para completar las fichas sanitarias, facilitarán sus locales para que personal de la Secretaría de Salud Pública efectúe en horas distintas los exámenes de medicina preventiva, efectuarán los exámenes complementarios para confirmar los diagnósticos relativos a su especialidad y asistirán a los enfermos que les remitan los diferentes centros de examen periódico.

4°) Establecimientos dependientes del Consejo de Medicina Preventiva, integrado por representantes de la Secretaría de Salud Pública y del Instituto Nacional de Previsión Social.

Dependen o dependerán en el futuro de este organismo los siguientes servicios:

a) Centros de Traumatología, relacionados con la aplicación de la ley de Accidentes del Trabajo.

Se ha propiciado la reforma de la ley 9688/15 mediante la organización de Centros de Traumatología que presten una asistencia integral a los accidentados, buscando la reparación de los efectos inmediatos y la reorganización de su vida o reeducación profesional.

b) Centros de Asistencia Materno-infantil, relacionados con la aplicación de la Ley de Maternidad.

Se ha propiciado la reforma de la ley 11.933/43 mediante la adopción de las disposiciones que consagra el anteproyecto de ley de la Comisión Mixta de aplicación de la Ley de Medicina Preventiva y Curativa, o sea: I) la extensión de los beneficios a las esposas de los trabajadores afiliados al Instituto Nacional de Previsión Social y II) la concesión de un subsidio especial a las madres que se sometan a un examen ginecológico y obstétrico al 3° o 4° mes de embarazo.

c) Centros de Profilaxis de la Invalidez, relacionados con la aplicación de la ley 12.912 o sea del decreto-ley 30.656/44 de Medicina Preventiva y Curativa, cuya finalidad principal es la profilaxis de las enfermedades crónicas e invalidizantes.

Las disposiciones de esta ley, que han sido analizadas con anterioridad (1), si bien no se extienden aún a los familiares de los obreros y empleados afiliados al Instituto Nacional de Previsión Social, están destinadas a evolucionar en ese sentido.

Además de la labor realizada de acuerdo a las disposicio-

(1) Ver pág. 174 y siguientes del presente trabajo.

nes del decreto-ley 30.656/44 debe mencionarse la actuación de los médicos industriales en su carácter de técnicos sostenidos por las mismas industrias. Estos últimos realizan la vigilancia y control del pequeño ausentismo, cooperando de esta manera con los poderes públicos en las tareas de profilaxis de las enfermedades crónicas e invalidizantes portables en salud.

En estrecha relación con este punto se presentan los problemas particulares del enfermo crónico y del convaleciente.

El cuidado de los enfermos crónicos resulta sumamente caro y se hace cada vez más gravoso a medida que disminuyen las enfermedades agudas y aumentan las crónicas. Dentro del término de crónicos se consideran los enfermos crónicos propiamente dichos y los incapacitados o inválidos; el 80 % de estos últimos son personas de 65 a 74 años de edad.

Se ha probado que la asistencia abierta y a domicilio resulta el sistema menos costoso y el más adecuado siempre que cuente con una vivienda higiénica, provisión de alimentos adecuada, lavado de ropa, etc. El crónico frecuentemente no desea separarse de su familia. La asistencia domiciliaria crea la necesidad de una prestación social. Se procura crear en nuestro país la institución de la Mucama Social, a semejanza de la que se creó en Francfort, Alemania en 1891. Otra de las primeras experiencias al respecto se obtuvieron en Estados Unidos donde se creó la institución de las "madres substitutas" para el cuidado de la casa y de los niños, durante la ausencia o enfermedad de la madre. En 1933 el "Comitee on Supervised Housemaker Service" organizó esta asistencia en varias categorías (servicio completo, interino o expectante) según que la ausencia o incapacidad de la madre fuera de carácter permanente, transitoria o repentina.

En nuestro país se proyecta distribuir el trabajo de las mucamas sociales de acuerdo a unidades de servicio (U.S.) que abarcan cada una 3 horas de atención domiciliaria. En los casos más frecuentes se prestarían 2 U.S.-

En el caso de los semi-postrados se consideran necesarias 5 unidades de servicio y 10 en el caso de invalidez completa. Esta cifra constituye el máximo, puesto que una atención mayor resultaría antieconómica y debería dar lugar a la atención en establecimientos especiales.

Otro punto de gran importancia lo constituye la atención de los convalecientes en la lucha contra las enfermedades crónicas e invalidizantes. Es preciso tener en cuenta que las enfermedades agudas tienden a hacerse crónicas cuando son mal tratadas, en especial cuanto mayor es la edad del paciente. Frecuentemente las imprudencias o razones de orden social interrumpen la convalecencia y provocan las recaídas.

Los convalecientes requieren los cuidados del hospital, el médico y el servicio social. Los hospitales para convalecientes, no deben confundirse con los hogares para crónicos y deben estimular la restitución natural, ofrecer comodidades y distracción y dar oportunidades para la laborterapia.

Para procurar el descongestionamiento de las salas hospitalarias y evitar al mismo tiempo el desamparo de los convalecientes se proyectan en nuestro país establecimientos especiales para convalecientes, cuyo costo de instalación es apenas de una cuarta parte del de los hospitales para agudos pues requieren menor utilaje médico. Además, requieren menores gastos de hospitalización pues los mismos convalecientes pueden desempeñar tareas de enfermeros y mucamos. También se ha propuesto aprovechar para ese fin los hospitales viejos y utilizar las tierras sobrantes de algunos hospitales de agudos, empleando los servicios médicos existentes para disminuir los costos.

CAPITULO

VII :

CONCLUSIONES

CAPITULO VII: CONCLUSIONES.

1°) Conceptos y principios generales.

A) El cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad constituye a la vez un deber y un derecho de esta última. La comunidad está obligada a cuidar de la salud física de sus miembros como una de las condiciones indispensables para lograr su bienestar y tiene a su vez el derecho de obligarles a que se sometan a los exámenes y cuidados médicos preventivos y curativos para que no amenacen la salud de los demás y puedan compensar por medio de su trabajo los esfuerzos comunes puestos al servicio de su bienestar.

Correlativos a este deber y a este derecho de la comunidad, surge el derecho de todo individuo de contar con las posibilidades de conservar y restaurar su salud y el deber de someterse a todas las medidas preventivas y terapéuticas que se dicten con dicho objeto.

B) La atención médica de tipo individualista ha demostrado ser desigual, injusta y deficiente. De ahí que la mayor parte de los países hayan concentrado sus esfuerzos en la organización de un sistema sanitario de tipo social por considerarlo como el único que brinda una atención médica completa y eficaz y es capaz de elevar el nivel de producción general, disminuir la deserción escolar y el ausentismo industrial y evitar las muertes, invalideces y retiros prematuros.

C) La atención médica debe tener un carácter absolutamente democrático, nivelando a todas las clases sociales en lo relativo al cuidado de su salud personal.

D) La socialización de la medicina impone la coordina-

ción de los servicios médicos sobre una base nacional mediante una política oficial planificada de sanidad que pone las directivas generales y el control del sistema en manos del gobierno central.

E) Debe ser modificado el espíritu de la atención médico-social, considerándola no como un beneficio sino como un derecho indeclinable, inalienable e impostergradable, destinado a defender el capital humano que debe colocarse por encima de todos los valores permanentes de la colectividad.

F) La socialización de la medicina se propone la protección integral de los individuos en el terreno de la salud. Ella procura que la prestación de los servicios médicos se realice con una finalidad social, es decir que hace que los profesionales del arte de curar no trabajen exclusivamente en su interés personal sino en el de la comunidad y que no acomoden exclusivamente sus tareas a las características del mercado sino a las necesidades de la población.

G) Por oposición a la medicina individual, la medicina socializada no se limita al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades individuales en la medida en que los individuos quieran o puedan valerse de sus servicios, sino que emprende con toda valentía una tarea de prevención, procurando conservar y mejorar la salud de toda la población, imponiendo la obligatoriedad de los exámenes periódicos y poniendo a disposición de todos iguales medios de diagnóstico y tratamiento.

H) Se ha afirmado que la socialización de la medicina no es un pensamiento doctrinario sino un proceso de evolución que se desarrolla por razones ajenas a la iniciativa de los hombres, de modo que su implantación no es un asunto de probabilidades sino

sólo un problema de tiempo. Entre los factores que impulsan naturalmente hacia la socialización de la medicina se menciona en primer lugar a la ciencia médica; ella impone nuevos y muy costosos métodos de diagnóstico y tratamiento que sólo pueden ser provistos por instituciones sociales oficiales, cooperativas, sociedades privadas o cajas de seguro; ella obliga a los profesionales a especializarse y a trabajar en equipo.

Nosotros participamos de esta opinión y por eso es que estamos de acuerdo con aquéllos autores que opinan que la socialización de la medicina no debe aplicarse en forma revolucionaria sino gradual, mediante etapas intermedias, a medida que los progresos científicos, las necesidades sociales y las posibilidades económicas, vayan aconsejando y haciendo posible su implantación.

I) Un régimen adecuado de medicina social debe proporcionar un sistema único de atención médica a toda la población, que incluya la atención de los daños originados en el empleo, la invalidez y la maternidad. La prestación de ayudas o indemnizaciones en dinero debe ser provista por otras instituciones o por secciones independientes dentro de un sistema único.

J) Aún cuando debamos circunscribirnos a la consideración de la atención médica propiamente dicha, no podemos dejar de advertir que algunas medidas aparentemente extrañas al tema, tales como la habilitación de viviendas sanas, la provisión de alimentos abundantes y de buena calidad, la habilitación de hoteles populares de veraneo y de sitios de sano esparcimiento y el mantenimiento de un alto nivel de salarios reales, colaboran eficazmente en la obtención de un elevado nivel sanitario de la población. Resulta, pues, absolutamente necesario que los sistemas médico-sociales se complementen con una serie de medidas de carácter económico y de bienes-

tar general, sin el concurso de las cuales su acción resultaría siempre insuficiente.

K) Antes de concluir estos conceptos generales es conveniente recordar que la denominación de "socialización de la medicina" no debe llevar a confundir este problema de carácter científico, económico y financiero con problemas de carácter político. Creemos que podría reemplazarse esta designación por la de "generalización de la atención médica", que salvaría ese inconveniente pero tendría la desventaja de ser menos explícita.

2°) Ventajas de la medicina social.

A nuestro juicio, la aceptación casi universal de los principios de la socialización de la medicina, ya sea en una forma amplia o restringida, obedece a las siguientes razones:

- A) Ella permite que la atención médica proteja a todos los habitantes de un país en forma adecuada y completa, poniendo en práctica principios de justicia e igualdad. En efecto, ella eleva el interés general de la comunidad por sobre el interés particular de cierto número de profesionales y distribuye y organiza los servicios médicos de acuerdo a las necesidades de la población por sobre los requerimientos del núcleo reducido de personas pudientes.
- B) Ella permite el trabajo en común de los profesionales y la coordinación de los elementos sanitarios, haciendo posible la compensación y cooperación de personas y materiales. Todo eso re du nda en una mayor perfección, uniformidad y armonización de los servicios.
- C) Ella transforma al profesional particular en un ver da de ro agente de la sociedad. Su tarea deja de ser exclusivamente la del tratamiento de los enfermos para constituirse en la defensa de la salud de todos los habitantes como elemento indispensable del bienestar general.
- D) Ella hace posible el trabajo en equipo y la uti liza ci ón en común de aparatos e instrumentos costosos que permiten la formulación de diagnósticos rápidos y precisos y tratamientos adecuados.
- E) Ella hace factible la aplicación de una política de prevención de la salud de todos los habitantes mediante la realización de exámenes médicos periódicos, la educación sanitaria, la pro fi laxis por el tratamiento y la readaptación médico-social.
- F) Aún cuando demanda la inversión de fuertes sumas de dinero, todo sistema adecuado de socialización médica resulta altamente económico, pues reintegra los fondos con creces en términos de una mayor productividad de la población.

3°) Crítica de las objeciones opuestas a la medicina social

A continuación expondremos algunas de las principales críticas que se han formulado al sistema de socialización de la medicina expresando, al mismo tiempo, las razones que hacen que dichas críticas resulten, a nuestro juicio, poco fundamentadas:

A) La socialización de la medicina modifica la estructura política actual de los países y conduce a la absorción de los intereses privados por el interés del Estado.

Puede responderse a esta objeción recordando lo ya expresado acerca de la naturaleza del sistema de socialización de la medicina; en efecto, este sistema no es de carácter político sino económico-social y no implica por sí ninguna reforma fundamental dentro de la organización actual de la gran mayoría de las naciones civilizadas.

B) La socialización de la medicina vulnera la libertad individual y los principios de igualdad fiscal.

Las relativas restricciones a la libertad individual que tienen por objeto proteger el interés general o lograr un grado más alto de solidaridad social no son exclusivamente propias de esta materia sino que se han venido imponiendo en numerosos órdenes de las actividades particulares.

En particular, la cuestión de la posible injusticia de cargar sobre unas clases sociales el costo de los servicios que se prestan a otras clases más necesitadas ya ha sido superada en relación con otras cuestiones, tales como la de la asistencia social y la enseñanza gratuita y no debe dar lugar a mayores discusiones en torno a nuestro problema de socialización médica.

C) La socialización de la medicina transforma al médico en un ente susceptible de ser influido por los más leves cambios políticos o económicos.

Una organización médico-social adecuada debe permanecer ajena a los vaivones de la política nacional; su carácter puramente técnico así lo exige. Sólo los cargos superiores de la

organización habrán de estar necesariamente coloreados por un fuerte tinte político; pero ésto no puede afectar a la organización general del sistema, del mismo modo que los servicios públicos de provisión de agua, gas, luz eléctrica, teléfonos, etc. no son afectados por las modificaciones que pueden haber en sus organismos directivos.

Por otra parte, el sostenimiento de los servicios médicos por medio de recursos propios e independientes garantiza su estabilidad económica y financiera.

D) La socialización de la medicina mecaniza los servicios y convierte a los profesionales en entes burocratizados privados de iniciativa personal, que cumplen sus tareas matemáticamente, sin dedicación ni entusiasmo. El ejercicio profesional y la investigación científica pierden todo incentivo.

Estas afirmaciones carecen de certeza y generalidad, a condición de que los sistemas de socialización de la medicina concedan a los profesionales amplia libertad en los aspectos técnicos y científicos del ejercicio de su profesión.

Los médicos que posean conciencia de su deber y verdadera vocación sabrán cumplir correctamente sus tareas bajo cualquier sistema de organización de la profesión y lo mismo cabe afirmar con relación a los odontólogos, farmacéuticos y auxiliares.

Del mismo modo, el espíritu científico y de investigación no depende exclusivamente de la esperanza de lucro, sino de la vocación personal, del deseo de destacarse, del deseo de hacer bien o de otros factores que se evidencian en todo régimen adecuado de organización de los servicios médicos.

E) La socialización de la medicina restringe la libertad de elección del médico por el enfermo y la libertad de aceptación del enfermo por el médico, afectando de este modo la relación de respeto mutuo y de confianza que debe existir entre profesionales y pacientes.

Es necesario tener presente que aún en los sistemas de atención médica individual la libertad de elegir a los profesioles es relativa. En efecto, sólo las personas pudientes están en condiciones de elegir su médico con mayor libertad mientras que los que poseen pocos recursos deben acudir a aquéllos médicos que cobran honorarios más reducidos o conformarse con el médico que le designan en los establecimientos de asistencia social; además, las tarifas de ciertos especialistas no los hacen accesibles sino a cierto núcleo de la población y en los medios rurales la escasez de médicos hace que siempre deba recurrirse a uno o dos médicos más próximos.

Por otra parte, dentro de gran número de sistemas de socialización médica se procura dar facilidades a los pacientes para que elijan un "médico o dentista de familia" dentro de una "lista" de médicos y dentistas del barrio o zona o entre aquellos profesionales que integran los centros de salud cercanos a su domicilio.

Cabe agregar todavía que el sistema de atención por equipos de médicos que alternan y complementan su labor hace que dicha facultad de elección del paciente resulte en muchos casos innecesaria.

4°) El problema de la relación entre la medicina social, la previsión social y la asistencia social.

Bajo este título nos proponemos expresar nuestra opinión en relación con dos cuestiones:

A.-Los servicios de atención médico-social deben prestarse por las mismas instituciones que recaudan los fondos destinados a su sostenimiento o deben ser proporcionados por una organización autónoma?

B.-Los sistemas de previsión (seguro de enfermedad) que acuerdan atención médica y los sistemas de asistencia médico-social deben centralizarse o deben constituir entidades autónomas?

A.-Primera cuestión.

Nos parece más correcta la opinión de aquellos autores que consideran que los servicios de atención médico-social deben estar a cargo de organismos técnicos especializados independientes de las instituciones que recaudan los fondos que se destinan a su sostenimiento; estas últimas entregarían los fondos recaudados a los organismos sanitarios técnicos.

De esta manera se evitaría el desdoblamiento o superposición de funciones y se aseguraría la prestación de los servicios médicos en las manos más diestras de los organismos especializados.

Tal ha sido la posición adoptada en nuestro país por el decreto 16200/46 que establece que las prestaciones médicas establecidas por el decreto-ley N°30.656/46 estén a cargo del Ministerio de Salud Pública de la Nación, mientras que pone a cargo del Instituto Nacional de Previsión Social la recaudación de los fondos destinados al financiamiento de dichas prestaciones; ésta es también la solución adoptada por numerosas compañías particulares de seguros de enfermedad de EEUU que prestan a sus clientes los beneficios de la atención médica a través de organizaciones sanitarias públicas y privadas mediante contratos especiales de prestación de servicios. Algunos países han procurado sortear esta

cuestión mediante la reunión en un mismo ministerio de las funciones de previsión y sanidad (Ministerio de Salud Pública y Previsión Social). En el caso particular de Chile se ha elegido el expediente poco aconsejable de hacer depender las Cajas de Seguro que otorgan, entre otros servicios, atención médica a sus afiliados, del Ministerio de Salud Pública de esa Nación.

B) Segunda cuestión.

Preferimos un sistema de unificación de los servicios de previsión y asistencia médico social mediante la creación de una autoridad y un fondo común.

Tal ha sido el sistema adoptado por los modernos regímenes de seguridad social propuestos en 1935 por Roosevelt y por Beveridge en 1942.

.....

5°) Situación de los médicos dentro de los sistemas de socialización de la medicina.

Es indudable que el interés social debe primar sobre el interés profesional del médico; pero es necesario advertir que la socialización de la medicina no atenta contra los intereses particulares de los profesionales sino que armoniza sus intereses con los de la sociedad.

La implantación o ampliación de los servicios de atención médico-social se ha encontrado frecuentemente obstaculizada por la oposición de los médicos que reunidos en asociaciones profesionales defendían el individualismo tradicional de la práctica privada y no deseaban ver transformada su profesión liberal en una profesión asalariada. Por lo general las asociaciones profesionales sólo aceptaron colaborar voluntariamente en aquellos sistemas de atención médico-social que abarcasen a los grupos de la población de escasos recursos y mediante un régimen semejante al de la práctica privada, sujeto a un mínimo de control.

No obstante, se ha observado últimamente que la

oposición de la profesión médica se atenúa. Ello se debe no sólo a la comprensión cada vez mayor de la necesidad y justicia del nuevo sistema sino también a algunas razones prácticas que les afectan en forma particular. Cabe observar universalmente una disminución en el número de personas que pueden procurarse atención médica privada mientras que el número de profesionales va siempre en aumento; además, los nuevos adelantos científicos van convirtiendo en imprescindibles numerosos instrumentos y aparatos costosos de diagnóstico y tratamiento que sólo pueden costear las organizaciones colectivas públicas o privadas; de ahí que muchos médicos hayan sido vencidos por la competencia contra las organizaciones médicas colectivas y hayan tenido de hecho que asociarse a ellas para poder seguir ejerciendo su profesión.

A todo ello debe agregarse la certeza de que los nuevos sistemas de socialización de la medicina dignifican y amplían la función de los profesionales. La dignifican al suprimir la contraposición paradójica entre la salud general de la población y su interés particular y al convertirlos en guardianes o controladores de la salud pública. La amplían al extender su función a todas las clases sociales, al aumentar la frecuencia y calidad de la atención médica y al aplicar en forma amplia los principios de la medicina preventiva que producen un aumento muy considerable de exámenes y consultas médicas.

6°) Régimen económico ideal de un sistema de medicina social.

Tomando por base los conceptos expresados en los capítulos precedentes expondremos a continuación, en la forma más sintética posible, las principales conclusiones que se vinculan con un régimen económico ideal de socialización médica.

A) Sistemas de socialización médica.

De los cuatro principales sistemas analizados en el curso del presente trabajo, consideramos como más adecuado el sistema de servicio nacional de sanidad; este sistema abarca a toda la población sin sujetarla a condición alguna, tal como el examen de medios económicos y coordina los servicios médicos preventivos y curativos con los servicios de salubridad.

Los sistemas de seguro social obligatorio o voluntario resultan recomendables en aquellos países en que ya se encuentran actualmente en vigencia en relación con otras ramas de la seguridad social y en los que pueden llegar a incluir a toda la población.

El sistema de asistencia social resulta recomendable en aquellos casos en que sirve para proteger a aquella parte de la población que se halla excluida en forma transitoria o permanente de los servicios médicos públicos o de los seguros de enfermedad.

B) Personas protegidas.

Un sistema ideal de socialización médica debería comprender a todos los miembros de la comunidad o al menos a aquellos cuyos recursos no les permiten procurarse una atención médica individual.

En el caso particular del seguro de enfermedad, deberían considerarse incluídas: 1) las personas aseguradas en virtud de las cotizaciones de otros, o sea los hijos menores; 2) las personas aseguradas en virtud de las cotizaciones abonadas por las personas de las cuales dependen, o sea el cónyuge, hijos mayores de edad, padres, etc.; 3) las personas aseguradas en virtud de las cotizaciones abonadas en su nombre por las.....

autoridades provinciales correspondientes o por los empleadores en el caso de tratarse de asalariados; en esta situación se encuentran los adultos cuyas entradas son inferiores al nivel de subsistencia determinado por la autoridad competente.

C) Servicios otorgados.

Un sistema ideal de medicina social debe atender todos los casos de enfermedades, daños originados en el empleo, invalidez y maternidad, ocupándose asimismo de la preservación de la salud pública, educación sanitaria e investigación científica.

Debe comprender los siguientes servicios: consulta y tratamiento por médicos generales, especialistas y odontólogos en hospitales, centros de salubridad o consultorios, incluyendo servicio a domicilio y de urgencia; tratamiento por otras profesiones conexas tales como kinesiólogos y dietistas; atención de matronas; servicio de enfermeras; internación en las instituciones sanitarias; facilitación de medios terapéuticos, medicinas, elementos odontológicos y ortopédicos; readaptación social y rehabilitación profesional; atención de visitadoras de higiene y sociales, exámenes médicos periódicos y servicios generales de salubridad (inmunización, consultas pre y post-natales, etc.)

Condiciones. La atención médica debe prestarse en el lugar en que resulte necesaria y debe ser igual para todos los miembros de la comunidad, evitándose la interposición de obstáculos de naturaleza administrativa, financiera o política.

Duración. La atención médica debe prestarse en el momento en que resulte necesaria y sin límite de tiempo. La duración debe determinarse según el juicio de los médicos.

Elementos. Para prestar los servicios indicados los profesionales deben contar con los elementos de diagnóstico y tratamiento necesarios en sus consultorios o en los centros de salubridad y hospitales vecinos; además deben estar secundados por servicios auxiliares (enfermeras, mecánicos dentales, etc.) y deben disponer de medios de transporte rápidos y adecuados.

D) Organización.1) Principios de organización.a) Centralización.

Según ya lo hemos adelantado (1), la atención médico-social debe contar con una organización independiente de las demás ramas de la seguridad social en virtud de sus caracteres técnicos particulares, pero centralizada en relación con sus propias dependencias y servicios. Al mismo tiempo debe conceder particular autonomía a los servicios locales en los que conviene que delegue gran parte de sus funciones, para lograr una organización de directivas unificadas y ejecución descentralizada.

A este respecto pueden resumirse sus caracteres en la siguiente forma:

I) Organización independiente de las demás ramas de la seguridad social.

II) Organización centralizada de sus propias dependencias y servicios.

III) Autonomía de las organizaciones locales.

b) Territorialización y regionalización.

Los servicios de atención médica deben organizarse sobre una base territorial por oposición a la base profesional que produce desigualdades en virtud de los distintos índices de morbilidad de los grupos profesionales. Además conviene que se distribuya en regiones sanitarias controladas por la autoridad central, cada una de las cuales debe contar con todos los elementos de un servicio médico completo.

Cada región o distrito podría abarcar una población aproximada de medio millón de habitantes, de manera que su extensión sería sumamente variable y en las ciudades muy pobladas coexistirían varios distritos. Cada uno de ellos debería estar a cargo de un director regional de sanidad con funciones ejecutivas, de vigilancia,
(1) Ver pág. 121 del presente trabajo.

cooperación y coordinación y tendrían por centro a un hospital regional o de distrito.

c) Racionalización.

La distribución adecuada de profesionales y de elementos sanitarios, así como la colaboración y coordinación de los servicios es indispensable para que el sistema médico-social resulte eficiente.

d) Práctica médica de grupo o equipo.

El empleo de la práctica de equipo hace posible una utilización más económica del personal y de los elementos sanitarios, permite un considerable ahorro de tiempo y proporciona mayores oportunidades para el perfeccionamiento de los profesionales.

e) Participación de beneficiarios y profesionales en la administración de los servicios.

Este principio resulta esencial para la defensa de los intereses de ambas partes; además permite la protección de la autonomía profesional y el logro de una mayor eficacia de los servicios.

Creemos conveniente que los consejos regionales que secundan en su labor a los directores regionales estén integrados por médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeras, etc. designados por las asociaciones profesionales correspondientes y representantes designados por las asociaciones de trabajadores, asociaciones patronales y determinadas instituciones culturales, benéficas y deportivas. Por otra parte los profesionales y expertos integrarán los comités y consejos consultivos que las autoridades sanitarias organicen con carácter permanente o transitorio para resolver o aconsejar sobre cuestiones técnicas particulares.(1)

(1) Ver pág. 243-4 del presente capítulo de "Conclusiones".

2) Médicos y otros profesionales.

Debe procurarse que los profesionales que integren el servicio médico público posean un alto nivel de conocimientos y experiencia. Para ello se pondrán en práctica programas universitarios que aseguren formación científica y entrenamiento adecuados y se intensificarán las tareas de investigación y perfeccionamiento mediante el otorgamiento de elementos y facilidades en los hospitales e institutos, la organización de becas, cursos de post-graduados, etc. Los especialistas deberán comprobar mediante certificados la realización de estudios especiales.

A más de recibir remuneraciones adecuadas los profesionales que forman parte del servicio deberán estar asegurados contra riesgos inherentes a su trabajo y favorecidos por un régimen de vacaciones, retiros y pensiones; se justifica que estos últimos se concedan en condiciones más liberales que las que se acuerdan a otras clases de la población.

Nos parece recomendable el sistema de concesión de un período que podría ser de un mes cada año y de otro período que podría ser de tres meses cada cinco años durante los cuales los médicos que actúan en zonas del interior del país deberían cumplir tareas de perfeccionamiento en los centros sanitarios principales; durante esos meses deberían reforzarse sus asignaciones para solventar mayores gastos de traslado y manutención; todo ello bajo el control de los consejos regionales, locales y hospitalarios.

Deberían determinarse diferentes categorías de profesionales. Según su grado de experiencia y especialización, podrían clasificarse en profesionales ayudantes, profesionales experimentados, especialistas y profesores; según el tiempo que dediquen al servicio en profesionales de tiempo completo ("full-time") y profesionales de tiempo incompleto ("part-time") con derecho estos últimos a un ejercicio privado limitado; según el lugar en que ejercen sus actividades ^{en} profesionales de ciudad, pueblo o campaña.

Consideramos que el sistema de remuneración por suel

dos constituye el más sencillo y tal vez el único práctico y realizable, pues el de retribución por visita o por repartición (sistema de Leipzig) daría lugar a muy serias complicaciones administrativas o discusiones en el terreno de la práctica. En cambio resulta a nuestro juicio indispensable la fijación de escalas de sueldos muy completas.

No sería práctica la proposición que pudiéramos hacer de las cifras exactas de dichos sueldos pues éstos deben necesariamente variar de acuerdo al nivel de precios y salarios, pero creemos conveniente que la fijación de los mismos, realizada por el Ministro de Salud Pública en colaboración con el Consejo Central de Sanidad se acomode a los siguientes principios: el nivel general debe ser desde un 100 % hasta un 300 % superior al de los salarios fijados por las autoridades pertinentes para los obreros y empleados calificados, elevándose hasta alcanzar el nivel tope a medida que lo permitan las condiciones financieras generales del sistema. Los niveles particulares dependerán de las distintas categorías establecidas de profesionales y de su antigüedad, es decir que los sueldos serán superiores para profesores, especialistas y profesionales experimentados que para profesionales ayudantes, superiores para los profesionales de campaña con relación a los de pueblos y ciudades; completos en el caso de los profesionales de horario completo y proporcionales al horario de trabajo en el caso de los profesionales de horario parcial. En el caso de los profesionales que ejercen en campañas y pueblos pequeños del interior, debe procurarse la prestación de vivienda cómoda como una asignación adicional.

Los ascensos por antigüedad se harán en forma automática cada tres o cinco años. Después de cinco años de trabajo los profesionales ayudantes se transformarán en experimentados; sólo alcanzarán la categoría de especialistas y profesores aquéllos que acrediten la realización de estudios y la posesión de una capacidad o experiencia relevantes.

Los horarios de trabajo serán fijados por los

consejos regionales, que estarán integrados, según lo expresamos(1), por representantes de los profesionales y beneficiarios. Las jornadas diarias no podrán exceder de 7 horas, salvo casos de urgencia y turnos especiales de guardia.

Al iniciarse la aplicación del sistema nacional de sanidad el ingreso al mismo debe ser optativo para todos los profesionales en ejercicio. En relación con los nuevos profesionales se pondrá en práctica el siguiente sistema:

Todos los profesionales recién recibidos se desempeñarán como internos en un hospital un año y otro año como agregados a un centro de salubridad de campaña.

Luego de estos dos años preparatorios estarán obligados a desempeñarse durante cinco años más como médicos del servicio nacional de sanidad en aquellos puntos del país que sean determinados por los consejos regionales. Corresponderá al Consejo Central de Sanidad distribuir a los nuevos profesionales entre las distintas regiones sanitarias, de acuerdo a las necesidades de las zonas que éstas abarcan.

Cumplido este período de cinco años los médicos tendrán derecho a seguir formando parte del servicio por tiempo completo o incompleto o dedicarse a la práctica privada de la profesión.

En el primer caso recibirán un aumento de sueldo en virtud de que se les computará su antigüedad en el servicio y se les ascenderá automáticamente a la categoría de médicos experimentados. Estas mejoras se otorgarán en su integridad en el caso de que los médicos decidan trabajar en el servicio con horario completo; en caso contrario, el sueldo anterior y las mejoras se otorgarán en forma proporcional al tiempo que dediquen al servicio.

Para la fijación del lugar de trabajo de los profesionales los consejos regionales tendrán en cuenta las necesidades del servicio. No obstante, se respetarán en lo posible las preferen-

(1) Ver pág. 233 del presente trabajo.

cias de los profesionales y se autorizarán todos los traslados que se soliciten por razones fundadas. Los profesionales que actúen en zonas alejadas de los centros poblados percibirán un sobre-sueldo y mayor puntaje computable a los efectos de la jubilación y de la opción a cargos directivos. A medida que aumente su antigüedad tendrán derecho a ser trasladados a zonas más pobladas. La concentración que forzosamente se realizará de profesionales más experimentados en las zonas de mayor población se justifica teniendo en cuenta que hacia dichas zonas serán trasladados todos los casos producidos en el interior del país que requieran una atención especial.

Corresponde a los consejos regionales la responsabilidad de una distribución adecuada de los profesionales y el reemplazo de las vacantes menores que se produzcan. Las vacantes importantes se cubrirán mediante concursos de trabajos, méritos y antecedentes.

Los consejos locales, de conformidad con los consejos regionales designarán al personal de reemplazo para los períodos de vacaciones y estudios de los profesionales afectados al servicio.

Los conceptos que acabamos de exponer se adecúan en particular a las condiciones, categorías, régimen de trabajo y remuneración de los médicos, odontólogos y farmacéuticos; en cuanto a las profesiones médicas auxiliares, tales como las de enfermero, mecánico dental, kinesiólogo, etc. tendrán que ser objeto de reglamentaciones particulares que deberían ajustarse a las líneas generales recién expuestas.

Cada región sanitaria debe contar con un hospital de base o central con relación al cual han de agruparse los demás hospitales de la zona. El hospital central o de base debe atender los casos graves y de especialización; los demás hospitales atenderán los casos generales y servirán para descongestionar al primero de todos los casos que no requieran tratamientos especializados. Las ciudades pequeñas y medianas deben contar con un hospital local con servicios de medicina general, cirugía y maternidad.

Debe adoptarse definitivamente la institución de los centros de salubridad que atienden a todos los enfermos que pueden movilizarse y no necesitan hospitalización. Debe tenderse a la creación de centros de salubridad polivalentes que realicen los exámenes periódicos de salud, luchen contra las enfermedades sociales y posean servicios de medicina general, cirugía de urgencia, odontología, algunas especialidades, laboratorio y rayos X, servicios de higiene general (inspección de alimentos, viviendas, establecimientos industriales, etc.), servicios de dispensario social (atención materno-infantil, psicotecnia y orientación profesional, readaptación médico-social, etc.) y secciones de educación sanitaria y estadística.

Los centros de salubridad situados dentro del perímetro de las ciudades pueden ubicarse en la vecindad o en algunas dependencias adecuadas de los hospitales, con acceso independiente.

Existe la tendencia general a clasificar a los centros de salubridad en diversas categorías según los servicios y los profesionales de que dispongan. Nosotros creemos que todos los centros de salubridad de un país deben contar esencialmente con iguales servicios, debiendo variar únicamente la magnitud de los mismos y el número de profesionales y auxiliares de acuerdo al total de la población que estén destinados a servir. A este efecto, recordemos que se ha calculado como necesaria la existencia de un médi-

co por cada 1.000 habitantes, un odontólogo por cada 3.000 habitantes, un farmacéutico por cada 3 a 4.000 habitantes, una visitadora de higiene por cada 3.000 habitantes y una asistente social por cada 2.000 habitantes.

Los centros de salubridad situados a distancia considerable de los hospitales deberían contar con camas para hospitalización de casos simples o de urgencia. El servicio de especialistas en los centros de salubridad puede tener carácter permanente o transitorio según el volumen de la población atendida y las posibilidades prácticas del sistema. En lo posible debe procurarse que aún los centros de salubridad más pequeños cuenten con los servicios de dos médicos (un médico experimentado y un médico ayudante). Los enfermos que requieran elementos especializados de diagnóstico o tratamiento o que necesiten una prolongada hospitalización, serán trasladados a los hospitales locales o regionales.

La labor de la red de hospitales y centros de salubridad debe ser complementada por la tarea de las clínicas ambulantes instaladas sobre camiones, barcos o aviones, para las que resultan rápidamente accesibles las zonas más alejadas del país. Las clínicas ambulantes deben estar dotadas de todos los elementos necesarios para realizar los primeros auxilios y la cirugía de urgencia, además de aparatos generadores eléctricos, un laboratorio y un aparato radiográfico, bajo la dirección de personal médico y auxiliar experimentado.

El establecimiento de un programa amplio de medicina preventiva hace indispensable la creación de una institución particular, la Central de Medicina Preventiva, ubicada en cada capital de provincia o territorio, especializada en la confección y archivo de fichas sanitarias, mediante las cuales confeccionará compilaciones estadísticas que remitirá a la Central de Medicina Preventiva de la capital del país.

4) Instrumentos sanitarios.

La aplicación de un plan intensivo de medicina preventiva individual, la que, según se ha estudiado, incluye entre otros medios de acción al examen médico periódico, la educación sanitaria, la profilaxis por el tratamiento y la readaptación médico-social, hace indispensable la utilización de determinados instrumentos sanitarios. Entre estos últimos deben incluirse a la ficha sanitaria, la libreta sanitaria y el certificado de salud que sirven en particular para dejar constancia de los datos médicos de toda la población y para verificar la realización de los exámenes preventivos obligatorios.

La ficha sanitaria debe contener todos los antecedentes médicos de los individuos, resultados de los exámenes periódicos, vacunación e inmunización, grupo sanguíneo, informes radiológicos y de laboratorio, exámenes odontológicos, orientación profesional, resultado del examen militar y prenupcial, etc. El original debe conservarse en la Central de Medicina Preventiva de la capital de provincia o territorio correspondiente y el duplicado en el centro de salubridad que pertenece a su domicilio. Los datos son tomados de los volantes que remiten los profesionales oficiales o particulares que realizan los exámenes médicos a partir del primer volante que remite el médico o partera que interviene durante el nacimiento.

En la libreta sanitaria los médicos oficiales o particulares deben hacer constar los mismos datos que anotan en los volantes que remiten a la Central de Medicina Preventiva, utilizando para determinadas enfermedades las designaciones numéricas de un código de causas de morbilidad. Este documento debe exhibirse sólo ante médicos. Se entregará a los padres al efectuar la denuncia del nacimiento y debe contener impresos consejos de carácter sanitario.

En el certificado de salud deben constar esencialmente las fechas de realización de los exámenes preventivos y

la capacidad resultante, a más de otros datos de identificación, de índole general, laboral, etc., que se considere conveniente incluir. Mediante este documento los individuos demuestran el cumplimiento de los exámenes preventivos; la exhibición del certificado de salud puede exigirse para la obtención de trabajo, ingreso a establecimientos educacionales, trámites ante organismos oficiales, realización de viajes, etc.

.....

5) Funcionamiento.

Tanto la realización de los exámenes preventivos, que deben declararse obligatorios para toda la población, como el tratamiento de las enfermedades, podrán efectuarse por los médicos oficiales o particulares a elección de los pacientes.

Todos aquéllos que utilicen el servicio nacional de sanidad deben tener derecho a elegir un médico y un dentista dentro de los que integran el centro de salubridad que corresponde a su domicilio. Recordemos que, según nuestra opinión, aún los centros de salubridad más pequeños deberían ser atendidos por lo menos por dos médicos.

El médico y dentista elegidos tendrían el carácter de "médico y dentista de familia", para repetir los términos comunmente usados por las legislaciones.

Creemos que no debería autorizarse la elección de un centro de salubridad entre los centros cercanos al domicilio del enfermo para evitar complicaciones técnicas y administrativas; debería respetarse estrictamente el radio de acción fijado a cada centro de salubridad, salvo los casos de urgencia o traslado del paciente.

Debe reconocerse el derecho de rechazo del paciente por el profesional y el derecho de cambio del profesional y paciente, salvo el caso de necesidad. Todo "médico y dentista de fami-

lia" debe tener un límite máximo de pacientes a su cargo. También debería consagrarse el derecho de elección de especialistas dentro de los que actúen en el centro de salubridad que corresponde al enfermo.

Los precedentes principios de elección no se pondrán en práctica en aquellos casos en que la aplicación del trabajo en equipo los haga manifiestamente innecesarios.

El paciente que acude a los centros de salubridad debe presentar su libreta sanitaria y someterse a cuidadosos exámenes que se realizan empleando los medios disponibles de diagnóstico. Ante todo se determina si requiere tratamiento ambulatorio u hospitalario; en el primer caso es tratado en el mismo centro; cuando requiere hospitalización, una investigación o un tratamiento especial, es enviado a los centros sanitarios más importantes o especializados.

Cuando el paciente se halla lejos de su domicilio habitual tiene derecho a ser atendido por los profesionales del centro de salubridad más próximo, dejándose expresa constancia de esta circunstancia en su libreta sanitaria.

Tanto la atención profesional como los medicamentos y los traslados deben otorgarse y realizarse en forma gratuita. La gratuidad debería alcanzar igualmente a los elementos y aparatos odontológicos y ortopédicos necesarios. Como únicas excepciones podrían autorizarse la obtención de una atención hospitalaria especial y el empleo de elementos y aparatos odontológicos y ortopédicos no indispensables, mediante un pago adicional.

El servicio social, desempeñado por las visitadoras de higiene y las visitadoras sociales, debería mantener las relaciones entre los pacientes y los profesionales, citando a las consultas médicas, vigilando el reposo de los enfermos y educando sanitariamente a la población.

6) Administración.

Según ya lo hemos adelantado en las páginas precedentes nosotros estimamos que la autoridad central del sistema de socialización médica debe ser el Ministro de Salud Pública de la Nación, el cual tendrá el carácter de Director General y deberá estar secundado en sus tareas por un Consejo Central de Sanidad. Con el objeto de integrar el Consejo Central de Sanidad cada consejo regional designará cuatro representantes, de los cuales dos deben ser profesionales, uno representante obrero y otro patronal.

Cada región sanitaria debe estar presidida por un Director Regional de profesión médica, especializado en administración sanitaria, designado por el Ministro de Salud Pública. El Director Regional debe contar con la colaboración de un consejo regional integrado por representantes designados por las asociaciones profesionales médicas, facultades de ciencias médicas, asociaciones profesionales de trabajadores y patrones y principales asociaciones culturales, benéficas y deportivas. De esta manera tanto profesionales como beneficiarios estarían representados en los consejos regionales a través de los miembros designados por las diversas asociaciones que los agrupan. Para que las resoluciones del Director Regional tengan validez deberán estar refrendadas por la mayoría de los miembros del consejo regional respectivo.

En el orden local la autoridad superior la constituirá un Director Local designado por el Director Regional correspondiente, entre los médicos que forman parte de los centros de salubridad. En los centros de salubridad pequeños, el médico designado Director Local deberá continuar prestando sus funciones profesionales, aparte de las administrativas que se le encomiendan. El Director Local se rodeará de un consejo local de carácter meramente consultivo y honorario, integrado por los vecinos elegidos por él entre los más caracterizados de la zona y los representantes designados por las principales asociaciones locales.

Las funciones de control y vigilancia serán ejercidas por los consejos locales y regionales y por un cuerpo permanente de inspectores que visitarán los distintos centros de salubridad y presentarán a los consejos regionales los informes relativos a la marcha del servicio.

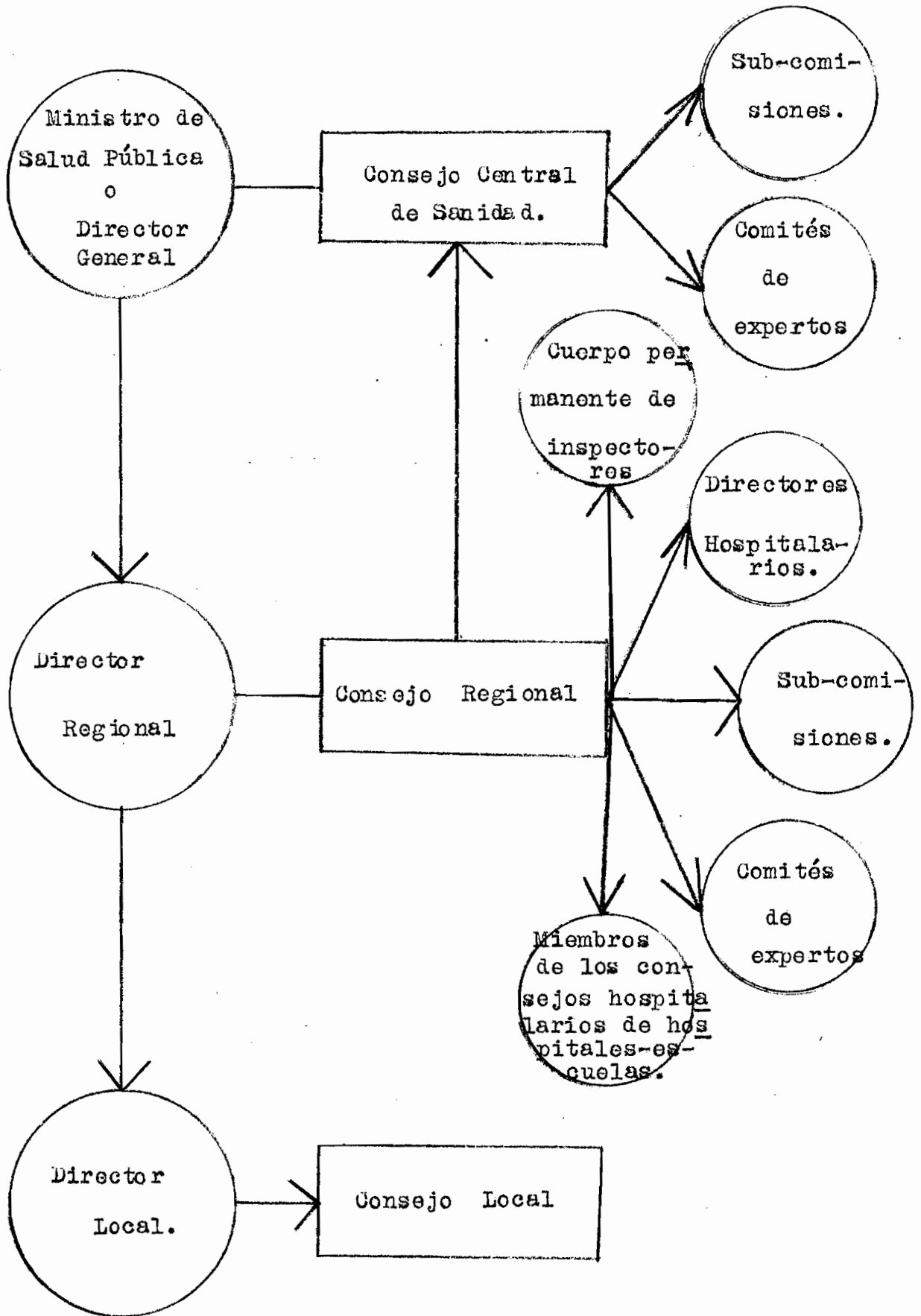
Cada hospital será supervisado por el consejo regional correspondiente y dirigido en forma inmediata por un Director Hospitalario designado por dicho consejo.

Los consejos central y regionales designarán sub-comisiones dentro de su seno o comités de expertos con el objeto de resolver o aconsejar sobre cuestiones técnicas particulares.

Con el objeto de facilitar la práctica y la enseñanza profesional se mantendrá una vinculación estrecha entre los consejos regionales, los directores hospitalarios y las autoridades universitarias. Además, en el caso de que sea posible, se crearán hospitales-escuelas especiales dirigidos por consejos hospitalarios integrados por miembros designados en igual número por los consejos regionales y las autoridades universitarias correspondientes.

El control profesional y la atención de las reclamaciones de pacientes y profesionales podría efectuarse por los mismos consejos regionales y locales, quienes tratarían los asuntos por sí mismos o a través de subcomisiones especiales designadas en su seno. Los consejos aplicarán sanciones disciplinarias a los profesionales por faltas o negligencia en sus funciones y resolverán las reclamaciones relativas al servicio, valiéndose para ello de procedimientos ágiles y democráticos y del asesoramiento de dos jueces, abogados o procuradores designados al efecto. Los consejos regionales ejercerán las funciones de tribunal de alzada de las resoluciones de los consejos locales y elevarán sus propios dictámenes al Consejo Central de Sanidad en los casos en que así lo determine la reglamentación del procedimiento.

Administración del servicio nacional de sanidad.



7°) Régimen financiero ideal de un sistema de medicina social.

A) Conceptos generales.

Los regímenes de financiación deben necesariamente variar según sea el sistema de organización adoptado por los servicios médico-sociales.

Parece natural que un sistema de asistencia médico-social sea financiado por medio de los recursos generales del Estado y que un sistema de seguro de enfermedad, para seguir la corriente universalmente adoptada, sea sostenido por medio de las contribuciones de asalariados, empleadores y Estado basándose para ello en los principios de ayuda mutua y riesgo profesional o más simplemente en el hecho de que el cuidado de la salud asegura un mayor nivel de eficiencia y productividad y que ello beneficia por igual a las tres partes obligadas.

En este último caso nos parece recomendable que la contribución de las tres partes tome por base $1/365$ de los salarios ganados durante un año; los asalariados, los empleadores y el Estado contribuirían en una proporción igual a una, dos, tres o más veces dicha suma base para cubrir el costo de los servicios médicos que se otorguen; las contribuciones podrían ser iguales para las tres partes o bien podría determinarse el pago de una suma base ($1/365$ de los salarios) para los trabajadores y una cantidad igual a varias veces esa suma base para el Estado y los empleadores.

Sin embargo no es sobre los sistemas de asistencia social o de seguro de enfermedad que debemos detenernos, sino sobre el problema de la financiación de los sistemas de servicio nacional de sanidad, que son los que propiciamos.

Como primer medida resulta absolutamente indispensable la redacción de un presupuesto sanitario independiente en donde se calculen los egresos que demandará la aplicación del sistema de socialización médica: compra o construcción de nuevos establecimientos, aparatos y equipos; gastos de administración; remunera-

ciones de profesionales y auxiliares; costo de los medicamentos, campañas de salubridad, etc.

Por otro lado deben calcularse los recursos que serán afectados a dichos gastos.

Creemos conveniente separar en dos rubros independientes los gastos ordinarios y extraordinarios, considerando como ordinarios a los gastos de sostenimiento de los servicios que tienen un carácter más o menos fijo o constante y como extraordinarios a los gastos de inversión o sea a aquéllos que sólo se efectúan en determinadas ocasiones o con determinados propósitos (construcciones sanitarias, compra de material rodante, de grandes aparatos, etc.)

Parece lógico que los gastos ordinarios sean satisfechos con recursos provenientes de la contribución de todos aquéllos que directa o indirectamente se benefician con los servicios mientras que los gastos extraordinarios, que resultan muy elevados y que más que tales constituyen inversiones, sean costeados no sólo por la generación presente sino también por las generaciones futuras que se verán directamente beneficiadas.

B) Financiación de gastos extraordinarios.

Si estamos de acuerdo con esta diferenciación, nos parecerá justificable que los gastos extraordinarios o de inversión sean cubiertos mediante títulos públicos de un "empréstito de la salud" que sería amortizado anualmente y colocado entre el público y los organismos de previsión oficiales y particulares. Los institutos de previsión social, en particular, deberían constituirse en los más fuertes tenedores de estos títulos como justa compensación por el hecho de que los servicios de atención médico-social contribuyen a aliviarles del peso de pensiones de invalidez, jubilaciones y muertes prematuras de sus afiliados, al mismo tiempo que disminuyen el presupuesto de las familias obreras al suprimir los gastos de atención médica realizados en forma individual. En el caso de que los títulos fuesen adquiridos por los particulares, debería autorizarse a estos últimos a abonar mediante dichos títulos las deudas que con-

trayeran en relación con los institutos de previsión social.

C) Financiación de gastos ordinarios.

Da lugar a una gran disparidad de opiniones el problema de la financiación de los gastos ordinarios. Ya hemos expuesto en el curso del presente trabajo los distintos sistemas adoptados por la legislación universal; sólo nos resta aquí pronunciarnos en favor de un sistema determinado.

Ante todo, cabe advertir que el servicio nacional de sanidad que propiciamos tiene los caracteres de un servicio público y que, como tal, debe financiarse mediante fondos perfectamente individualizados, ya provengan éstos de las contribuciones o de los impuestos abonados por todos los directa o indirectamente beneficiados.

Debe recordarse la conveniencia de que la recaudación de los fondos se realice por medio de un organismo financiero independiente de aquél organismo técnico encargado de la prestación de los servicios. Asimismo debe tratar de evitarse que los regímenes de financiación ocasionen cargas pesadas a los contribuyentes o trastornos a la producción.

Cualquiera sea la forma de financiación adoptada, ésta debe favorecer a las personas de escasos recursos, las que deben recibir iguales beneficios aunque no contribuyan o lo hagan en una proporción menor.

Es menester distinguir el caso en que los servicios médico-sociales integran un sistema más amplio de seguridad social de aquel otro caso en que se presentan con caracteres independientes:

1) Sistema de seguridad social integral.

En el primer caso, es decir cuando los servicios médico-sociales forman parte de un sistema más amplio de seguridad social, parece natural que los servicios médico-sociales se atiendan con los mismos fondos que sostienen todo el régimen de seguridad social, mediante un aumento razonable de las contribuciones o imposiciones vigentes. Se ha calculado que tal aumento debería ser aproximadamente de un 25 % sobre los recursos destinados a sostener las de-

más ramas de la seguridad social.

2) Sistema médico-social independiente.

En el segundo caso, es decir cuando el sistema médico-social asume caracteres independientes de las demás ramas de la seguridad social, debe elegirse un sistema también independiente de financiación. Los dos regímenes principales propuestos son el de contribución tripartita de asalariados, empleadores y Estado y el de la imposición.

a) Contribución tripartita.

El sistema de contribución tripartita, que no propiciamos, procura aplicar a los sistemas de servicio nacional de sanidad los principios tradicionales de los regímenes de seguro. En este caso debe procurarse que la contribución de los adultos cubra la atención médica de los menores de edad, de manera que el número de hijos no pese sobre la contribución del jefe de familia.

Por otra parte, debe fijarse periódicamente por las autoridades un nivel de subsistencia para excluir de la contribución a todas las personas cuyos ingresos no alcancen a los mínimos fijados; la contribución de estos últimos debería ser abonada por las provincias con la ayuda del gobierno federal o por los empleadores en el caso de tratarse de asalariados.

Las contribuciones de los adultos que no trabajan deberían ser abonadas por las provincias con la ayuda del gobierno federal y las contribuciones de los adultos que dependen de los contribuyentes serían pagadas por éstos o por las provincias con ayuda del gobierno federal, en caso de indigencia.

Examinando en detalle la legislación extranjera en relación con este punto nos ha parecido más adecuado el sistema adoptado al respecto por aquellos países que establecen una repartición de las cotizaciones entre asalariados y empleadores según el nivel de los salarios individuales; la contribución patronal disminuye gradualmente desde el nivel más bajo de salarios hasta el más elevado y la contribución de los trabajadores varía en forma inversa.

Preferimos la fijación de porcentajes variables según el nivel de ingresos (salarios, ganancias) en lugar del establecimiento de tasas fijas según edad, ocupación, sexo, etc. por considerar a estas últimas innecesariamente complicadas y confusas.

El porcentaje de contribución de los adultos que dependen de otro debería fijarse de acuerdo al nivel de ingresos del jefe de familia, con disminuciones porcentuales en el caso de que se trate de mujeres o de personas mayores de 60 años.

De los distintos sistemas que se han adoptado para fijar la contribución estatal nosotros preferimos el que establece que el Estado se hace cargo de los déficits de los gastos necesarios sobre las contribuciones que gravan en monto razonable a asalariados y empleadores.

Debe tenerse en cuenta que, en el presente sistema de contribución tripartita, la contribución de los empleadores se realizan siempre en relación con la contribución de los asalariados y no en proporción a sus propios recursos o ganancias.

La recaudación de las contribuciones de los asalariados podría hacerse por los empleadores quienes estarían autorizados a retener las sumas respectivas al hacer efectivo el pago de los sueldos y salarios. Los trabajadores independientes podrían abonar sus contribuciones en las asociaciones profesionales que los agrupan. Para recaudar las contribuciones de los empleadores deberían crearse oficinas locales y nacionales.

La mora en el pago de las contribuciones no debe obstaculizar a la prestación de los servicios médicos, sin perjuicio de que se lleven a cabo las medidas ejecutivas destinadas al cobro de las contribuciones atrasadas.

b) Sistema de imposición.

Es el sistema que propiciamos para el financiamiento de los servicios públicos de sanidad.

Es preciso decidirse entre la creación de nuevos impuestos o el establecimiento de recargos sobre los impuestos e-

xistentes.

Son numerosos los antecedentes que ofrecen las legislaciones y proyectos presentados en diversos países relativos a la creación de impuestos distribuidos uniformemente sobre toda la población y destinados al sostenimiento de los servicios médico-sociales o de un sistema de seguridad social que abarca a ese tipo de servicios. Por lo general esos impuestos se aplican sobre las entradas (salarios o ganancias) y se adaptan a la capacidad de pago de los individuos, oscilando su tasa entre el 2 y el 7,5 %. Con mucha menor frecuencia se establecen impuestos que afectan directamente a la propiedad, impuestos sobre la exportación, etc.

Nosotros creemos que es preferible establecer un recargo sobre uno o algunos de los impuestos existentes en lugar de crear uno nuevo. En especial, propiciamos el establecimiento de un recargo sobre el impuesto a la renta que es considerado universalmente como uno de los más justos y racionales y ha sido adoptado en los últimos años por un número creciente de naciones.

Debemos tener en cuenta que un nuevo impuesto sobre los ingresos destinado especialmente al sostenimiento del servicio nacional de sanidad presentaría muchos puntos de contacto con el impuesto a la renta; en efecto, como él, afectaría las entradas netas, requeriría el establecimiento de un mínimo no imponible para excluir a las personas de escasos recursos, debería fijar deducciones por cargas de familia, etc.

La adopción del temperamento aconsejado presentaría además las siguientes ventajas:

I) El impuesto a los réditos constituye universalmente el impuesto que proporciona los rubros más abultados de ingresos de los presupuestos nacionales, de modo que una pequeña sobretasa proporcionaría sumas muy considerables para el sostenimiento de los servicios médicos.

II) Se trata de un impuesto que por lo común no tie

ne una afectación particular, sino que pasa a engrosar los recursos generales.

III) Tratándose de un impuesto vigente, pueden aprovecharse los organismos de recaudación y fiscalización existentes, lo que representa un ahorro considerable.

IV) Desde el punto de vista federal, el hecho de que el impuesto a la renta sea por lo general un impuesto nacional, hace más factible la organización centralizada y la financiación unificada de todos los servicios médico-sociales de un país, previos los acuerdos indispensables entre el gobierno central y los gobiernos estatales o provinciales.

La aplicación de una sobretasa al impuesto a la renta, que aconsejamos, no obsta a la aplicación de otros recargos impositivos en forma concurrente en los casos en que se considere conveniente reforzar las sumas recaudadas o conseguir nuevos fondos para aplicar a ciertos aspectos particulares del servicio (fabricación de medicinas, construcción de sanatorios para cura climática, etc.). Resultan recomendables los recargos que se aplican sobre el impuesto a los beneficios extraordinarios y sobre el impuesto a la transmisión gratuita de bienes. Los aumentos de los gravámenes establecidos sobre productos que, como el alcohol y el tabaco, afectan la salud, sólo resultan recomendables en tanto pueda comprobarse que constituyen trabas al consumo que hace de ellos una gran parte de la población. Bajo condiciones análogas resultarían recomendables los recargos sobre los impuestos que se aplican a las carreras de caballos y a los juegos de azar. También cabría la posibilidad de aumentar en un determinado porcentaje los impuestos existentes, pero esta medida tendría el inconveniente de modificar un número considerable de sistemas establecidos.

Sin embargo, nosotros creemos que es preferible prescindir de los recargos sobre los demás impuestos para evitar complicaciones de recaudación y control y limitarse a aplicar la sobreta-

sa al impuesto a la renta que se considere suficiente, teniendo en cuenta el cálculo de gastos del servicio médico público.

.....

8º) Aplicación a la República Argentina.A) Conceptos generales.

En el caso particular de nuestro país, en don-
de más del 60 % de la población carece de los recursos necesarios
para proporcionarse una atención médica adecuada, el establecimien-
to de un sistema de medicina social es la solución ideal que ha
de procurar una atención médica eficaz y completa que alcance por
igual a toda la población.

Ya hemos examinado en el capítulo "Nuestra
legislación" cuáles la situación del país en lo que se refiere a
la atención médica de sus habitantes. Hemos advertido allí los
grandes perjuicios que ocasiona la falta del número adecuado de
médicos, establecimientos sanitarios y personal auxiliar capacita-
do, así como la concentración de los mismos en las zonas urbanas
con evidente desamparo de vastas regiones del territorio. De este
modo la mala distribución de la atención médica que protege en es-
pecial a la población más abundante y de mayores recursos del li-
toral es consecuencia y se constituye a su vez en una nueva causa
del fenómeno económico-social de concentración litoral que aflige
a nuestro país.

No puede esperarse que esta situación se co-
rrija mediante la acción de la iniciativa individual, puesto que el
interés personal guía a los profesionales precisamente hacia esas
zonas privilegiadas que les ofrecen ventajas de orden económico,
social y cultural. De ahí la necesidad de adoptar una política sani-
taria oficial de carácter social que oriente la distribución de la
atención médica en el sentido más favorable a todos los habitantes.

.....

Planteada la necesidad impostergradable de procu-
rar una atención médica completa para todos los habitantes del país,
cualesquiera sean sus recursos o su zona de residencia, se presenta
el problema de la elección del método o sistema inmediato encamina-

do a satisfacer dicha necesidad. De las dos soluciones propuestas, socialización o semisocialización de la medicina, el Ministerio de Salud Pública de la Nación se ha decidido por la última. Creemos que la adopción de un sistema de semisocialización de la medicina es, en efecto, en el momento presente, la solución más adecuada, entre otras, por las siguientes razones:

1) Porque no rompe bruscamente con las formas tradicionales de atención médica, actualmente en uso. Ella permite la subsistencia de la atención médica de tipo individual y privada a disposición de todos aquéllos que quieran y puedan utilizarla y evita, de esta manera, la oposición de los particulares habituados a esa forma tradicional de atención médica y de los profesionales acreditados o con vasta y seleccionada clientela que pueden considerarse afectados en sus intereses.

2) Porque permite contar con la colaboración no sólo de la práctica privada sino también de las mutualidades, seguros privados y demás regímenes particulares que alivian al nuevo sistema en formación.

3) Porque resulta más adecuada para un período inicial durante el cual es conveniente concentrar los esfuerzos en la organización, construcción y habilitación de nuevos establecimientos y servicios sanitarios.

4) Porque permite dedicar los nuevos elementos de que se dispone a la atención de aquellas zonas y de aquellos habitantes más desamparados, dejando la atención de los demás sujeta a futuros desenvolvimientos del sistema.

5) Porque su aplicación proporcionará amplias experiencias y permitirá arribar a sistemas cada vez más completos y eficaces.

.....

El régimen económico y financiero ideal que hemos expuesto en el presente capítulo de "Conclusiones" constituye también, a nuestro entender, el régimen ideal que debe tender a adoptar

nuestro país en materia de organización de un sistema médico-social que abarque a toda la población.

El sistema que proponemos presenta muchos puntos de contacto con los planes adoptados por el Ministerio de Salud Pública de la Nación. Por ello es que nos manifestamos de acuerdo con los sistemas de semisocialización de la medicina, odontología y farmacia y con el plan de medicina preventiva individual que han sido referidos en el capítulo "Nuestra legislación" del presente trabajo. Sin embargo creemos que dichos planes deberían completarse con algunas de las disposiciones que sugerimos en el presente capítulo de "Conclusiones" al referirnos a un régimen económico y financiero ideal de medicina social.

Asimismo nos parece conveniente que los sistemas propuestos comiencen a ser aplicados en el interior del país, pues de esa manera se protegerá ante todo a las zonas tradicionalmente desprovistas de atención médica adecuada. La prelación en la aplicación de los nuevos sistemas a los territorios nacionales evitará, según se ha previsto, los conflictos de jurisdicción; no obstante, creemos que es de toda urgencia la concertación de convenios con las provincias para permitir la extensión a ellas del sistema y asegurar la existencia de directivas centralizadas.

La amplia labor constructiva y educativa cumplida hasta el presente y en especial la realización de los exámenes periódicos dispuestos por el decreto-ley 30.656/44 de Medicina Preventiva y Curativa y la labor desarrollada por la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para ferroviarios, las asociaciones gremiales y mutuales, así como la creación de nuevos policlínicos y centros de salubridad, sirven de importantes jalones por medio de los cuales se podrá arribar en fecha próxima a la aplicación de un sistema perfeccionado de socialización médica.

Según se ha manifestado reiteradamente, no debemos olvidar que el problema de la atención médica en nuestro país

es y será todavía por algún tiempo más, un problema de insuficiencia de profesionales y de instituciones sanitarias. Nosotros creemos que los planes de semisocialización propuestos por el Ministerio de Salud Pública de la Nación servirán para crear los organismos técnicos y administrativos necesarios y formar la conciencia sanitaria nacional; por ello es que nos manifestamos de acuerdo con los mismos, si bien, repetimos, a nuestro entender, ellos deberían adecuarse a los sistemas ideales de organización y financiamiento que acabamos de exponer en el presente capítulo de "Conclusiones".

.....

B) El Fondo Nacional de Salud.

Por iguales motivos apoyamos la creación en estos momentos del Fondo de Salud Pública, según las directivas de las leyes 13012/47 y 13019/47 para financiar las instituciones y organismos del sistema de socialización médica propuesto.

Cabe recordar aquí que el artículo 5° de la ley 13012/47 establece que dicho fondo se integrará con los créditos transferidos de la ley 13019/47 (o sea el excedente de la suma de mil millones de pesos m.n. que se toman de los fondos del Plan Quinquenal o de recursos extraordinarios para cumplir el plan de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud pública) y de un impuesto hospitalarios a crearse. Con respecto a este último se formulan las siguientes sugerencias: 1) unificación y aumento de un 10 % del impuesto a la transmisión gratuita de bienes; 2) gravamen del 1 o 2 por mil del valor sobre el movimiento de cheques; 3) aumento global del 1% de todos los impuestos; 4) aumento del 5% sobre la suma recaudada por el impuesto a los réditos; 5) gravamen o aumento de gravámenes sobre productos que, como el alcohol y el tabaco, afectan la salud del pueblo de un modo directo o indirecto.

Pues bien, de todas las soluciones sugeridas, nosotros, concordes con nuestra opinión referida más arriba en relación con un

sistema ideal de financiación de todo régimen de socialización médica, preferimos el de una sobretasa al importe final que debe abonarse en concepto de impuesto a los réditos.(1)

Si consideramos las sumas recaudadas en nuestro país en concepto de impuestos y el valor del movimiento de cheques(2) y realizamos los cálculos pertinentes obtendremos las siguientes cifras:1)el aumento del 10 % sobre el impuesto a la transmisión gratuita de bienes (110 millones de pesos m.n. aproximadamente) da un importe aproximado de 11 millones de pesos;

2)el gravamen del 1 al 2 por mil sobre el movimiento de cheques (2.000 millones de pesos m.n. aproximadamente) da un importe aproximado de 2 a 4 millones de pesos según se aplique uno u otro porcentaje;

3)el aumento global del 1% sobre todos los impuestos(7.600 millones de pesos m.n. aproximadamente) da un importe aproximado de 76 millones de pesos y

4)el aumento del 5 % sobre la suma recaudada por el impuesto a los réditos (1.500 millones de pesos m.n. aproximadamente) da un importe aproximado de 75 millones de pesos.

Ahora bien, si en lugar de aplicarse un aumento del 5 % sobre la suma recaudada en el impuesto a los réditos, se aplica se un 20 % de aumento, se obtendría la suma aproximada de 300 millones de pesos con los cuales se solventaría con creces el presupuesto del Ministerio de Salud Pública de la Nación para el presente año 1952 fijado en la suma de 265.969.530 pesos m.n.(3)

Tal es en parte el sistema de financiación permanente del servicio nacional de sanidad que proponemos. Podríamos concretar lo en pocas palabras en la siguiente forma:

(1) Ver pág. 251 del presente trabajo.

(2) Memoria de la Contaduría general de la Nación correspondiente al año 1950, año del Libertador General San Martín; Anexo de la Memoria del Ministerio de Hacienda; Tomo I; editado en Bs. As; pág. 177; 1951; y Memoria anual del Ministerio de Finanzas de la Nación correspondiente al mismo año; Buenos As.; 1951; impreso en los talleres gráficos del Banco Hipotecario Nacional; pág. 68.

(3) Presupuesto general de la Nación para los ejercicios 1951 y 1952; Talleres gráficos argentinos L.J. Rosso S.R.L.; pág. 11 y 13.

1) financiación de los gastos ordinarios de sostenimiento del sistema mediante el establecimiento de una sobretasa del 20% sobre la cifra final a abonarse una vez realizada la liquidación individual del impuesto a los réditos y

2) financiación de los gastos extraordinarios de construcción y habilitación de nuevos establecimientos sanitarios mediante la emisión de un "empréstimo interno de salud" amortizable anualmente y destinado a ser cubierto por los particulares y en especial por los fondos del Instituto Nacional de Previsión Social. Según ya lo hemos expresado, este último está especialmente interesado en apoyar un sistema de medicina social que produce una disminución de las prestaciones por invalideces, jubilaciones y pensiones prematuras y alivia el presupuesto familiar mediante la disminución de los gastos de atención médica. En cuanto a los particulares, éstos serían autorizados a pagar mediante los títulos del "empréstimo interno de salud" las deudas contraídas con los institutos de previsión.

Teniendo en cuenta que los servicios médico-sociales se sostienen en la actualidad, en nuestro país, mediante los recursos generales del presupuesto y que entre éstos ocupan el primer lugar por su volumen los fondos provenientes del impuesto a los réditos, podría justificarse plenamente el establecimiento de una sobretasa de sólo un 10 %, deduciéndose del monto total de lo recaudado por el impuesto a los réditos el otro 10% necesario para completar el presupuesto sanitario del país.

.....

Nosotros creemos que los fondos necesarios para sostener el servicio nacional de sanidad deben provenir exclusivamente de las fuentes recién mencionadas; no obstante, cuando por razones específicas los fondos así obtenidos no resulten suficientes para cubrir los gastos que demandan los servicios o cuando se desee cubrir mediante otros recursos alguna partida especial del presupuesto de gastos sanitarios, creemos que podrían emplearse los siguientes recursos impositivos:

1) Recargo sobre el impuesto a la transmisión gratuita de bienes, salvando determinados montos mínimos en las primeras categorías; un recargo de un 20 % proporcionaría un ingreso aproximado de 22 millones de pesos m.n.

2) Gravamen sobre el valor del movimiento de cheques. Para que este impuesto, que no se adecúa a la capacidad de pago de los que emiten cheques ni al motivo de emisión, diera un rendimiento que justificara su sanción, debería tener una tasa mayor que la del uno o dos por mil que sugiere la ley 13012; según hemos visto la aplicación de aquellas tasas sólo proporcionaría una entrada de 2 a 4 millones de pesos m.n.

3) Aumento global de todos los impuestos. Como ya se expresó al tratar de las conclusiones generales, la modificación de las tasas de todos los impuestos significaría una alteración de la totalidad del régimen impositivo existente. Un aumento de un 4% daría un ingreso aproximado de 304 millones de pesos m.n. los que bastarían por sí solos para cubrir los gastos del presupuesto de salud pública para el año 1952.

4) Recargos sobre los impuestos que se aplican a los artículos que afectan la salud de un modo directo o indirecto, en especial recargos sobre el impuesto al tabaco y al alcohol, siempre que, según se ha expresado, constituyan trabas al consumo que hace de ellos una gran parte de la población. Recordemos que bajo el sistema actual el primero proporciona un ingreso aproximado de 417 millones de pesos m.n. y el segundo de 22 millones de pesos m.n. (1)

5) Recargo sobre el impuesto a los beneficios extraordinarios. Esta fuente de recursos resulta particularmente adecuada, salvo cuando se opongan a ella razones especiales de política fiscal. Un recargo de un 10% daría un ingreso aproximado de 40 millones de pesos m.n.

6) Desde un punto de vista social resultaría recomen-

(1) Memoria de la Contaduría general de la Nación correspondiente al año 1950, año del Libertador General San Martín; Anexo de la Memoria del Ministerio de Hacienda; Tomo I; editado en Bs.As; pág. 177; 1951.

ble la creación de un impuesto sobre los latifundios. También respondería a finalidades de orden social la duplicación del impuesto a las carreras que produce actualmente 100 millones de pesos (1) y el establecimiento de un gravamen sobre las jugadas de casino mediante una deducción sobre el monto de los pagos.

(1) Memoria de la Contaduría general de la Nación correspondiente al año 1950, año del Libertador General San Martín; citado; pág. 177

C) Otras sugerencias.

A continuación sugeriremos algunas medidas que creemos podrían implantarse en forma inmediata en nuestro país. Todas ellas tendrían un carácter transitorio hasta tanto se implantase el sistema de socialización cuyo régimen ideal de organización y financiación hemos expuesto en el presente capítulo de "Conclusiones".

No obstante, las medidas que sugerimos podrían seguir aplicándose en forma indefinida en el caso de que se demostrase su necesidad o conveniencia y servirían de todos modos, desde ya, para ir preparando la conciencia sanitaria del país.

1) Implantación de una conscripción sanitaria que abarcaría a los estudiantes de las ramas del arte de curar.

Todos los alumnos, con excepción de los que cursaran los dos últimos años de su carrera, prestarían su concurso durante ciertos períodos en las tareas de relevamiento censístico, confección de fichas sanitarias, servicios auxiliares, etc. Dichos períodos podrían fijarse en dos a tres horas durante dos a tres meses dentro del curso lectivo y de un radio de treinta kilómetros con centro en la facultad en la cual cursaran sus estudios. Mediante este procedimiento los estudiantes prestarían una colaboración valiosa y al mismo tiempo adquirirían experiencia sobre la forma en que se organiza el sistema de medicina social dentro del cual han de desenvolverse.

Los estudiantes de los dos últimos años de su carrera estarían obligados a trabajar durante dos meses en un centro de salubridad, consultorio odontológico o farmacia social situados fuera de los radios urbanos. Dicho período se desarrollaría dentro y fuera del curso lectivo, en el lugar designado por el sorteo que se llevaría a cabo al efecto. Los estudiantes prestarían sus ser

vicios como internos en los centros de salubridad o con horarios completos en los consultorios odontológicos y farmacias sociales en carácter de practicantes, bajo la dirección de los profesionales ayudantes y experimentados. No cobrarían sueldo alguno pero recibirían una suma quincenal fijada por el Ministerio de Salud Pública de la Nación para gastos de manutención y traslado.

2) **Habilitación de nuevos turnos en los hospitales y de algunas aulas en las facultades de ciencias médicas fuera del horario habitual de clases para la realización de los exámenes periódicos de salud de la población y de los exámenes radiológicos y de laboratorio necesarios para completar los diagnósticos.**

3) **Ampliación de los alcances del decreto 461/45 que reforma los decretos del 20-II-906, 30-VI-917 y 3-IV-931 y fija las condiciones que deben reunir las salas de primeros auxilios de ciertos establecimientos industriales.**

Nosotros proponemos que se determine la obligatoriedad de todo establecimiento fabril, comercial o rural que ocupe a más de 50 obreros o empleados en lo que se refiere a la instalación de un consultorio médico y odontológico gratuitos y una farmacia de tipo cooperativo, para realizar los exámenes periódicos de salud y brindar tratamiento médico a todos los obreros y empleados que voluntariamente quisieran valerse de esos servicios. Tanto el consultorio médico y odontológico como la farmacia cooperativa deberían instalarse en construcciones vecinas con entradas independientes y pasarían paulatinamente a depender de las autoridades sanitarias oficiales para integrar el sistema de servicio nacional de sanidad. El límite de obligatoriedad descendería a 25 personas asalariadas en el caso de los establecimientos fabriles, comerciales y rurales situados en zonas desprovistas de atención médica adecuada en un radio de veinte kilómetros de su centro.



LA MEDICINA SOCIAL Y EL FONDO NACIONAL DE SALUD.

S U M A R I O

CAPITULO I: GENERALIDADES.

A) <u>Determinación del ámbito del tema del presente trabajo.</u>	pág.	1
B) <u>Fundamentos de la medicina social.</u>	"	3
C) <u>Propósitos y caracteres de la medicina social.</u>	"	6
1.- <u>Medicina asistencial, sanitaria y social.</u>	"	6
2.- <u>Objetivos de la medicina moderna.</u>	"	6
3.- <u>Propósitos de la medicina social.</u>	"	7
4.- <u>Caracteres de la medicina social.</u>	"	8
D) <u>Efectos morales y sociales de la medicina social.</u>	"	8
E) <u>Sistemas de atención médico-social.</u>	"	9
1.- <u>Mediante un servicio médico público.</u>	"	9
2.- <u>Mediante un seguro obligatorio de enfermedad.</u>	"	9
3.- <u>Mediante un seguro voluntario de enfermedad.</u>	"	9
4.- <u>Mediante un servicio de asistencia social.</u>	"	10
F) <u>El problema de la atención médica en la Rca. Argentina.</u>	"	10

CAPITULO II: ANTECEDENTES.

1°) <u>Nociones generales.</u>	"	12
2°) <u>Evolución de los sistemas de atención médico-social.</u>	"	16
A) <u>Asistencia social.</u>	"	16
B) <u>Seguro social.</u>	"	18
C) <u>Sistemas de servicio médico público.</u>	"	20

CAPITULO III: LEGISLACION EN OTROS PAISES.

1°) <u>Nociones generales.</u>	"	21
2°) <u>Estudio especial de algunas legislaciones y planes extranjeros.</u>	"	24
A) <u>Australia.</u>	"	24
1) <u>Planes de atención médico-social.</u>	"	24
a) <u>Antecedentes.</u>	"	24
b) <u>Plan del Consejo Nacional de Salubridad e Investigación Médica.</u>	"	25
I) <u>Principios generales.</u>	"	25
II) <u>Centros de consulta.</u>	"	26
III) <u>Personal.</u>	"	27
1°) <u>Funcionarios de sanidad de distrito.</u>	"	27
2°) <u>Médicos.</u>	"	27
IV) <u>Administración.</u>	"	28
V) <u>Financiación.</u>	"	29
c) <u>Plan de la Asociación médica británica de Australia.</u>	"	29
I) <u>Principios generales.</u>	"	29
II) <u>Servicios otorgados.</u>	"	30
III) <u>Administración.</u>	"	32
d) <u>Soluciones propuestas por el Comité Mixto.</u>	"	32
e) <u>Caja Nacional de Bienestar.</u>	"	34
2) <u>Sistema actual.</u>	"	35
a) <u>Personas protegidas.</u>	"	35
b) <u>Servicios otorgados.</u>	"	35
c) <u>Organización.</u>	"	35
d) <u>Financiación.</u>	"	35
B) <u>Bélgica.</u>	"	36
1) <u>Seguro social voluntario.</u>	"	36
a) <u>Personas protegidas.</u>	"	36

b) Servicios otorgados.....	pág.	36
c) Organización.....	"	36
d) Financiación.....	"	36
2) Seguro social obligatorio.....	"	36
a) Personas protegidas.....	"	36
b) Servicios otorgados.....	"	36
c) Organización.....	"	37
d) Financiación.....	"	37
C) <u>Brasil</u>	"	39
1) <u>Asistencia social</u>	"	39
a) Personas protegidas.....	"	39
b) Servicios otorgados.....	"	39
c) Organización.....	"	39
d) Financiación.....	"	39
2) Seguro social obligatorio.....	"	39
a) Personas protegidas.....	"	39
b) Servicios otorgados.....	"	39
c) Organización.....	"	39
d) Financiación.....	"	39
D) <u>Canadá</u>	"	40
1) <u>Plan de seguro de enfermedad</u>	"	40
a) Personas protegidas.....	"	40
b) Servicios otorgados.....	"	40
c) Organización.....	"	41
d) Financiación.....	"	41
2) <u>Sistema actual</u>	"	42
a) <u>Asistencia social</u>	"	42
I) Personas protegidas.....	"	42
II) Servicios otorgados.....	"	42
III) Organización.....	"	42
IV) Financiación.....	"	42
b) Seguro social obligatorio.....	"	42
I) Personas protegidas.....	"	42
II) Servicios otorgados.....	"	42
III) Organización.....	"	43
IV) Financiación.....	"	43
c) Otros sistemas.....	"	43
E) <u>Chile</u>	"	44
1) <u>Sanidad pública</u>	"	45
2) <u>Asistencia social</u>	"	46
a) <u>Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia</u>	"	46
b) <u>Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social</u>	"	46
3) <u>Seguro Social</u>	"	48
a) <u>Caja de Seguro Obrero Obligatorio</u>	"	48
I) Personas protegidas.....	"	48
II) Servicios otorgados.....	"	48
III) Organización.....	"	49
IV) Financiación.....	"	52
b) <u>Servicio Médico Nacional de Empleados</u>	"	52
I) Personas protegidas.....	"	52
II) Servicios otorgados.....	"	52
III) Organización.....	"	53
IV) Financiación.....	"	55
c) <u>Otros servicios médicos de Cajas de Seguros</u>	"	55
4) <u>Situación de la profesión médica</u>	"	55
F) <u>Estados Unidos</u>	"	57
1) <u>Planes e iniciativas</u>	"	57
a) <u>El proyecto Wagner-Murray</u>	"	57
b) <u>Un mensaje del presidente Truman</u>	"	57

2) Sistema actual.....	pág.	59
a) Personas protegidas.....	"	59
b) Servicios otorgados.....	"	59
c) Organización.....	"	59
d) Financiación.....	"	59
G) <u>Francia</u>	"	60
1) Asistencia social.....	"	60
2) Seguro social obligatorio.....	"	60
a) Personas protegidas.....	"	60
b) Servicios otorgados.....	"	60
c) Organización.....	"	60
d) Financiación.....	"	61
H) <u>Gran Bretaña</u>	"	62
1) Planes de socialización de la medicina.....	"	62
a) Informe de Sir William Beveridge.....	"	62
b) Plan de la Comisión de Planificación Médica y conclusiones de la Asociación Médica Británica.....	"	64
I) Generalidades.....	"	65
II) Personas protegidas y financiación.....	"	65
III) Servicios otorgados.....	"	66
IV) Organización.....	"	66
1° Centros de salud.....	"	66
2° Médicos.....	"	66
3° Servicios hospitalarios y de especialistas.....	"	67
V) Administración.....	"	67
2) Sistema actual.....	"	68
a) Personas protegidas.....	"	69
b) Servicios otorgados.....	"	69
c) Organización.....	"	69
d) Financiación.....	"	74
e) Últimas reformas.....	"	75
I) <u>Italia</u>	"	76
1) Personas protegidas.....	"	76
2) Servicios otorgados.....	"	76
3) Organización.....	"	77
4) Financiación.....	"	77
J) <u>Méjico</u>	"	78
1) Asistencia social.....	"	79
a) Personas protegidas.....	"	79
b) Servicios otorgados.....	"	79
c) Organización.....	"	79
d) Financiación.....	"	79
2) Seguro social obligatorio.....	"	79
a) Personas protegidas.....	"	79
b) Servicios otorgados.....	"	79
c) Organización.....	"	79
d) Financiación.....	"	79
K) <u>Nueva Zelandia</u>	"	80
1) Personas protegidas.....	"	80
2) Servicios otorgados.....	"	80
3) Organización.....	"	81
4) Financiación.....	"	81
L) <u>Suecia</u>	"	82
1) Personas protegidas.....	"	82
2) Servicios otorgados.....	"	82
3) Organización.....	"	82
4) Financiación.....	"	82
M) <u>Unión Sudafricana</u>	"	83
1) Plan de Servicio Nacional de Salubridad.....	"	83
a) Caracteres fundamentales.....	"	83
b) Organización.....	"	84
I) Estructura.....	"	84

II) Administración.....	pág.	85
III) Condición de los médicos.....	"	86
2) Sistema actual.....	"	87
a) Personas protegidas.....	"	87
b) Servicios otorgados.....	"	87
c) Organización.....	"	87
d) Financiación.....	"	87

CAPITULO IV: ESTUDIO ECONOMICO DEL PROBLEMA.

1°) <u>Algunos conceptos generales</u>	"	88
A) Concepto económico de la medicina social.....	"	88
B) Solidaridad económica de la salud pública.....	"	88
C) Plan del presente capítulo.....	"	89
2°) <u>Personas protegidas</u>	"	90
A) <u>Antecedentes</u>	"	90
1) Asistencia social.....	"	90
2) Seguro social.....	"	90
a) Obreros.....	"	90
b) Empleados.....	"	90
c) Trabajadores independientes.....	"	91
d) Trabajadores agrícolas.....	"	91
e) Personas a cargo del asegurado.....	"	91
f) Totalidad de la población.....	"	92
B) Legislación comparada.....	"	93
1) Generalidades.....	"	93
2) Clasificación.....	"	93
C) Principios generales.....	"	96
1) Sistema de asistencia social.....	"	96
2) Sistema de servicio médico público.....	"	97
3) Sistema de seguro social voluntario subvencionado.....	"	97
4) Sistema de seguro social obligatorio.....	"	97
a) Personas aseguradas que cotizan.....	"	98
I) Todos los residentes o los ciudadanos.....	"	98
II) Asalaridados.....	"	98
1°) Los obreros.....	"	98
2°) Los empleados.....	"	98
3°) Los trabajadores agrícolas.....	"	98
III) Trabajadores independientes.....	"	98
IV) Personas que ejercen una actividad remunerada.....	"	99
V) Otras categorías.....	"	99
b) Personas aseguradas en virtud de la cotización de otros.....	"	99
c) Personas aseguradas mediante el pago de las cotizaciones por la autoridad competente.....	"	100
3°) <u>Servicios otorgados</u>	"	101
A) <u>Antecedentes</u>	"	101
1) Generalidades.....	"	101
2) Etapas de evolución.....	"	101
3) Atención médico-social preventiva.....	"	102
4) Duración de la atención médico-social.....	"	103
B) Legislación comparada.....	"	104
1) Requisitos exigidos.....	"	104
2) Naturaleza de los servicios médicos.....	"	105
3) Duración de los servicios médicos.....	"	106
4) Preservación de la salud pública.....	"	107
C) Principios generales.....	"	109
1) Generalidades.....	"	109
2) Tratamiento hospitalario.....	"	111
3) Servicios generales de salubridad.....	"	111
4) Atención médica en el medio rural.....	"	112
4°) <u>Organización</u>	"	114
A) <u>Antecedentes</u>	"	114

B) Legislación comparada.....	pág. 116
1) Sistemas de organización.....	" 116
2) Representación de los asegurados, los empleadores y el Estado en los organismos de administración de los seguros médico-sociales.....	" 116
3) Representación de expertos y miembros de la profesión médica y profesiones conexas.....	" 117
4) Situación de las sociedades de socorros mutuos dentro de los sistemas modernos de atención médico-social.....	" 117
C) Principios generales.....	" 119
1) Principios de organización.....	" 119
a) Centralización.....	" 119
I) Relaciones de los servicios médico-sociales con las demás ramas de la seguridad social..	" 119
II) Relaciones de los servicios médico-sociales entre sí.....	" 120
III) Concepto general.....	" 121
b) Territorialización y regionalización.....	" 122
c) Racionalización.....	" 122
d) Práctica médica de grupo o equipo.....	" 123
e) Participación de los profesionales y beneficiarios en la administración de los servicios médicos.....	" 123
2) Médicos y miembros de las profesiones conexas...	" 124
a) Conocimientos y pericia profesionales.....	" 124
b) Condiciones de trabajo y remuneración.....	" 124
c) Control profesional.....	" 126
3) Instituciones sanitarias.....	" 126
4) Funcionamiento de los servicios médico-sociales.	" 128
a) Derecho de elección.....	" 128
b) Atención hospitalaria, de especialistas y de miembros de profesiones conexas.....	" 129
5) Administración de los servicios médico-sociales.	" 129
a) Autoridad central.....	" 130
b) Representantes de los beneficiarios y de las profesiones interesadas.....	" 130
I) Integración de los organismos directivos....	" 130
II) Consejos o comités consultivos.....	" 131
c) Administración local.....	" 131
d) Administración de las unidades sanitarias.....	" 132
e) Organismos de control y arbitraje. Apelación...	" 132
I) Organismos de arbitraje.....	" 132
II) Organismos de control.....	" 132
f) Administración y control de cajas de seguro de enfermedad autónomas.....	" 133

CAPITULO V : REGIMEN FINANCIERO

1°) <u>Algunos conceptos generales</u>	" 134
A) Concepto financiero de la medicina social.....	" 134
B) Sistemas de financiación de la medicina social.....	" 137
1) Aumento de las partidas del presupuesto ordinario	" 138
2) Cobro de los servicios a los beneficiarios directos	" 138
3) Implantación del seguro de enfermedad.....	" 138
4) Creación de un fondo especial.....	" 139
2°) <u>Antecedentes</u>	" 140
3°) <u>Legislación comparada</u>	" 142
A) <u>Sistemas de financiamiento</u>	" 142
1) Sistema de base tripartita.....	" 142
2) Sistema bipartito. Contribuciones de las personas protegidas y los empleadores.....	" 142

3°)....3) Sistema bipartito. Contribuciones de los empleados y el Estado.....	pág.142
4) Sistema bipartito. Contribuciones de las personas protegidas y el Estado.....	" 142
5) Contribución exclusiva de los empleadores.....	" 143
6) Contribución exclusiva del Estado.....	" 143
7) Contribución exclusiva de los beneficiarios.....	" 143
B) Participación del beneficiario en los gastos.....	" 143
4°) <u>Principios generales</u>	" 145
A) Financiación de un servicio de asistencia social...	" 145
B) Financiación de un servicio médico público.....	" 145
1) Ingresos generales.....	" 145
2) Impuesto especial.....	" 145
C) Financiación de un servicio de seguro social.....	" 147
1) Generalidades.....	" 148
2) Constitución de reservas.....	" 148
3) Distribución del costo de los servicios.....	" 150
a) Beneficiarios.....	" 151
b) Empleadores.....	" 153
c) Autoridades públicas.....	" 154
4) Condiciones de cotización.....	" 155
5) Recaudación.....	" 156

CAPITULO VI: NUESTRA LEGISLACION

1°) <u>Algunas referencias históricas</u>	" 158
2°) <u>Nociones generales</u>	" 160
"Secretaría de Salud Pública de la Nación, Organización"	
Gráfico..	" 162
3°) <u>Leyes, decretos, reglamentos, proyectos y principios relacionados con la medicina social en nuestro país</u>	" 163
A) Código Sanitario Nacional (ley 13.012/47).....	" 163
B) Plan de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud pública (ley 13.019/47).....	" 165
C) El Estatuto del Peón.....	" 167
D) La Declaración de los Derechos del Trabajador.....	" 167
E) El Decálogo de la Ancianidad.....	" 167
F) Ley 9688/15 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.....	" 167
G) Ley 11933/43 de protección a la maternidad obrera....	" 168
H) Estatuto de los profesionales del arte de curar.....	" 168
I) Obligatoriedad de la asistencia dental.....	" 169
J) Examen médico para menores que solicitan trabajo....	" 169
K) Salas de primeros auxilios en los establecimientos industriales.....	" 170
L) Instituto Argentino de Seguridad.....	" 170
M) Dirección General de Higiene y Seguridad del Trabajo.	" 171
4°) <u>Ley 13075/47 de creación de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para ferroviarios</u>	" 171
5°) <u>Decreto-ley 30656/44 de Medicina Preventiva y Curativa</u>	" 174
A) Generalidades.....	" 174
B) Principales disposiciones.....	" 174
C) Decreto N°16.200/46.....	" 177
D) Organismos ejecutivos.....	" 177
E) Reglamentación.....	" 178
F) Creación de "Comités vecinales de colaboración social"	179
6°) <u>Semisocialización de la medicina</u>	" 183
A) El problema de la atención médica en el país.....	" 183
B) Sistemas propuestos.....	" 184
1) Libre ejercicio.....	" 184
2) Socialización integral.....	" 184
3) Semisocialización o socialización parcial.....	" 184
"Asistencia Médica" Gráfico.....	" 185

Mundo Médico;1944;VIII;N° 99;pág.22.

TONINA TEODORO A;"Panorama de la medicina social";La Semana Médica;1951;II;pág. 562-67.

ZWANCK ALBERTO;"Enfermeras visitadoras";Segundo Congreso Nacional de Medicina.Buenos Aires;1927;T.V°;pág. 216.

"Rehabilitación:Función del Estado" ;Editorial de la Revista"Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación" ;Vd.IV;N°2; Agosto 1948;pág. 98.

RANGEL MARIO; "La socialización de la medicina en Brasil"; Revista del Colegio de Médicos; 1938; VII; -67; pág. 21.

"Planes de seguridad social en Canadá"; Revista Internacional del Trabajo; vol XXVII; N° 5; 1943; pág. 673-700.

HURNSTADT BERNESTO; "Colombia ante el problema de la seguridad social"; Folleto que reproduce un artículo publicado en la Revista Internacional del Trabajo; Vol. XXVII; N° 4; Montreal; abril de 1943.

BUSTOS JULIO A.; "La previsión y la medicina social chilena". Previsión Social; Sgo. de Chile; XIV; I; 1947.

ALLENDE G. SALVADOR; "La política médico-social de Chile"; Folleto que reproduce un trabajo publicado en la Revista Internacional de Trabajo; Vol XXV; N° 1; Montreal; enero de 1942.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO Comité Interamericano de Seguridad Social; "Boletín Provisional N° 4"; "La asistencia médica en el Commonwealth de las Naciones Británicas"; Montreal, 1943.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; "Planes de seguridad social en Gran Bretaña. Informe de Sir William Beveridge. Planificación médica. Folleto que reproduce un trabajo publicado en la Revista Internacional del Trabajo; Vol XXVII; N° 1; enero de 1943; Montreal.

GONZALEZ GALE JOSE; "El plan Beveridge y la seguridad social"; Editorial Losada, S.A.; Imprenta Lopez; Perú 666; Buenos Aires; 1943.

"Planes de seguridad social en Gran Bretaña"; Revista Internacional del Trabajo; vol XXVII; N° 1; enero de 1943; pág. 53-69.

"La ley de Seguro Social en México"; Revista Internacional del Trabajo; vol. XXVII; N° 2; febrero de 1943; pág. 283-85.

CORSON J.J.; "Seguridad social en México"; artículo publicado en el número de Septiembre de 1943 de "Survey Graphic" y reproducido en el "Boletín Provisional N° 4" de Octubre de 1943, O.I.T., Op. cit.; pág. 5 a 10.

KANDEL BERNARDO; "Sistemas hospitalarios en Suecia y Dinamarca"; "Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación"; Vol. IV; N° 2; Agosto 1948; pág. 176.

GERARDO ALBERTO H.; "Algunos aspectos de la medicina social en ...

Suecia" El Día Médico;XIX;1947;pág. 143.

"South African Medical Journal",vol.XVI,núm 21;14 de noviembre de 1942;pág. 388.

CAPITULO IV:ESTUDIO ECONOMICO DEL PROBLEMA.

- "L'organisation économique des prestations médicales et pharmaceutiques dans l'assurance-maladie".Estudios y documentos,serie M (Seguros sociales);N°15;Ginebra;1938.
- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO;"Textos adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo en su vigésima-sexta reunión"(Filadelfia,1944);Montreal;1944;Recomendación N°69;pág. 32 y sigts.
- "Proyecto para extender el seguro en los Estados Unidos";Revista Internacional del Trabajo";vol.XXVIII;N°2;agosto de 1943;pág. 289-92.
- SASTRE TALLAFERRO AMELIA;"El material humano y la producción";Boletín Informativo de Leyes de Trabajo;IV;N°13;1945;pág. 41.

CAPITULO V: REGIMEN FINANCIERO

CARRILLO RAMON;"Financiamiento de la Salud Pública";Discurso del 14 de noviembre de 1950,año del Libertador General San Martín,publicado en el Informativo N°401 de la Secretaría de Salud Pública de la Nación;Dirección de Cultura Sanitaria;Servicio de Prensa.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO;Comité Interamericano de Seguridad Social;"Manual de Instituciones de Seguro Social en América";Montreal;1945.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO;"Hacia la seguridad social";Mac Gill University,3480;University Street;Montreal(Canadá);1942.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO;"La Seguridad Social:estudio internacional";Ginebra,1950;Imprimeries Populaires;Ginebra (Suiza).

CAPITULO VI: NUESTRA LEGISLACION.

ALENDRI JUAN,BERENGUER ALBERTO,TETTAMANTI LUIS Y RODRIGUEZ GERMINAL;"Primer Capítulo sobre Interpretación y Orientación en la Aplicación del Decreto-ley de Medicina Preventiva y Curativa;Vol.I:N°6;Mayo de 1947.

BERENGUER ALBERTO E.; "Organización sanitaria de la Rca. Argentina"
"Oficialización de la medicina"; Sexto Congreso Nacional de Medicina;
Actas y Trabajos; Córdoba; 1938; I; pág. 303.

BONNANI ANTONIO F.; "Unificación y reciprocidad de los diversos regímenes de la previsión social del país"; Boletín Informativo de Leyes de Trabajo; IV; N° 17; 1945; pág. 15.

CARRILLO RAMON; "Política sanitaria argentina"; Ministerio de Salud Pública de la Nación; Departamento de publicaciones y talleres gráficos; 1949.

DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA Y PREVISION SOCIAL PARA FERROVIARIOS. (Ley 13.075) "Memoria de la labor realizada en el año 1950, año del Libertador General San Martín; Buenos Aires; 1951.

MEMORIA DE LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACION correspondiente al año 1950, año del Libertador General San Martín; Anexo de la Memoria del Ministerio de Hacienda; T.I; editado en Buenos Aires; 1951.

MEMORIA ANUAL DEL MINISTERIO DE FINANZAS DE LA NACION; correspondiente al año 1950, año del Libertador General San Martín; impreso en los talleres gráficos del Bco. Hipotecario Nacional; Bs. Aires; 1951.

MONTANA ALZAGA ROSENDO H.; "Catastro de Profesionales del Arte de Curar"; Revista Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación; Vol. I; N° 3; febrero de 1947; pág. 40.

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION; "Manual del Funcionario de Salud Pública. Recopilación de Leyes y Decretos Fundamentales"; Editorial "Mayo"; Callao 335; Buenos Aires; 1948.

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION; "Plan quinquenal años 1947-1951; Plan analítico" Tres tomos y tomo IV de gráficos.

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION; "Plan esquemático de Salud Pública; 1952-1958"; Buenos Aires; 1951.

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION; Secretaría de Trabajo y Previsión. Instituto Nacional de Previsión Social. "Plan para la aplicación de la medicina preventiva y curativa"; Otycia S.R.L.; Bolívar 427; Buenos Aires; 1948.

INDICE DE AUTORES CITADOS

BEVERIDGE SIR WILLIAM; "Social Insurance and Allied Services; American edition; Nueva York, Macmillan Co.; 1942; pág. 26 citada en pág. 62 del trabajo y pág. 29 citada en pág. 63 del trabajo.

GARRILLO RAMON DR.; "Política sanitaria argentina"; Ministerio de Salud Pública de la Nación; Departamento de publicaciones y talleres gráficos; 1949; T.I, pág. 203 citada en pág. 205 del trabajo y T.II, pág. 456 citada en pág. 213 del trabajo.

CORSON J.J.; "Seguridad social en México"; artículo publicado en el número de Septiembre de 1943 de "Survey Graphic" y reproducido en el Boletín Provisional N°4 de Octubre de 1943, OIT; Montreal; 1943; pág. 5 citada en pág. 78 del trabajo

ENGEL; "Der Werth des Menschen" citado por el Dr. Ensich "La socialización de la medicina", Sociedad Luz, Serie II, T.2; N°34, 1926; Suarez 1301, Buenos Aires, pág. 17 citada en pág. 4 del trabajo.

ENSICH DR.; "La socialización de la medicina"; Sociedad Luz; Serie II, T.2; N°34; Buenos Aires, 1926; pág. 5 y 6 citadas en pág. 13 del trabajo y pág. 15 y 16 citadas en pág. 136 del trabajo.

"LA FRATERNIDAD"; Organó de la Sociedad de Personal Ferroviario de Locomotoras; Febrero 5 de 1947; N°856; pág. 12 citada en pág. 173 del trabajo.

GONZALEZ GALE JOSE; "El plan Beveridge y la seguridad social"; Editorial Losada, S.A., Buenos Aires; 1943; pág. 28 y 29 citadas en pág. 134 del trabajo.

MARTONE DR. FRANCISCO JOSE; "Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación." "El problema de las tres "S". "Socialización de la medicina; semisocialización, seguro de salud". Febrero 1948; Vol.III; número 15; pág. 61 citada en pág. 58 del trabajo.

MEMORIA DE LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACION, correspondiente al año 1950, año del Libertador General San Martín; Anexo de la Memoria del Ministerio de Hacienda; T.I; editado en Buenos Aires; 1951;

pág. 177 citada en pág. 258, 260 y 261 del trabajo.

MEMORIA ANUAL DEL MINISTERIO DE FINANZAS DE LA NACION, correspondiente al año 1950, año del Libertador General San Martín; Buenos Aires; 1951; impreso en los talleres gráficos del Banco Hipotecario Nacional; pág. 68 citada en pág. 258 del trabajo.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; Comité Interamericano de Seguridad Social; "Boletín Provisional N°4"; "La asistencia médica en el Commonwealth de las Naciones Británicas"; Montreal; 1943; pág. 24-25 citadas en pág. 33 del trabajo.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; "Hacia la seguridad social"; Mac Gill University, 3480 University Street, Montreal, Canadá, 1942; pág. 7 citada en pág. 120 del trabajo.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; "Planes de seguridad social en Gran Bretaña"; Folleto que reproduce un trabajo publicado en la Revista Internacional del Trabajo; Vol. XXVII, núm. 1, enero de 1943, Montreal; pág. 1 citada en pág. 63 del trabajo.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; "La planificación de los servicios médicos en Australia"; Folleto que reproduce un trabajo publicado en la Revista Internacional del Trabajo; Vol. XXVII, núm. 6, junio de 1943; Montreal; pág. 12 citada en pág. 30 del trabajo.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; "La Seguridad Social: estudio internacional"; Ginebra 1950; Imprimeries Populaires; pág. 6 citada en pág. 21 del trabajo y pág. 31 citada en pág. 93.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; "Textos adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo en su vigésima-sexta reunión" (Filadelfia, 1944), Montreal, 1944; Recomendación N° 69; pág. 31 citada en pág. 96 del trabajo, pág. 38 citada en pág. 112 y pág. 40 citada en pág. 125.

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION; "Plan Quinquenal años 1947-1951; Plan analítico"; T.I, pág. 276-277 y T.IV de Gráficos primera parte, citados en p. 163 del trabajo; T.I pág. 598 y 610 citados en pág. 211 y T.III pág. 1791 citada en pág. 199.

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION; "Plan esquemático de Salud Pública 1952-1958"; Buenos Aires; 1951; Imprenta central del Ministerio de Salud Pública; pág. 58 citada en pág. 183 del trabajo; pág. 60 citada en pág. 11 del trabajo.

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION; Secretaría de Trabajo y Previsión. Instituto Nacional de Previsión Social. "Plan para la aplicación de la medicina preventiva y curativa" (Decretos-leyes 30.656/44; 16.200/46; ley 12.912) Bs. As. 1948. Otycia impresores S. R. L. Bolívar 427; pág. 14 citada en pág. 175 del trabajo.

"LA SEGURIDAD SOCIAL EN GRAN BRETAÑA"; Departamento de Información de la Embajada Británica. Buenos Aires; 1948; pág. 5 citada en pág. 14 del trabajo.

"SOUTH AFRICAN MEDICAL JOURNAL"; Vol. XVI, núm. 21; 14 de noviembre de 1942; pág. 388 citada en pág. 83 del trabajo

ZORRILLA FLORES A. Y MANUEL DE VIADO; "Asistencia médica en Chile" Folleto que reproduce un trabajo publicado en la Revista Internacional del Trabajo. Vol. XXXI, núm. 3, marzo de 1945; Montreal; pág. 4 citada en pág. 13 del trabajo.

INDICE GENERAL

CAPITULO I: GENERALIDADES.....	pág.	1
CAPITULO II: ANTECEDENTES.....	"	12
CAPITULO III: LEGISLACION EN OTROS PAISES.....	"	21
CAPITULO IV: ESTUDIO ECONOMICO DEL PROBLEMA.....	"	88
CAPITULO V: REGIMEN FINANCIERO.....	"	134
CAPITULO VI: NUESTRA LEGISLACION.....	"	158
CAPITULO VII: CONCLUSIONES.....	"	219
SUMARIO.....	"	264
BIBLIOGRAFIA:		
BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	"	272
BIBLIOGRAFIA ESPECIAL.....	"	274
INDICE DE AUTORES CITADOS.....	"	278