

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO IX

NUM. 2

EPOCA III

MARZO-ABRIL

1960

MEXICO, D. F.

PUBLICACION BIMESTRAL DE LAS SECRETARIAS
GENERALES DE LA C. I. S. S. Y DE LA A. I. S. S.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

INDICE

	<u>PAG.</u>
Algunas observaciones sobre las causas del déficit en los servicios de Asistencia Médica, <i>por la Dra. Laura E. Bodmer</i>	7
El costo de la gestión del Seguro Social, <i>por Alfonso Velarde B.</i>	17
Contribución al estudio del seguro de enfermedades en el medio rural, <i>por el Dr. Armando Castillo Plaza</i>	23
Problemas de organización y control de las prestaciones farmacéuticas en la Seguridad Social, <i>por el Dr. Juan A. Philipps V.</i>	35
Influencia del sistema de remuneraciones en el rendimiento de los médicos generales, <i>por los Dres. Oscar Jiménez Pinochet y Félix Garay Figueroa</i>	69

PROBLEMAS DE ORGANIZACION Y CONTROL DE LAS PRESTACIONES FARMACEUTICAS EN LA SEGURIDAD SOCIAL

DR. JUAN A. PHILIPPS V.
Director del Hospital Obrero de Lima

Con la colaboración de los señores: Eduardo Borda,
Jefe del Departamento de Personal; Américo Ormeño,
Jefe del Departamento de Laboratorio de Farmacia,
y Eliseo Pérez, Jefe del Departamento de Farmacia.

I.—INTRODUCCIÓN

En todo tiempo y en todas las latitudes, el hombre ha buscado afanosamente los medios de seguridad. Ha sido la amenaza ineluctable de la inseguridad, a través de los tiempos, la que ha inspirado los principios generales de la solidaridad y ha dado forma a teorías, métodos y prácticas de protección individual, familiar y colectiva. Este movimiento no es por lo tanto nuevo, nació con el hombre y se plasmó en realidad desde los primeros tiempos, en clanes, tribus y hordas. Más tarde, las cofradías religiosas, las hermandades, las sociedades artesanales y otras semejantes asumieron en la historia de la protección social, un papel de suma importancia, pero de acción restringida al grupo que la conformaba. Dentro de esa perspectiva histórica surgen otras agrupaciones colectivas como las mutualidades y seguros sociales y también, la acción directa e intervencionista del Estado en las relaciones socio-económicas contemporáneas. La previsión social de ayer y la seguridad social de hoy, no son otra cosa que las diversas formas de ajuste que va tomando la protección del núcleo humano, para dar al hombre los atributos esenciales e inalienables que le corresponden frente al acontecimiento histórico más importante de la época actual: "el movimiento ascensorial de los masas al primer plano de la vida colectiva".

De ahí, que nada tiene hoy mayor primacía que el bienestar del hombre, ya sea para asegurarle los medios económicos que le son necesarios, como para ponerlo a salvo de las contingencias imprevisibles derivadas de la disminución de su capacidad productiva a causa de enfermedades, accidentes y de los riesgos de invalidez, vejez y muerte. El campo de aplicación de la seguridad social alcanza no sólo al individuo, sino al núcleo familiar y a la sociedad en sí, y en esa acción general reguladora influyen teorías, doctrinas y métodos, siempre cambiantes, en relación con el tiempo.

Nos ha sido necesario referirnos a la Seguridad Social, bosquejando en forma muy esquemática y limitada su génesis y evolución, antes de entrar al estudio del Seguro Social, que es una fórmula empleada como

solución actual, en el proceso histórico, destinado a combatir o compensar algunas de las necesidades primordiales del hombre.

Para definir los Seguros Sociales como para analizar su contenido, su obra y sus proyecciones, debemos partir de las primeras etapas de su iniciación en Alemania en 1883, con las leyes de Bismarck, que por el proceso lógico de evolución han sido superadas, dándole mayor perfección técnica y extensión en sus ámbitos de influencia. En una u otra forma los Seguros Sociales se han ido extendiendo cada vez más, fraccionaria o integralmente, buscando los medios más adecuados de asistencia y previsión de las grandes masas asalariadas, sobre la triple participación económica del Estado, los patronos y los trabajadores. Virtualmente ninguna de las partes puede asumir sola los desembolsos considerables que supone el Seguro. El Estado lleva sobre sí las cargas de otros compromisos que insumen sus rentas; el capital patronal, renuente en principio a toda inversión no productiva, es débil además para asumir por su cuenta tan duro esfuerzo, como lo es también el trabajo, apenas remunerado para cubrir los gastos de una subsistencia precaria. Muy extenso resultaría un trabajo dedicado a estudiar las distintas formas de organización de los Seguros Sociales. La experiencia ha dejado de lado por inoperante el Seguro Social libre, pese a que como dice López Núñez: "este tipo de Seguro, es una bella manifestación de la fuerza individual, orgullosa de su eficacia promisoria. El Seguro Social voluntario es obra inteligente, de alta moralidad y cultura, enemiga del fraude y la simulación, selecciona a los individuos, con el propósito de reunir a los mejores y es un acicate poderoso para la asociación".

En oposición a esto, el Seguro Social obligatorio que se otorga en virtud de la ley y al que la experiencia le reconoce muchas ventajas, ya que teniendo en cuenta las razones de orden social, político, económico y cultural de los pueblos, donde la ignorancia, la imprevisión, la abulia, les atrofia la voluntad y el entendimiento, son indiferentes y por tanto ajenos al progreso y previsión colectivos. La obligatoriedad del Seguro, les proporciona beneficios indiscutibles, ya que involucra dentro de su acción protectora a la mayor parte de aquellos que de otra manera quedarían excluidos. Como dice Rebagliati: "un régimen de trabajo realmente humano y basado en la justicia social, exige la organización de una protección eficaz de los trabajadores contra los riesgos profesionales y sociales, siendo esta organización el Seguro Social Obligatorio, que si no es obligatorio, no es Seguro Social".

2.—EL SEGURO SOCIAL PERUANO

Creemos de interés referirnos, aunque sea en forma breve, a lo que se conocía y practicaba en el primitivo Perú, en materia de Seguridad Social, y que ha sido comentado y divulgado por el distinguido creador de nuestro Seguro, el Dr. Edgardo Rebagliati, fallecido recientemente, y a quien rendimos nuestro respetuoso y filial homenaje:

En 1532, cuando Pizarro llegó al Perú encontró un pueblo organizado y cuyo imperio disfrutaba de un "estado político, económico, jurídico y social, que calificaba la existencia de un verdadero Estado". La ley contemplaba, con las limitaciones propias de la naturaleza del régimen político existente, diversas materias de orden social y económico:

- a) Organización comunal.
- b) Organización de la propiedad.
- c) Organización agraria.
- d) Corporación de la colectividad.
- e) Rotación en los trabajos de las obras públicas para alcanzar la cooperación general y el equilibrio de las faenas.
- f) Metodización del empleo de las horas libres y perceptiva de los entrenamientos.
- g) Distribución de los cultivos y control de las manufacturas.
- h) Distribución de los víveres, materias primas y artículos manufacturados.
- i) Asistencia de los incapacitados del trabajo.

A este respecto cabe destacar lo que dice Blas Valera, que acompañó a Pizarro en la Conquista: "Tuvieron los incas la Ley de lo que llamaban pobres, la cual mandaba que los ciegos, mudos y cojos, los tullidos, los viejos y viejas decrepitas y otros impedidos que no podían laborar sus tierras para vestir y comer por sus manos y trabajo, los alimentasen con los depósitos públicos. Además de esto mandaba la misma ley que dos o tres veces al mes llamasen a los necesitados que arriba nombramos a los convites y comidas públicas, para que con el regocijo común desecharan parte de su miseria".

El mismo autor, refiriéndose a la Conquista del Imperio Incaico, dice que asentada en la heredad incásica la dominación española, desapareció la organización patriarcal que los conquistadores encontraron y perdieron los aborígenes, en la violenta transformación que se les imponía, su religión, sus costumbres y sus leyes.

Es verdad que los monarcas españoles sintieron la inquietud de remediar la condición a que la codicia de los conquistadores condujo a los aborígenes y que con este propósito expidieron reiteradas disposiciones que rara vez alcanzaron eficacia, porque como dice José María Ots, "desde los primeros momentos se produjo un profundo divorcio entre el derecho y el hecho, entre las aspiraciones generales de moralistas y teólogos victoriosamente reflejadas en las leyes y las exigencias incontenibles de las minorías colonizadoras de las distintas provincias americanas".

No podemos dejar de consignar el hecho de que los monarcas españoles, conscientes de su responsabilidad y con sentido profundamente humano, se interesaron vivamente por la suerte de sus nuevos vasallos, para poner coto al abuso y depredaciones de los conquistadores, y con ese fin expidieron varias disposiciones que no siempre fueron cumplidas.

En 1575, el Virrey don Francisco de Toledo, dictó las Ordenanzas que regulaban el trabajo de los indios en las mitas, en las que si bien es cierto que legalizó esa horrenda institución llamada Mita, también es cierto que fijó preceptos “para que los indios fuesen pagados en mano de sus salarios y leguaje de ida y vuelta, y para que se les asistiese en sus enfermedades, como también para inutilizar la avidez con que les tiranizaban”. En dichas Ordenanzas se determinó también que “los trabajadores de las minas y encomiendas tenían derecho a dejar el trabajo al alcanzar la edad de 50 años y seguir percibiendo los medios indispensables a su subsistencia a costa de la mina o encomienda donde hubieran prestado sus servicios”, lo que vislumbra el primer ensayo del Seguro Social de Vejez, ya que establecía el derecho al retiro, la edad límite para alcanzarlo y una recompensa económica, toda vez que los indios recibían el salario en dinero.

Como dice Rebagliati “se ve, pues, que en la Legislación de Indias cuidaron sus autores de atender por lo menos en la forma y con las restricciones impuestas por las ideas de la época, el bienestar de los nuevos vasallos y si sus preceptos no lograron efectividad, culpa fue de la renuencia de los encargados de aplicarlos y de la sordidez de los conquistadores, más dados a las algazaras de los combates y a la lujuria del oro, que a las leyes, ordenanzas y cédulas que trasgredían por incomprensión de sus fines, por la arrogancia de su improvisado señorío y por el ninguno y menguado temor a castigos que la distancia entre el juzgador y el delincuente hacían ineficaces e irrisorios”.

Una Real Cédula expedida en Valladolid, en noviembre de 1601, ordenaba al Virrey del Perú para que los indios ocupados en las faenas de las minas, tuvieran “muy particular cuidado de su salario y buen tratamiento en lo espiritual y temporal, y que los enfermos sean muy bien curados”, además disponía que “los indios de tierra fría, no sean llevados a otra cuyo temple fuese caliente, ni al contrario, porque esta diferencia es muy nociva a su salud y vida”, y en previsión de los accidentes de trabajo para evitar que la raza aborigen se diezmará, la misma Cédula contiene estas recomendaciones: “que las minas no se labren por los sitios peligrosos y que en su desagüe no se utilice a los indios”.

Los primeros años de la Independencia no fueron como es de suponer muy promisorios para la atención del aspecto social que comentamos, ya que la tremenda convulsión bélica distraía íntegramente la preocupación de los líderes de ese movimiento para consolidar los triunfos que en Junín y Ayacucho tuvieron su glorioso epílogo.

Sin embargo, cuando San Martín asumió el título de Protector del Perú —3 de agosto de 1821—, declaró que sus deseos eran “adelantar la sagrada causa de América y de procurar la felicidad del pueblo peruano”.

Bolívar, como Gobernante y Legislador recomienda como postulado que “el sistema más perfecto de Gobierno es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de Seguridad Social y mayor suma de estabilidad política”.

Nuestra Constitución de 1822, en uno de sus artículos establece: "Los socorros públicos son una deuda sagrada de la Sociedad".

En la primera etapa de la Previsión Social en favor de los servidores del Estado, se contempla el otorgamiento de pensiones de jubilación, cesantía y montepío, que se les otorgaba en virtud de la Real Cédula de 1803 y que fue sustituida por la de 20 de noviembre de 1839; Decreto Supremo de 1841 —Ley de 1850 y Decreto Supremo de 1851—, que con algunas modificaciones se encuentran vigentes.

En 1905 el Congreso estudia el proyecto de reglamentación sobre Higiene y Seguridad de los Trabajadores, Trabajo de los Niños y Mujeres; Descanso Obligatorio; Accidentes de Trabajo; Contratos de Trabajo; Conciliación y Arbitrajes, etc.

La ley de accidentes de trabajo se promulga en 1911 y la protección de los menores y mujeres en 1918.

En nuestras Constituciones de 1919 y 1933 se consignan principios de previsión social, que culminan con nuestra ley de Seguro Social Obligatorio, en 1936.

En fin, siempre el hombre como unidad socio-biológica, por diversos medios, fáciles o difíciles, ha tratado de encontrar el mejor camino para su bienestar y seguridad, como meta promisoria para su felicidad, proyectada instintivamente en la conservación de la especie como cúspide de su máxima aspiración, como dice Aguirre Loustan, "el hombre lleva en sí una serie de valores, como son: la libertad, la justicia, el conocimiento, la inteligencia, etc., todos ellos colocados en una determinada correlación, en forma que a través del que se valora como principal se aprecian los demás, o sea que, a través de la consecución del valor se afirma el logro de los restantes, para llevar el fin primitivo del hombre".

Al cuadro incipiente de la asistencia social, en su expresión beneficiante de la caridad, al de las asociaciones de castas religiosas, sucedió la organizada por el Estado, como obligación propia de su responsabilidad de carácter público, e impuesta por infinidad de circunstancias, que culminarían con el propósito de defender el patrimonio humano, suprema fuente de producción y progreso de los mismos. Era el instante en que emergía exuberante y floreciente lo que habría de constituir el derecho social, que en esencia regula las relaciones entre los dos factores poderosos de la producción: el capital y el trabajo, se establecen amplios programas de reforma social, seguridad e higiene industrial, protección a los niños y las mujeres en el trabajo, descanso dominical y días festivos, horario máximo de trabajo, ley de protección a los trabajadores en los accidentes y enfermedades profesionales, se incrementa y regulariza la lucha contra las enfermedades sociales, con amplios programas de previsión y educación. Todo esto y mucho más se consigue con el correr del tiempo y con el criterio de las soluciones sustanciales y técnicas, que culmina en 1919, cuando en Versalles se firma la paz y se crea la Oficina Internacional del Trabajo, que es preciso recordarlo una vez más, es uno de los primeros abanderados en las conquistas y desenvolvimiento de los Seguros Sociales en el mundo.

Nuestro país, en materia de legislación social, como hemos visto se anticipó más de una vez a las conquistas de la época. No era de extrañar que tan pronto como la Oficina Internacional del Trabajo, anunciara en la Conferencia del Trabajo de los Estados de América, en enero de 1936, que "el Seguro Social Obligatorio es el medio más racional y eficaz de procurar a los trabajadores la seguridad a que tienen derecho", que el 12 de agosto del mismo año se promulgara la Ley 8,433, que dio vida a la Caja Nacional de Seguro Social Obligatorio del Perú. La asistencia y la previsión de los trabajadores peruanos quedaron confiadas a esta nueva organización, que recogía no sólo las pautas de enseñanza de los regímenes implantados en Alemania, Austria y Gran Bretaña, sino las valiosas recomendaciones de la Conferencia Internacional del Trabajo, fruto de amplios estudios y meditadas encuestas.

Insurge en la vida nacional, con carácter nuevo, dinámico y colectivista, sobre la triple participación de empleadores, obreros y el Estado, el Seguro Social Obligatorio peruano, una de las realizaciones alcanzadas en base a la justicia social redoblando el ritmo de su marcha hacia el progreso. Los médicos, los que participamos activamente en el desenvolvimiento y técnica del Seguro Social, acogimos, con verdadero interés patriótico, el esfuerzo del Estado por organizar sobre bases de justicia y de derecho, la seguridad social que como hemos dicho reclama el hombre con apetencia a través de los tiempos. Nuestra participación ha sido noble y desinteresada, pero sujeta en su evolución y en sus fines a los postulados del gremio médico que requiere su sitio dentro de las organizaciones del Seguro Obligatorio. Sobre el particular, conviene recordar lo que Carlos Enrique Paz Soldán dice: "Sin Dios, sin conciencia y sin ciencia, no hay ni medicina, ni seguridad social. La una se degrada, convirtiéndose en servidumbre; y la otra, se ensorberce creyéndose patrona" y agrega: comentando la opinión del "British Medical Association", aparecida en su revista "The Journal" de 23 de noviembre de 1957, lo que ofrece como ejemplo de la implantación de la ley en el Reino Unido, después de 10 años de experiencia del "National Health Act", que dice: "La presente discusión, nosotros la estimamos como una crisis de confianza entre la Profesión y el Gobierno. La crisis todavía existe. «The National Health Service», tiene urgente necesidad de reforma. Pero un necesario prerrequisito es el establecimiento de confianza entre el Gobierno y nosotros, en forma tal que podamos ofrecer y prestar al país un eficiente régimen de asistencia para contento de los hombres y mujeres de la Nación".

En el mismo documento, en forma conceptuosa y que reviste trascendente importancia por su actualidad, afirma: "En lo que respecta a lo cualitativo relacionado con el ejercicio de la medicina, la asistencia de psiconeurosis brinda una excelente ilustración sobre sus tendencias actuales. Tal vez en los años recientes no ha habido una sección de la medicina que demande mayor tiempo y cuidado que la asistencia de los mentalmente enfermos. No hay duda que la intensa presión de la vida moderna, completamente alterados sus patrones y otros factores más, ha afectado a

mucha gente. El médico práctico es a menudo consultado por personas que han quebrado su yo, bajo la ansiedad, anhelantes porque la cirugía venga en su alivio, para curar los síntomas derivados de miedos ocultos. Hoy este tipo de paciente requiere mucho más tiempo y fatigas para su examen. No sólo tal paciente demanda simpatía y reaseguro espiritual sino además que los modernos y costosos medios a disposición del diagnóstico general tienen dificultad y consumen tiempo para lograr separar tal complejo y ofrecer una prueba negativa. La demanda por «estimulantes», la lucha contra la depresión y el insomnio, el ansia por píldoras para adelgazar y más recientemente el clamor por los «tranquilizadores» son ejemplos del tipo de problemas que confrontan los médicos al presente. Ante todo esto la sociedad pide mucho al médico de familia. El médico a su vez demanda seguridad para sí y confianza en su «empleador». Y el Dr. Paz Soldán, en su magnífico trabajo concluye: “Para que la asistencia sea efectiva y provechosa a una comunidad, no importa quien la provea y administre, indispensable es que el médico conserve su señorío artístico sin el cual los frutos no serán para la sociedad. El médico cuando tiene alma es la llama que alumbra este campo inmenso, la salud pública, colmado, pese a lumbraradas múltiples, de tinieblas”.

Marañón, al referirse al avance social y al imperio de la técnica y del “cientificismo”, comenta: “La socialización, la lucha de clases, la pérdida del hombre, en una palabra, ahogado entre la multitud; terrible y angustiosamente solo, entre el gentío tumultuoso que se agita alocado, persiguiendo unos bienes que se convierten en humo a lo largo de esa carrera”, y Lamas López concluye tan bello pensamiento al afirmar: “Y no supo o no pudo la medicina resistir esta oleada de hechos tan dispares y acusó sobre sí misma extrañas influencias. Las técnicas clínicas, la especialización y la superespecialización, responden a este concepto deshumanizado de la vida y surge el predominio del laboratorio y de los análisis, de las gráficas y de los aparatos, de los quirófanos y de las gigantescas fábricas de costosos específicos. No se tuvo en cuenta que detrás de todo esto se ocultaba la bancarota del ejercicio profesional practicado por el hombre médico honestamente, humildemente, humanamente, que es el único modo, en mi sentir, de llenar el verdadero valor de nuestra bella profesión. Y así hemos llegado a tener que soportar, abochornados, que todo el mundo hable con gran aplomo de enfermedades y de medicamentos, desde la pobre aldeana que nos pide a qué hijo se le «echen» los rayos, hasta la culta latiniparla, que nos insinúa la conveniencia de prescribir el último antibiótico de que habló *Life* o el *Reader's Digest*”.

Aunque de aparente simplicidad en la forma, no fue fácil en nuestro medio determinar las categorías de asalariados a los que el Seguro Social debía comprender. La concurrencia de diversas circunstancias daban lugar a cierto género de limitaciones en la obligatoriedad del Seguro, quedando por estas causas postergados los trabajadores del servicio doméstico y los trabajadores independientes, pudiendo si lo deseaban inscribirse voluntariamente en el Seguro Facultativo. Se consideran como trabajadores independientes a “los pequeños industriales, agricultores y comerciantes,

maestros de taller, artesanos y demás personas naturales que se ocupan de labores semejantes". Las otras circunstancias que determinan las demás excepciones del Seguro Social, vienen impuestas por razones derivadas de la edad, la capacidad de trabajo, la nacionalidad, las relaciones familiares con el patrono y el salario.

Los riesgos que el Seguro Social Obrero Peruano cubre son los de Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte. El Seguro de Enfermedad comprende la asistencia médica y terapéutica; y la reparación del daño económico emergente mediante subsidios.

Definida así la estructura del Seguro y su finalidad inmediata, debemos ahora, con miras a una mejor orientación, referirnos a sus proyecciones objetivas durante los diez últimos años en el Hospital Obrero de Lima. Es necesario incidir que este Nosocomio es mixto, construido sobre una área de 42,046.37 m², con capacidad para 850 camas, y en el que además se proporciona asistencia ambulatoria mediante consultorios externos para todas las especialidades y un servicio adecuado rural y domiciliario. Las cifras estadísticas registradas en el año 1948, dan un total de 135,352 asegurados en la zona de la provincia de Lima, radio de acción del Hospital Obrero. Sobre ese total de asegurados se atendieron en los consultorios externos y Servicio Domiciliario 380,237 consultas, y fueron hospitalizados en los distintos servicios 8,849 pacientes.

En el año 1956 —cifras estadísticas disponibles— el número de asegurados ascendió a 195.848, lo que representa un aumento de 4.5%, y las consultas en los consultorios externos y servicio domiciliario se elevaron a 637,691, con 60% de aumento, siendo los hospitalizados 13,273, o sea 50% de aumento.

Fácil es advertir el incremento de la población de asegurados y por lo tanto el número de pacientes atendidos, lo que ha motivado importantes reformas y extensión de servicios para acondicionar el Hospital Obrero a las necesidades cada vez más crecientes, a la vez que incorporar nuevos servicios y equipos fruto del avance de la técnica médica y quirúrgica.

3.—EL RIESGO DE ENFERMEDAD Y SU CORRELACIÓN CON LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS

No podría considerarse eficaz, ni cumplir la finalidad para la que está destinado el Seguro Social, si la asistencia médica no se correlaciona con la prestación farmacéutica. No es suficiente proporcionar al paciente la atención médica de más alta calidad, como anotamos antes, si ésta no va acompañada con toda oportunidad de los medios terapéuticos indispensables e insustituibles. Sobre este particular es conveniente anotar que "en cualquier caso ha de tenerse presente como postulado fundamental que el médico ha de tener libertad para elegir y prescribir el tratamiento que crea más conveniente para la recuperación total del paciente, sin otra limitación que la que le señalen sus deberes profesionales. La insti-

tución aseguradora puede y debe recomendar al médico que elija siempre el tratamiento más eficaz y perfecto, atendiendo a que la curación del enfermo se realice por el método más rápido y económico”.

Para la eficacia de este sistema de libertad irrestricta, deben mantenerse ciertas normas que eviten el prejuicio de orden terapéutico por el empleo de medicamentos de alto costo, fácilmente sustituibles sin que por ello se altere la acción curativa. Los distintos sistemas de provisión de medicinas, ensayados dentro de los regímenes de asistencia y previsión social, nos permiten estudiarlos y analizarlos ampliamente para poder así establecer el que por la experiencia resulta más adecuado y económico.

El Seguro Social Obligatorio del Perú, otorga prestaciones de farmacia en virtud de lo dispuesto por las leyes 8,433 y 8,509, que disponen la obligatoriedad del suministro de los elementos terapéuticos indicados en cada caso por los médicos, incluyéndose sueros, vacunas, inyectables, etc. Inciden las leyes en referencia lo anteriormente expuesto, o sea que los medios terapéuticos serán seleccionados con criterio de economía, pero sin prescindir de aquellos que no obstante su valor fueren necesarios.

En el Hospital Obrero de Lima, la asistencia terapéutica de los enfermos se efectúa mediante la provisión de los medios curativos sin costo alguno para el asegurado. El número de consultas atendidas en los consultorios externos del Hospital y en los servicios domiciliario y rural, que le son conexos, alcanzó en los años de 1948 a 1957, un total de: 5.545,173 y el número de recetas extendidas y despachadas por los servicios de farmacia fue de 10.446,037, lo que da un promedio total de 1.9 recetas por paciente atendido.

Para mayor ilustración nos referiremos a las cifras parciales que corresponden a cada año:

Año	Consultas atendidas	Recetas despachadas	Promedio por cons.
1948.....	415 340	635 706	1.5
1949.....	403 496	483 856	1.2
1950.....	478 486	564 330	1.2
1951.....	556 714	810 139	1.2
1952.....	543 727	959 827	1.8
1953.....	549 506	1 047 339	1.9
1954.....	592 736	1 102 138	1.9
1955.....	640 673	1 377 413	2.1
1956.....	645 532	1 451 357	2.2
1957.....	718 963	2 013 932	2.8
T O T A L E S . . .	5 545 173	10 446 037	

Entre los años de 1948 a 1957, el monto total de lo gastado en medicinas y útiles de curación ha sido de 72.184,994.45 soles. Para determinar mejor el significado que tiene la prestación farmacéutica, en el complejo engranaje de los seguros sociales, y la necesidad constante del control de la misma, estudiaremos con más detenimiento este aspecto al tratar del

control económico de las prestaciones farmacéuticas, título de uno de los capítulos de este artículo.

4.—EL FARMACÉUTICO EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SEGUROS SOCIALES

Conviene antes de situar al Farmacéutico en la organización de los seguros sociales, referirnos sucintamente al curso que la profesión tuvo en nuestro país, en el devenir del tiempo. Dice el profesor Juan B. Lastres, en su *Diccionario Médico*: "Es de suponer que, entre los vasallos de Manco, el médico fue, al mismo tiempo, boticario y ejerció ambas funciones sin que se marcara tendencia alguna a la división profesional". "Los curanderos del primitivo Perú, como los de muchos países primitivos, ejercieran funciones complejísimas y fueron en muchos casos, médicos, boticarios y sacerdotes y emplearon en el tratamiento de las enfermedades, prácticas religiosas, conjuros e invocaciones a sus divinidades, creyendo como creían que muchas de las enfermedades eran producidas por el enojo de la divinidad y fueron tratadas como manifestaciones del desagrado a la divinidad por la conducta observada por el enfermo".

Tampoco hay referencias concretas sobre el ejercicio de la profesión farmacéutica en los primeros años de la Conquista, pero queda establecido que en el año de 1537, el Proto-médico Hernando Sepúlveda efectuó la primera visita de boticas, lo que hace pensar en la existencia de ellas de tiempo anterior.

Con acucioso interés Antolín Bedoya Villacorta ha estudiado y dado a conocer en recientes publicaciones la más completa historia de la Farmacia en el Perú. Si la contribución del farmacéutico fue decisiva en el campo científico no fue menos importante su contribución en la obra de la Independencia Nacional. El profesor Juan B. Lastres, en su obra sobre la "Historia de la Medicina Peruana", incorpora un estudio sobre la Farmacia citando aspectos de sumo interés histórico. En las gestas libertarias el farmacéutico, no importándole ni los peligros ni las privaciones a que iba a estar sujeto, ofrendó a la Patria su vida y su fortuna. Refiriéndose a este capítulo, el Dr. Lastres, repite con Bedoya Villacorta: "Cuando el General San Martín estuvo en Huaura con gran parte de su ejército extenuado por el paludismo, disentería y otras enfermedades tropicales, Geraldino, venciendo la estricta vigilancia realista en esta ciudad amurallada, hizo el servicio interesante de remitir con toda seguridad un botiquín importante por el valor de 4,000 pesos, que gratuitamente obsequió y que el General San Martín mandó pedir a Huaura para salvar el resto de su ejército de la espantosa epidemia que en él grassó".

Acción patriótica emergente de la santa cruzada de la independencia y acción dogmática destinada a juzgar la verdad en defensa de los fueros de la profesión cuando luchó tenazmente por su ejercicio y libre de la influencia del Protomedicato, sin obligación de pagarle derechos por exámenes y visitas de Botica, fueron las características singulares que puso de manifiesto el Farmacéutico.

Pero si la participación del Farmacéutico en los albores de la Independencia fue digna y ejemplar, como lo fue en la defensa de sus derechos, no menor ha sido su contribución en el campo científico. Agustín Cruzate, profesor de farmacia en el Colegio de San Fernando, en 1821, fue el primero en haber preparado el sulfato de quinina. Así transcurren los años, hasta que llegamos al momento actual en que la profesión farmacéutica se incorpora definitivamente al movimiento social que es la característica de esta época. En el engranaje colectivista, el Farmacéutico ocupa su lugar al lado del médico, como forjadores inseparables en los programas de seguridad y bienestar social.

De este modo, encontramos a la profesión farmacéutica, ligada a los sistemas de Seguro Social, cobrando carácter de facultativo de la Institución, y asumiendo por ello los derechos y obligaciones inherentes a todos los demás profesionales.

5.—EL SERVICIO DE FARMACIA EN EL HOSPITAL

La Farmacia de un hospital es el servicio que está bajo la Jefatura de un profesional diplomado competente y con título académico, que atiende el despacho de recetas a los servicios hospitalarios propiamente dichos y a los servicios ambulatorios, sea del propio hospital o de las postas —o servicio rural y domiciliario.

Objetivos:

- a) Suministro de medicinas a cada uno de los Servicios Asistenciales del Hospital;
- b) Preocuparse porque la clase y cantidad de las medicinas y útiles de curación sea suficiente y de buena calidad;
- c) Que la organización del mismo esté en armonía de eficiencia y rendimiento con los restantes del Hospital;
- d) Resguardar en óptimo grado los principios de ética profesional;
- e) Que las relaciones con los distintos departamentos del Hospital, con la clientela que a él acude sea de la mejor calidad;
- f) Cuidar del patrimonio del Hospital —para que los controles necesarios y solicitados puedan rendir el máximo de eficiencia;
- g) Que la dotación sea completa y en armonía con las solicitudes que se hagan, manteniendo previamente informados a los médicos de los *stocks* —y nuevas drogas y productos recibidos— evitando en lo posible, que queden sin utilidades grandes *stocks*;
- h) Cumplir los preceptos básicos y con las leyes vigentes sobre declaración y pedidos rigurosos de narcóticos y sustancias tóxicas.

Aunque no es preciso insistir en cada uno de los enunciados —ya que por sí solos se explican— no obstante conviene puntualizar algunos aspectos.

Un hospital calificado presupone un Servicio de Farmacia bien organizado —de elevado nivel ético y profesional.

Como condición primaria —debe hacer un recuento metódico de sus existencias— de sus consumos y de sus requisiciones futuras.

En relación a sus existencias es recomendable el uso de los *vademécum* o listas *stándard* de prescripciones, que lejos de limitar la libertad del médico para las prescripciones, le es una guía muy útil ya que lo tiene informado al detalle de todo y cada una de las especialidades farmacéuticas que han sido adquiridas después de un cuidadoso examen de las necesidades y de la bondad de las medicinas y específicos, evitando que la deformación de una propaganda comercial pueda influir en forma negativa.

En nuestro reglamento del Hospital Obrero de Lima se consignan los siguientes conceptos:

Ha quedado constituida la Comisión Permanente que supervigilará la parte técnica correspondiente al suministro de drogas y específicos para el Hospital Obrero de Lima.

Esta Comisión Permanente está integrada por el Director del Hospital, los Sres. Jefes de Departamento, Sres. Jefes de Servicio y el Sr. Jefe del Laboratorio de Farmacia.

Actuará como Secretario del Farmacólogo del Hospital, quien absolverá cualquier consulta o reclamo en relación con el petitorio.

El Médico, por orden regular, puede solicitar a la Comisión Permanente la inclusión o separación de determinado producto terapéutico en el petitorio.

A.—PARA PEDIR SU INCLUSIÓN ES NECESARIO:

- 1.—Que previamente haya sido aceptado por el Ministerio de Salud Pública.
- 2.—Que no exista en el Petitorio de la organización, ningún producto de efectos terapéuticos iguales y formas farmacéuticas semejantes.
- 3.—Que no haya otro de iguales efectos, de mayor facilidad de aplicación en la lista de medicamentos según la experiencia del médico.
- 4.—Sólo excepcionalmente pedirá un médico de una especialidad medicamentos que correspondan a otras ramas altamente especializadas.

B.—LA FORMULACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DEBE SEGUIR CIERTAS NORMAS.

Los inyectables, comprimidos, cápsulas, tabletas, etc., se formularán por unidades y no por envase.

Las fórmulas magistrales en vehículo líquido: como cucharadas, gotas, etc., en centímetros cúbicos o mililitros (ml.).

Los específicos: líquidos, ungüentos, de acuerdo al envase manufacturado, o según el volumen y peso requeridos.

Los narcóticos: se formularán poniendo dosis y cantidad de unidades recetadas de puño y letra y en recetario aparte.

C.—ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS.

Las especialidades farmacéuticas, se recetarán en lo posible con su nombre químico o técnico, abreviado, vg.: hidrocortisona, tetraciclina, penicilina, etc., y no con el nombre comercial del preparado, ya que existen a veces estos medicamentos inmovilizados por haber sido recetados con otro nombre comercial.

Cierto tipo de medicamentos podrá recetarse con nombre comercial excepcionalmente debido a que su uso ya ha sido consagrado para identificar el producto, como sucede con la terramicina, mafarside, etc.

Aquí quedan incluidos un grupo de medicamentos misceláneos que la Comisión Permanente cree conveniente incluir bajo esta regulación.

D.—REVISIÓN DEL PETITORIO.

Mensualmente se hará una revisión del petitorio, además de resolver inmediatamente cualquier modificación que esté incluida en el inciso A.

La Comisión no cree que el petitorio sea perfecto; esperando que con el tiempo y sugerencias de los Sres. médicos su mejoramiento sea permanente.

* * *

En relación a los Hospitales Obreros de *provincias*, se formarán comisiones presididas por el Sr. Director del Hospital, los Sres. Jefes de Farmacia, quienes emitirán sus informes a la Comisión Permanente del Hospital Obrero de Lima.

- a) El valor terapéutico de un producto está en relación directa con la pureza y calidad óptima de los componentes que se emplean en la elaboración de los mismos. La idoneidad de una Farmacia o de una casa de fabricación de Productos Químico-Farmacéuticos, son la mejor garantía de su calidad, de donde la selección de las casas vendedoras y sus agentes es de primordial importancia, sobre todo en la compra de productos de conservación limitada: vacunas, antibióticos, sueros, inyectables, productos biológicos, etc. Los controles oficiales por la División de Farmacia del Ministerio de Salud Pública, son valiosos, pero sería deseable contar dentro de la Asociación Peruana de Hospitales con una sección u organización, que como el "Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana", cumple su acción controladora. Se comprende que un organismo de

este tipo, debe tener un personal muy capacitado y por consiguiente bien rentado y contar con equipos de trabajo suficientes en cantidad y calidad.

En relación con este mismo punto, conviene insistir lo suficiente para recomendar que los Almacenes de Farmacia y el Departamento de Compras deben estar asesorados por Químicos-Farmacéuticos, competentes. Su intervención es valiosa y justifica cualquier esfuerzo económico de las Instituciones, ya que sus consejos y control evitaría la compra de artículos superfluos, duplicidad de los mismos, por tener nombres distintos, pero básicamente de la misma composición química. Ninguna Institución de importancia dejará de reconocer este acierto, ni menos negará que la falta de previsión y conocimientos de los funcionarios responsables de compra de artículos de farmacia, han admitido en los almacenes a su cargo, productos de poco o ningún consumo, lo que a la postre significa pérdidas. Como ejemplo podemos tomar la selección de artículos como catgut, jeringas hipodérmicas o antibióticos, para expresar que en los balances anuales —hemos sido informados de cómo se ha resentido la economía de la Institución, cuando, sin conocimiento técnico se eligieron. Y no digamos nada respecto a la conservación de los productos medicinales y útiles de curación. La humedad, la luz, la insuficiente capacidad de los anaqueles o la falta de precauciones, ha sido la razón por la que muchas cajas de películas radiográficas o productos químicos, se han deteriorado irremisiblemente.

b) El ejercicio profesional del farmacéutico exige de éste un alto nivel de eficiencia y gran moralidad. Constantemente debe renovar sus conocimientos, nutriéndose de los avances de la ciencia, en publicaciones de revistas de su especialidad, concurriendo e interviniendo activamente en las reuniones del Cuerpo Médico, Conferencias o Certámenes internacionales o promoviendo en el personal a sus órdenes, la inquietud por la superación técnica y ética, haciéndolos activos partícipes de reuniones y conferencias adecuadas al caso. Nada escapa en el Hospital a las corrientes de progreso universal. La cultura y capacitación no es exclusividad de nadie, en cambio, es obligación de todos contribuir a su mejor formación técnica, gracias a su esfuerzo y a las facilidades que todo hospital moderno debe brindar a sus colaboradores en todos los ámbitos del mismo.

c) El Departamento o Servicio de Farmacia atiende a toda la clientela de enfermos o sus familiares, y representa un alto porcentaje de costos, de donde sea menester preocuparse de analizar los gastos para encontrar las vías de economía posibles. Qué productos de uso corriente conviene preparar en los propios laboratorios y qué otros es más conveniente comprarlos ya manufacturados, aconsejar sobre el sentido comercial de la producción en serie, a través de las estadísticas conveniente y oportuna-

mente elaboradas, para lo que contará con la colaboración inmediata de los Departamentos de Contabilidad, de Costos, Enfermería, Adquisiciones, Cuerpo Médico y Servicios Generales.

La presentación de cuadros comparativos, gráficas, dará una idea esquemática del problema, para sacar las conclusiones sobre costos, pérdidas, mejoras que deben tomarse en consideración en este delicado aspecto del problema.

El control de todas las existencias de productos farmacéuticos: en los Laboratorios de Producción, Almacenes o *stocks* de los mismos, botica y botiquines de los servicios clínicos y de emergencia, postas y servicios rurales y domiciliarios, deben ser periódicamente visitados y controlados por el Jefe del Departamento de Farmacia, para cerciorarse, no sólo de las existencias, sino para verificar eficientemente los consumos semanales o diarios.

Valdría la pena en este lugar decir breves palabras respecto al suministro de productos. Se oye diariamente que las licitaciones son la mejor garantía de evitar abusos o actividades reñidas con la buena marcha administrativa. Pero habría que añadir, que en toda institución que compra pequeñas o grandes cantidades de productos, debe existir siempre una junta calificadora y debe estar presente siempre el técnico, para escuchar su opinión. Después de un estudio minucioso de cada caso, la Junta Calificadora podrá estar en situación de emitir su informe definitivo e indiscutible. El problema en sí, es sencillo, pero debe guardarse al máximo el prestigio de la institución para evitar cualquier suspicacia o interpretación antojadiza y estar garantizado, siempre por documentación completa y ordenada. Ante el requerimiento de un servicio o de un Jefe de Departamento, se le debe pedir informe escrito, visto el cual la Junta Calificadora emitirá su informe respectivo que respalde en última instancia la gestión ulterior de la autoridad responsable del pedido. Cuando no se procede en esta forma se puede dar margen a justificadas sospechas. Una sola persona, por digna e insospechable que sea, no puede tener ni la versación ni la capacidad para poder saber de todo, y por ende, decidir una compra. Los comités o juntas de control, deben estar formadas por los Jefes de Departamento, que se reunirán tantas veces como sea necesario, para calificar las licitaciones. No siempre el mejor precio es garantía suficiente. A veces hay que elegir productos más caros pero cuya procedencia no deja lugar a dudas. En la misma forma se procederá con los otros artículos de consumo del hospital.

La apreciación de las casas proveedoras y de sus agentes es necesario llevarla en *kárdex* especiales, donde se anotarán todos los detalles concernientes a la calidad del producto, esmero en la atención, conducta comercial y cuantos detalles sean útiles para descartar a aquellos que no han sabido o no han podido mantener una línea ética en sus tratos con la Institución.

- d) La Farmacia no debe entregar ningún producto, ni en la más mínima cantidad, sin una receta del médico responsable y auto-

rizado por la Institución de poder formular, por lo que se deberá llevar un registro de firmas, para su identificación inmediata. Es aconsejable el uso de formularios numerados y con el nombre del facultativo. Aquí debemos expresar que no es infrecuente la suplantación de firmas, sobre todo en los casos como el nuestro, en que el suministro de medicinas es gratuito. Hemos adoptado, además, el control mediante los "Registros Regulares de Citas a los Pacientes" en cuyos partes el enfermo atendido ocupa un número correlativo, el que es anotado por la Asistente del Consultorio respectivo, en un sello o contraseña que se estampa al reverso de la receta y firmado por la susodicha auxiliar. Con este sencillo control creemos haber logrado mucho.

Las recetas despachadas, por médico y por consultorio, son convenientemente ordenadas y enviadas a la oficina de control, donde por medio de las máquinas Hollerith, se hace el descargo del producto, para hacer el cómputo de gastos y saber, por consiguiente, las existencias remanentes. El control de recetas lo hemos dividido en dos secciones: una para los asegurados y otra para el personal de la Institución y sus familiares (que se diferencia en el color de la receta), a quienes la Institución otorga este tipo de prestaciones; en esta forma se evitan las recetas de favor, ya que cualquier prescripción que se dé al empleado o familiar debe estar anotada en su respectiva historia clínica y por consiguiente en el parte respectivo del Consultorio a que aludimos en líneas anteriores.

Para el despacho de específicos se impone la receta única, así el control es más efectivo y el trabajo en el Departamento Hollerith más cómodo y perfecto.

Lo mismo se hace con los narcóticos y sustancias tóxicas, los que deben respaldar los controles respectivos, que por ministerio de la ley están obligadas las Farmacias, las que llevarán un libro especial, que periódicamente es controlado por la División de Farmacia del Ministerio de Salud Pública y que por otra parte sirven para la reposición regular de los mismos. Las recetas serán escritas con tinta de puño y letra del facultativo; una vez despachadas serán anuladas y guardadas en riguroso orden.

LOS RIESGOS DEL SEGURO SOCIAL Y LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS

Nuestra legislación contempla en la Ley Núm. 8,433, de 12 de agosto de 1936, concordada con la Ley Núm. 8,509, de 23 de febrero de 1937, y con la Ley Núm. 11,321, de 24 de marzo de 1950, en su capítulo VI, Artículo 28: *a)* asistencia médica general y especial; *b)* asistencia hospitalaria; *c)* servicio de farmacia, y *d)* subsidios en dinero.

De éstos sólo vamos a ocuparnos de las prestaciones de farmacia.

Se comprende fácilmente, como lo decíamos al comienzo de este trabajo, que poco o nada significaría para el éxito del tratamiento de un paciente, si sólo se le otorgaran las prestaciones médicas, para que el enfermo tuviera que proporcionarse por sus propios medios las medicinas.

En la mayoría de los casos, por mucho que quisieran obtenerlas, se verían privados de hacerlo, por la limitación de sus recursos máxime en este momento, en que los elevados costos de las mismas limitan al máximo su adquisición, y no digamos nada de lo que pasaría en una dolencia de larga duración. El complemento del trabajo médico, después de un examen racional, se traduce en la prescripción facultativa. Todo este valioso aporte se perdería si el seguro no contemplara el otorgamiento de las medicinas.

Conviene decir breves palabras respecto a la libertad del médico para prescribir una vez que ha llegado al convencimiento pleno de definir una conducta terapéutica. Racionalmente debe garantizarse esta libertad dentro de las limitaciones propias de la capacidad económica de la Institución, pero sin que de ningún modo se pretenda recortar su derecho a suministrar todo lo que la ciencia ha puesto a su alcance para el cuidado óptimo de su enfermo y que asegure por otro lado su restablecimiento en el menor tiempo posible, para una vida útil a sí mismo y a la colectividad, o para prever o aminorar una invalidez.

Puesto que la enfermedad condiciona un estado de incapacidad temporal o permanente del trabajador, que afecta en grado sumo su deficiente economía o aptitud de ganancia, tanto desde el orden personal como familiar, los hospitales del Seguro deben tener la capacidad suficiente para suministrar a los mismos una asistencia profesional de primera clase, contando con todos los recursos disponibles e imaginables para hacer un diagnóstico preciso y oportuno, instituir un tratamiento eficaz y una medicación suficiente, racional y ventajosa, evitando el uso de productos de dudosa actividad, inocuos o superfluos, y sin excederse en sus prescripciones.

Como dice F. Lamas López: "si se ejerciese la profesión con todo el rigor de que el médico es capaz, explorando a conciencia y diagnosticando de verdad, atendiendo al enfermo con independencia de su condición social y de que pertenezca o no al Seguro; huyendo de la polifarmacia, dejando de sobrecargar al especialista para evadirse de la realización de una historia clínica correcta, procediendo, en una palabra, con sano criterio profesional, todos estos problemas no existirían, ni dentro del Seguro, ni fuera de él. La propia conducta del médico es la que fundamenta la confianza del enfermo en cada facultativo. Es quizá esa conducta la que interesa hacer perfecta".

Evidentemente que el prestigio del profesional condiciona en las relaciones del paciente y médico, papel de gran importancia, ya que la solvencia y prestigio de éste es impermeable a las apetencias desorbitadas del asegurado, quien a toda costa trata de obtener medicinas, aunque no las necesite, llegando en su ignorancia incluso a discutir si la administración de las mismas debe ser por tal o cual vía. Llama la atención en este sentido la enorme cifra de inyectables que diariamente tiene que administrarse en consultorios especiales, que han venido a llamarse "Consultorios de Inyectables". No es el momento en que comentemos la tremenda responsabilidad que esto significa en la génesis de las hepatitis o suero homólogo. Pero no es inconveniente, para llamar la atención de los médicos, sobre la

tremenda responsabilidad que les atañe y que es tiempo de reaccionar para poner coto a estos excesos. Sólo a ellos concierne, en esencia, decidir cuál debe ser la conducta terapéutica recomendada y sus determinaciones en este aspecto deben ser ampliamente respaldadas, evitando las interferencias de las autoridades administrativas, que no harían otra cosa que lesionar el prestigio y autoridad del médico, con gran daño para el buen crédito del hospital y con las irreparables consecuencias de la falta de confianza mutua entre los asegurados y el médico tratante y entre éste y la Institución.

No podemos dejar de consignar el hecho de que siendo el suministro de medicinas gratuito, ha despertado en algunos asegurados el deseo de lucro, llegando en algunos casos al insensato extremo de falsificar las recetas lo que, como decíamos en otro lugar, ha obligado a tomar medidas de severos controles que a veces han sido equivocadamente interpretados por los mismos médicos, pero, felizmente, comprendidos y superados, una vez que conocieron las razones que las condicionaron. Es en estas circunstancias que se reconoce en su justo valor, la actualización de los petitorios o vademécum aprobados por la Comisión respectiva, pues, en última instancia, el facultativo puede explicar al asegurado los alcances y regulaciones a que está sujeto y escudarse en él, para frenar los injustos cargos o solicitudes intrascendentes y reiteradas.

La mejor manera de prever las contingencias que en líneas anteriores hemos comentado, es la divulgación de estos conceptos en películas o conferencias en los centros de trabajo o en publicaciones o folletos, que deben ser regularmente difundidos entre las clases trabajadoras. Nuestra experiencia en este sentido es positiva; hemos tenido éxito cuantas veces nos ha tocado actuar en centros de trabajo, particularmente en los Servicios bronco-pulmonares y venéreos. Más recientemente, con el auxilio de las enfermeras de Salud Pública, nuestro radio de acción ha crecido enormemente, justificando plenamente su implantación, con miras a futuras ampliaciones, sobre todo con la creación de los "Clubes de madres obreras". En idéntica forma, las Asistentas Sociales han desarrollado programas de positivo beneficio.

El Servicio Domiciliario y Rural, implantado simultáneamente como los demás servicios asistenciales del Hospital Obrero de Lima, ha extendido el radio de acción tanto a la ciudad como al campo, llevando los beneficios de una asistencia médica adecuada a la par que el suministro de los medios terapéuticos suficientes, que son provistos por la Farmacia del Hospital a través de las prescripciones correspondientes que en última esencia condicionan el control. En cuanto al Servicio Rural particularmente, cada médico actúa ayudado por un enfermero diplomado y un chofer adiestrado como sanitario. El enfermero tiene a su cargo y bajo su responsabilidad un botiquín con medicinas y útiles de curación suficiente para suministrar la atención requerida. El control de despachos se verifica a través de la reposición de los consumos, los que son contabilizados para determinar el costo en cada caso y respaldado por cada receta individual y la correspondiente anotación en la respectiva historia clínica del asegu-

rado. Además, el Servicio Médico Domiciliario y Rural se complementa con la atención de enfermeros y obstétricos diplomados que siguen las prescripciones médicas, sea aplicando inyectables cuando el caso lo requiere o efectuando las curaciones ordenadas.

El crecimiento de algunos centros fabriles ha condicionado la urgencia de contar con Postas fijas o Centros de salud, en íntima y estrecha conexión con el Hospital; cuentan con todas las facilidades que este tipo de organizaciones necesitan. Dependen del Departamento Médico Rural y Domiciliario, pero tienen personal médico y auxiliar propio. En estas Postas el Servicio de Farmacia se satisface con un botiquín completo, perfectamente dotado. La responsabilidad de su manejo corre a cargo de la enfermera; el suministro y control periódico está a cargo del Hospital Base, a través del Servicio Farmacéutico.

No tiene otra particularidad que dar el máximo de facilidades a los asegurados, para evitar que éstos tengan que movilizarse hasta los consultorios del Hospital Base, que siempre están recargados de público y evitarles la incomodidad de los viajes y el ausentismo a sus fábricas, talleres o centros de trabajo.

En caso de que tengan que ser vistos por los especialistas, obstétricos, ginecólogos, oftalmólogos, pediatras, dentistas, éstos se hacen presentes en días y horas fijas—durante la semana— tantas veces como sea necesario.

La congestión del tráfico es cada día mayor y en esta forma se ha tratado de aliviar las molestias, sobre todo a la clientela femenina, que era la mayormente afectada.

Nuestra experiencia, con estas postas sanitarias es satisfactoria y nuestro propósito futuro es multiplicar su número.

6.—LA ELECCIÓN DE FARMACIA POR LOS ASEGURADOS

En el suministro de medicamentos, muchos países han considerado conveniente que los asegurados obtengan los respectivos productos en las farmacias particulares con la presentación simple y llana de la receta que les ha sido extendida al efectuarse la consulta médica y previa la identificación de su calidad de asegurado. La Farmacia, sin más requisito, despacha el producto y obtiene posteriormente del Seguro el reembolso de su valor.

Convendría hacer una pregunta: ¿Cómo puede la Farmacia identificar la autenticidad tanto de la firma del médico otorgante, como de la originalidad o validez de la receta? En líneas precedentes, hemos incidido en la frecuencia de suplantaciones de firmas y recetas que nos han obligado a ejercer minuciosos controles, los mismos que frecuentemente deben ser revisados y perfeccionados, estando persuadidos que a pesar de los mismos, aún subsisten casos inevitables de fraude. Si el control directo e inmediato no es absoluto, ¿cómo podría realizarse y ser efectivo a través de recetas expedidas por farmacias que están fuera del control directo del Hospital?

En nuestro Seguro, este sistema ha sido substituido por la adquisición del producto por el Servicio de Farmacia del Hospital, que hace el pedido al Departamento de Provisiones y Almacén Local, el que compra los medicamentos no consignados en el petitorio, directamente de las droguerías, casas importadoras y en algunas ocasiones de las mismas farmacias locales, para su entrega directa al asegurado, evitándose en esta forma la intervención de éste en la compra. Se garantiza así en primer lugar el suministro inmediato del producto a un precio mucho menor que el de la venta al público, toda vez que las casas productoras o distribuidoras acuerdan un porcentaje de descuento, para toda compra efectuada por el Seguro y se garantiza en esta forma la idoneidad de la receta y en muchas ocasiones, cuando es posible, se compran los productos en envases comerciales económicos, que significa un menor costo, y pueden ser despachados utilizándose frascos, cajas o envolturas que eviten su comercio posterior por reventa. Este sistema nos permite confiar en que las medicinas han de ser empleadas por el paciente y que no pueden ser negociadas, debido a que al efectuarse su entrega se anulan en forma adecuada (sellos especiales) las etiquetas originales y a veces incluso, se procede a la ruptura de los cierres de seguridad. A pesar de las precauciones anotadas no es infrecuente constatar que las medicinas son revendidas.

Cuando se trata de inyectables, para asegurar su administración hemos creado los consultorios de inyectables y el Servicio Domiciliario correspondiente, los que están dando inobjectables resultados.

En los párrafos anteriores nos hemos referido sustantivamente al suministro de medicinas a los enfermos ambulatorios o domiciliarios, pero queremos hacer extensiva nuestra afirmación que los sistemas de control empleados no significan una limitación de las prescripciones terapéuticas, las que se cumplen proporcionando cualquier medicina, sea fórmula magistral o específica sin más taxativa que lo ordenado por el facultativo. Justo es reconocer que los asegurados tienen plena confianza y absoluta fe en sus médicos tratantes, y también que los médicos, celosos de su ética profesional, de su prestigio personal e institucional, cooperan en acrecentar esta confianza, seguros del respeto y consideración que por ellos tiene el Hospital, que garantiza el pleno ejercicio de su carrera con las regulaciones que fija el Estatuto del Cuerpo Médico y el Código de Ética, carta magna de su actividad y función cooperativa.

Es oportuno consignar, en esta ocasión, las indiscutibles ventajas que ofrece para el ejercicio de la medicina, cuando las instituciones de seguridad social poseen hospitales propios, máxime en los países donde el déficit de los servicios hospitalarios es ostensible o donde el *standard* de éstos no corresponde al avance de la técnica moderna. Los hospitales propios, siendo instituciones de derecho con personalidad jurídica, su patrimonio es intangible y sus obligaciones intransferibles, lo que permite que respondan con solvencia y propendan a su perfeccionamiento creciente, de acuerdo a los progresos de la ciencia médica y hospitalaria. Es difícil conciliar los intereses privados con los que emanan de la colectividad que reclama un derecho, superior a todas las razones por elevadas que sean

cuando está en juego la salud, la vida y la felicidad y prosperidad de la Nación. La protección social de los trabajadores debe ser amplia y efectiva para cubrirlos de los riesgos que los acechan, para dejarlos a salvo del infortunio, de la inseguridad que trae consigo la enfermedad y la propia maternidad, que con ser muy importantes no excluyen a los de invalidez, vejez, desempleo, orfandad o muerte. Los hospitales propios tienen muchas ventajas que anotar, sus servicios son oportunos y más completos; permiten la selección de su cuerpo médico y la incorporación frecuente de nuevas especialidades, ventajas superiores en equipos y facilidades administrativas que dan una técnica de alta asistencia, lo que se traduce en mayor confianza y en positivo interés del enfermo por lo que le es propio, proponiendo a la educación de la masa asalariada en los principios de suprema confianza en las directivas de su médico. No es extraño que la experiencia que tuvo el enfermo durante el tiempo de su hospitalización, influya para que acepte de buen grado el control ulterior a través de los consultorios externos, y acoja con simpatía la prescripción de medicamentos que pueden ser fórmulas *standard* o específicas. El enfermo sabe que el hospital cuida de su salud, que su médico tratante conoce de su dolencia, y por lo tanto, es el único capaz de remediarla.

7.—LA PARTICIPACIÓN ECONÓMICA DEL SEGURO EN LAS PRESTACIONES DE FARMACIA

Las prestaciones de farmacia en los últimos años han representado para el Seguro un considerable egreso económico por el valor cada vez más creciente de los medicamentos, que en algunos casos llegan a ser inaccesibles para las clases económicamente débiles. Es por eso que la participación del Seguro al proveer de medicamentos a sus afiliados, no sólo está inducida a una medida de seguridad destinada a hacer efectiva la recuperación del paciente, sino de mayor proyección social, pues es parte efectiva de una política de cooperación económica que, de restarse, acentuaría la precaria condición en que se desenvuelven las clases obreras cuyos salarios sólo alcanzan a cubrir sus más elementales exigencias y las de sus familiares. Es en esencia contribuir a que en el menor tiempo posible se restituya el obrero al trabajo, factor de riqueza nacional y que su economía doméstica no sufra menoscabo alguno por las contingencias que se derivan de los períodos largos de enfermedad. Estas razones se tuvieron en cuenta al promulgarse la ley que dio origen al Seguro Obrero Obligatorio en el Perú, y es así como las prestaciones de farmacia están comprendidas como derecho de sus afiliados, sin más participación económica que las cotizaciones regulares, actualmente calculadas para la extensión de los beneficios a este objeto.

De la Memoria de la Caja Nacional de Seguro Social, tomamos las cifras estadísticas correspondientes al año de 1956, que ilustran objetivamente el aumento promedio anual del costo de los medicamentos que alcanzó, en dicho año, al 33%, en tanto que el promedio anual de aumento del costo de vida sólo fue de 5.5% y el de salarios calculados en la misma

forma promedial ascendió a 8.8%. Resulta inobjetable el beneficio que el asegurado obtiene al recibir libre de toda contribución económica especial, las prestaciones farmacéuticas que le otorga el Seguro.

El movimiento de farmacia, en el Hospital Obrero de Lima, extractado de la misma Memoria, ha sido en cifras absolutas en el año 1956, de 1.673,141 fórmulas, y en el año 1950, de 728,960, lo que representa un promedio anual *per cápita* de cotizante completo de 10.62 fórmulas en 1956, y de 6.7 en el año 1950. En el mismo lapso, en cifras absolutas, se despacharon 1.057,159 inyectables, en tanto que en 1950 el despacho de inyectables alcanzó a 940,761, lo que da un promedio anual *per cápita* de cotizante completo de 6.71 inyectables en 1956 y de 7.83 en 1950.

Para mayor ilustración extractamos de la antedicha Memoria los cuadros estadísticos que se insertan en las páginas 39 y 40.

Con mucha razón la Organización Mundial de la Salud ha definido en términos concretos y destacados, este postulado: "La salud es desde ahora el grado máximo de bienestar físico, psíquico y social", para remarcar una vez más el concepto que esta verdad encierra tendría que repetir, lo que expresara en el reciente XI Congreso Peruano de Cirugía, que las instituciones valen por su equipo de profesionales y no por los hombres aislados, añadiendo que el factor social y psíquico tiene la misma dimensión que lo somático, que el médico tiene el deber de aquilatar en su justo valor, y no es inoportuno consignar aquí breves palabras de lo que René Sand dice de la Medicina Social: "Las circunstancias y las necesidades han transferido del individuo a la colectividad y luego de éstos a las condiciones sociales, el centro de gravedad de la higiene. De la misma manera, el Estado ya no tiene por fin la grandeza del Soberano, o la de individualidades privilegiadas por el nacimiento o la fortuna, sino la de la Nación. Sin embargo, se comienza ya a darse cuenta que no es la prosperidad global o promedial del país lo que interesa, sino más bien el bienestar generalizado a todas las clases de la Sociedad. Las relaciones entre el enfermo y el médico eran antes puramente individuales, aun en los hospitales, fundaciones privadas de fines caritativos. Más tarde estas instituciones, tomadas por la colectividad, devienen órganos de medicina pública. Pero la intervención terapéutica es ciega e impotente sin el conocimiento de las condiciones en las cuales vive el enfermo, y se ven surgir entonces dispensarios de Higiene Social, enfermeras visitadoras, oficinas de Servicio Social en los hospitales, que iluminan el diagnóstico médico gracias al diagnóstico social y fecundan el tratamiento médico, por el tratamiento social. El Hospital y el Dispensario, instruyen, reeducan y colocan los enfermos; su acción social se extiende a las familias, al barrio, a la ciudad. La beneficencia también, limitada primero a la caridad privada, se eleva luego al rango de administración pública. Más tarde, de paliativa se hace curativa y preventiva. Así el higienista, el médico, el filántropo, el institutor, el industrial, el juez, se van penetrando cada vez más de la realidad profunda de las cosas, aprendiendo a pesar en términos de «Valores Sociales» entre los cuales la salud ocupa el primer rango. Cuando el hombre de Estado encuentra las razones que retardan el progreso de la Nación, por razones físicas, es

incapaz de mayor esfuerzo. Cuando el industrial quiere aumentar su rendimiento comprueba que el problema de la producción es en gran parte una cuestión de higiene. Cuando el médico busca las causas profundas de la enfermedad, descubre sus factores sociales: ignorancia, vivienda malsana, insuficiencia de salarios. Cuando el filántropo analiza la miseria, encuentra entre sus elementos, factores médicos: enfermedades, desnutrición, anomalías físicas y mentales y esta convergencia de la sociología, de la higiene, de la práctica médica y de la filantropía, ha creado la medicina social que es el estudio de los factores médicos en los problemas sociales o si se quiere, de los factores sociales en los problemas médicos”.

“Para la medicina social el hombre representa más que un individuo. Es un miembro de la colectividad. Su vida económica y profesional, su posición en la sociedad, son inseparables de su vida física. La expansión

MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

	1956	1955	1954	1953	1952	1951	1950
EN MILES DE SOLES ORO							
Lima y Callao...	15.409	11.455	8.362	6.429	6.344	5.370	3.577
Otras Zonas...	6.918	5.663	4.625	3.535	3.070	2.634	1.357
TOTAL OEL PAIS.	22.327	17.118	12.987	9.964	9.414	8.004	4.934
PROMEDIOS ANUALES "PER CAPITA" DE COTIZANTE COMPLETO, EN SOLES ORO							
Lima y Callao...	97.84	74.74	58.33	46.75	48.90	43.54	29.79
Otras Zonas...	51.27	43.57	37.33	30.35	29.98	28.23	17.35
TOTAL OEL PAIS.	76.55	60.43	48.60	39.23	40.55	36.94	24.88
PROMEDIOS ANUALES EN PORCENTAJES DE LOS SALARIOS IMPONIBLES							
Lima y Callao...	1.39	1.17	0.97 (0.72)	0.95	1.03	0.98	0.84
Otras Zonas...	1.21	1.09	1.04 (0.40)	0.91	0.96	0.99	0.67
TOTAL OEL PAIS.	1.33	1.15	0.99 (1.11)	0.94	1.01	0.98	0.79

Con diez categorías de salarios. (Véase explicación inicial).
Con trece categorías de salarios. (Véase explicación inicial).

ANÁLISIS DEL AUMENTO EN EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS

Años	Fórmulas preparadas más inyectables despachados <i>per cápita</i> de catizante completo. Total del país	Costa <i>per cápita</i> de catizante completo, en soles org. Total del país	Costa promedio por unidad en S/.	Aumenta de año en año — Porcentaje
1951.....	15.62	36.94	2.36	8.5
1952.....	15.86	40.55	2.56	0.8
1953.....	15.42	39.23	2.54	18.5
1954.....	16.17	48.60	3.01	17.9
1955.....	17.00	60.43	3.55	33.0
1956.....	16.16	76.36	4.73	...

COMPARACION DEL AUMENTO EN EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS CON EL PROMEDIO DE LOS SALARIOS Y EL COSTO DE LA VIDA EN LIMA

Años	Aumentos anuales del costo promedio de los medicamentos — Porcentaje	Aumentos anuales de los salarios promedio ¹ Total del país — Porcentaje	Aumentos anuales del costo de la vida en Lima — Porcentaje
1951-1952.....	8.5	7.0	6.9
1952-1953.....	-0.8	4.0	9.1
1953-1954.....	18.5	¹ 4.4	5.4
1954-1955.....	17.9	² 7.7	4.7
1955-1956.....	33.0	8.8	5.5

¹ Este aumento ha sido calculado con el salario supuesto de 1954 que hubiera correspondido a la antigua escala de salarios (10 categorías).

² Este aumento ha sido calculado con el salario imponible real de 1954 correspondiente a la escala de salarios con 13 categorías.

de la ciencia de la medicina social es retardada por la dificultad que se experimenta cuando se le quiere fijar fronteras, por la vacilación de los médicos en servirse de métodos sociológicos y por el retraso instintivo del Cuerpo Médico ante problemas que tocan de cerca la política y a la cuestión social. Estos obstáculos, sin embargo, están lejos de ser insuperables y es juiciosamente para quitarle a los problemas sociales la intervención de prejuicios y arbitrariedades políticas que es necesario estudiarlas científicamente; es porque los médicos no conocen los métodos sociológicos que es necesario enseñarles y es porque, las fronteras de la medicina social son inciertas, que es preciso buscar, delimitarla y organizarla”.

8.—EL USO DE ANTIBIÓTICOS

No es una novedad que en los Seguros Sociales hemos asistido en forma ostensible a la indiscriminación en el uso de los elementos terapéuticos que, como los antibióticos, han constituido en los últimos años una atracción novedosa. Sería ingenuo culpar a los servicios de seguridad

social de este vicio. Las instituciones que sirven fines públicos gastan muchas veces más de lo que en realidad deberían hacer. El dinero si no abunda, por lo menos es más disponible para satisfacer las inquietudes de orden científico y de allí que sea más propenso el empleo de medicamentos, cuyo costo no afecta la economía individual, y satisface en cambio las exigencias del momento, o como hemos dicho, el afán de encontrar en ciertos especímenes un poder curativo indiscriminado. Tal vez habría que buscar las raíces más hondas en la raigambre misma de la educación médica moderna donde se ha dejado de lado, con tremendo daño para la cultura y formación profesional, con mengua de la responsabilidad, la enseñanza coordinada y suficiente de las ciencias básicas por un lado, y lo que es más penoso se ha descuidado un tanto la enseñanza clínica en sus justas dimensiones.

La preparación médica de antaño daba mucho valor a los conocimientos de la farmacología, sobre todo enseñando los fundamentos básicos de la farmacognosia y farmacodinamia, porque nuestros maestros nos enseñaron, que el esfuerzo máximo que debemos conseguir es de ponernos en condiciones de fijar ante nuestra vista, la imagen clara y completa de las relaciones múltiples y complejas existentes entre las variadas actividades de las drogas y la fuerza morbosa contra la cual el médico quiere usarlas.

Prácticamente hemos olvidado lo que es la piedra angular de la Materia Médica, el conocimiento básico de la acción terapéutica de una droga, su dosificación, su toxicidad, sus incompatibilidades, etc., todo esto nos es poco menos que desconocido, porque preferimos estampar en un recetario el nombre de un producto patentado, a elaborar una fórmula magistral.

Ha sido en los últimos años tal el abuso del empleo de antibióticos que la American Hospital Association, al referirse a la prevención y control de las infecciones estafilocócicas en los hospitales, denuncia que los pacientes que adquieren tales infecciones (en los hospitales) son diseminadores potenciales de cadenas resistentes en la comunidad una vez dados de alta, sosteniendo que uno de los factores más importantes en la situación actual es el amplio uso de antibióticos que eliminan las cadenas susceptibles y dejan sin control las resistentes.

Está claramente establecido que a través del mundo, a pesar del gran éxito de los antibióticos, existe aún el problema importante de las infecciones, problema de especial significación para los hospitales, particularmente por las cadenas productoras de coagulosa del estafilococo áureo hemolítico.

Siendo ésta la situación actual, conviene tanto a los profesionales médicos como a la sociedad misma, emplear los medios curativos que no son puestos en las manos, con la parsimonia debida, sin los influjos de la propaganda, y sin el acicate de la vanidad, seguros de que no es mejor médico el que está colocado a la altura de la moda, sino el que reflexivamente sigue los postulados hipocráticos, ajeno a todo comentario, tratando sólo de procurar el bien de la comunidad y el prestigio de la medicina.

En el orden económico el uso indiscriminado de los antibióticos, como lo es también el de los "tranquilizadores", o el de las vitaminas, ha afectado sensiblemente a las instituciones de seguridad social, por habersele impuesto gastos desmesurados, fácilmente evitables, por el poder que el médico tiene no sólo como clínico, sino como educador de una sociedad que en el presente siglo soporta todos los embates del pujante progreso de la ciencia y de la técnica.

9.—LA PROPAGANDA DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y SU EFECTO PSICOLÓGICO EN LOS ENFERMOS

La expansión comercial ha traído consigo la competencia y el aprovechamiento de todos los medios de difusión, puestos al servicio del hombre, para emplearlos en los fines de propaganda y crear con ellos los efectos psicológicos que han de determinar las preferencias.

Así hemos visto que la imprenta, la radio, la televisión, la cinematografía y aun la aviación, son frecuentemente utilizados para la propaganda, y lo que es más, la emulación propagandística no está basada muchas veces en la calidad del artículo que se trata de introducir, sino en la originalidad y atracción que ésta ofrezca. A esa carrera, en la que se invierten millones de millones, asisten lamentablemente los Laboratorios de Productos Farmacéuticos. La apetencia del enfermo por medicaciones que le sean de utilidad favorece su desarrollo, porque ya lo hemos dicho, interviene el factor psíquico en la determinación de lo que es necesario, dándole mayor valor a lo mejor presentado. No se sospecha cuando se acentúa de este modo que se va dando vida a un monstruo cuyos tentáculos lentamente van absorbiendo la precaria economía de las masas, originando la inseguridad social en que hoy viven muchos hombres. No se reflexiona que un medicamento no es válido por su envoltura, sino por su composición y por el efecto que de él se espera. Muchos similares en su fórmula química se expiden con distintos nombres, lo que aparte de crear confusión, favorece la amplitud de esa campaña de propaganda cuyo costo se carga al precio de venta del artículo.

Los Laboratorios de Productos Farmacéuticos gastan ingentes sumas, en la impresión de revistas de alta calidad científica, pero de suntuoso formato, obsequian una profusión de muestras médicas y utilizan para sus productos envases de lujo, aparte de muchas otras formas de propaganda que encarecen considerablemente el producto, haciéndolo inaccesible a las clases económicamente débiles. Si el primordial deber del Estado y de la sociedad es cuidar la salud de sus componentes, deberíamos todos contribuir a reducir el costo de los medicamentos evitando los gastos superfluos. No es la socialización de la medicina la que puede resolver los problemas de orden médico, ni los programas de seguridad social, los que van a dar solución al angustioso problema de la reparación de la salud. La solución está en el esfuerzo común, orientado a este fin. Si los medicamentos siguen soportando el peso de gastos innecesarios, que los convierten en artículos suntuarios, los seguros tendrán que elevar sus

cuotas. En una o en otra forma estamos obligados a evitar que los problemas surgidos por el quebranto de la salud, sean únicamente problemas de orden médico, y que no se tomen en cuenta los otros factores que determinan ese estado de inseguridad. No hay mayor satisfacción ni mejor premio que la aceptación de nuevas responsabilidades, siempre y cuando puedan cumplirse con "éxito", y para lograr ese fin, debemos abrir los senderos que conduzcan a mantener el nivel de salud mínimo que pueda hacer la felicidad de la colectividad.

10.—LAS EXPERIENCIAS EN EL SEGURO OBRERO PERUANO

Cuando en 1941 se puso en funcionamiento el Hospital Obrero de Lima, no teníamos datos comparativos para guiarnos en lo referente a las prestaciones farmacéuticas que debíamos proporcionar, ni tampoco el arquitecto que diseñó el Hospital contaba con informes apropiados que le permitieran desarrollar su proyecto siquiera con la mayor aproximación a las necesidades que habían de cumplirse. Sólo de un modo aproximado se calculó el espacio para la Farmacia y sus servicios complementarios, lo que a la postre determinó modificaciones que no podían dar todo el resultado esperado. A pesar de ello las exigencias del momento nos obligaron a poner en marcha los servicios de Farmacia sujetándonos a las contingencias propias de las obligaciones por atender. Fue así que con el concurso de un personal mínimo y no entrenado tuvimos que iniciar nuestra labor, soportando el impacto de una numerosa concurrencia de pacientes y acondicionándonos a lo posible. Los requerimientos cada vez crecientes nos obligaron a tomar más personal y entrenarlo en el tiempo mínimo, e incluso montar nuestro propio laboratorio para la producción en serie de muchos de los medicamentos de mayor consumo, sustituyendo en lo posible el uso de obleas por comprimidos o cápsulas y preparando las fórmulas estandarizadas. Pero el crecimiento del número de enfermos determinó mayores exigencias de aprovisionamiento a nuestro Laboratorio, por lo que hubo que equiparlo en forma que permitiera cumplir, en parte, los nuevos requerimientos, y es así que se crearon las secciones de comprimidos, inyectables, preparaciones salinas y fórmulas magistrales.

Las experiencias recogidas en el Laboratorio de Productos Farmacéuticos del Hospital Obrero de Lima, dedicado a la elaboración en gran escala de dichos productos, ha surgido como necesidad consecuente de una exigencia de aprovisionamiento y como factor de economía. Si la Institución tuviera que aprovisionar a sus hospitales con la totalidad de productos farmacéuticos adquiridos en los laboratorios nacionales o extranjeros, su economía se vería grandemente afectada por mayores desembolsos debido a los más altos costos de producción de la industria particular. Un solo ejemplo bastará para demostrarlo. En 1956, el Laboratorio de la Institución remitió a los hospitales 72,524 frascos de sueros salinos a un costo de 251,314.98 soles. Estos mismos sueros, adquiridos en plaza, bajo licitación y a los precios más bajos hubieran costado 1.076,981.40 soles, lo que significa una tangible economía de 825,666.42 soles.

Tomando la producción del año 1953, vemos que en inyectables produjo 1.811,327 unidades a un costo de 957,216 soles, el precio en plaza fue de 2.321,295.85 soles, la diferencia a favor fue de 1.364,079.65 soles. La Sección Comprimidos produjo el año 1957, 10.502,600 comprimidos a un costo de 496,929.38 soles y en plaza hubieran costado 1.233,413.40 soles, la economía fue de 786,484.02 soles.

Una buena parte de la producción del Laboratorio está dedicada a los productos que podríamos calificar de consumo de rutina. Nos referimos a los medios de contraste para radiografías, vendas enyesadas y parafinadas, soluciones salinas inyectables, soluciones anestésicas, soluciones de electrolitos expresadas en mEq/Lt. Tinturas, algunos comprimidos y grageas.

Es necesario hacer notar que los pronunciados desniveles entre los costos de nuestro Laboratorio y los de la industria particular, se deben en algunos casos, a la circunstancia de estar la C.N.S.S. liberada de derechos. Pero éstos afectan sólo en un 10% los costos.

El Laboratorio, aparte de su labor de producción tiene una función de control técnico sobre su producción y las materias primas que adquiere para su elaboración. Asimismo, da su visto bueno en la adquisición de otras drogas, productos químicos y reactivos, en el cuadro inserto en este trabajo se puede apreciar el movimiento del Laboratorio de Productos Farmacéuticos, desde el año 1953 hasta el año 1957.

El concurso de un químico farmacéutico, asesorado por otro más y varios técnicos se responsabilizaron de esta tarea, que a la postre no solamente proclamaría la eficiencia del servicio, sino que también contribuiría, como lo hemos visto, a una economía ostensible, lo que hizo imperativo pensar en nuestras ampliaciones. La farmacia propiamente fue dividida en dos secciones: una para la atención de hospitalizados y otra para enfermos ambulatorios, atendidos en el Policlínico. Además, se organizó una Subsección dedicada a la atención de los enfermos domiciliarios y rurales. Véase el cuadro en la hoja Núm. 66.

11.—LA ESTADÍSTICA COMO COMPLEMENTO VALIOSO PARA MANTENER LOS "STOCKS" DEL PETITORIO

La estadística tiene por objeto investigar, analizar, contar y medir, para luego comparar lo obtenido y buscar las soluciones adecuadas al fin que se propone. Por halagüeñas o dolorosas que sean las conclusiones a que se llegue, la estadística refleja siempre la verdad, con absoluta imparcialidad y con completa objetividad.

No siempre en los hospitales se da el valor necesario al aspecto informativo desde el punto de vista estadístico, ya que lo más frecuente es que se polarice toda divulgación en lo exclusivamente médico. Muy pocas veces al lado de las publicaciones de orden clínico o quirúrgico en que se enjuicia el trabajo de los equipos profesionales con la presentación de casos interesantes o de novedades terapéuticas, se designa un lugar para que el farmacéutico dé cuenta de su labor como factor coadyuvante del

trabajo médico-asistencial. Y menos aún se da valor a la estadística administrativa, de indiscutible importancia dentro del complejo sistema de organización de un hospital moderno. El farmacéutico no ha tomado el verdadero sitio que le corresponde, porque no se le ha dado la oportunidad, o porque no se ha previsto que la solución de muchos problemas farmacológicos dependen de su experiencia y de su palabra autorizada. Quizá mucha culpa de estas omisiones la tiene el propio farmacéutico, quien se enfrasca en la rutina y hace muy poco de su parte para salir a la luz del conocimiento y del consenso general, o puede que la responsabilidad sea imputable al cuerpo médico que desestima u olvida al farmacéutico y hace poco por conocer su función directiva y técnica, o tal vez sea responsabilidad de las propias autoridades del Hospital, que no han actualizado y situado dentro de su organización este punto básico para su buena marcha. En una o en otra forma se impone conocer muy de cerca el trabajo del farmacéutico y nada más efectivo para ese conocimiento que la divulgación en las revistas y boletines del Cuerpo Médico, aparte de artículos de gran interés, de toda cifra estadística que revele los porcentajes de utilización de productos terapéuticos que han de servir de guía al profesional para orientar su labor, y a la administración para la apreciación exacta y objetiva de los medicamentos, lo que ha de permitir mantener siempre los *stocks* del petitorio de acuerdo a las necesidades efectivas del Hospital. Actualmente, en la mayoría de los hospitales, los informes recopilados se guardan en los partes diarios, semanales o mensuales, y tienen escaso valor, están hechos más que para nada para decir a los visitantes que la organización es buena, que se hacen todos los controles y que la estadística revela la marcha eficiente de los servicios, pero la realidad es que estos valiosos elementos se pierden irremisiblemente, y sólo al fin del ejercicio anual se tiene una apreciación exacta de lo gastado, y de los consumos de farmacia. Es entonces cuando nos lamentamos al observar, no sólo la curva de aumento, sino lo poco que hemos conocido y aprovechado estas experiencias que han debido reportar economía y oportunidad en la reposición de los consumos, evitándose compras urgentes que encarecen el valor de los productos.

El trabajo profesional no sólo debe estar consignado en la Historia Clínica, sino que es de rigor que sea profusamente divulgado en las respectivas revistas y boletines institucionales, y debe ser exigencia tácita que el servicio de farmacia dé informaciones de orden estadístico para que tanto el cuerpo médico, como los estudiosos en las diversas ramas de la seguridad social, o de administración de hospitales, estén en conocimiento de cuantos detalles útiles se consignen en los mismos. No sería demasiado insistir si mensual o bimestralmente la farmacia informe sobre el número de recetas despachadas, inyectables, específicos, los porcentajes *per cápita*, cifras comparativas con meses anteriores, etc., lo que indudablemente pondría a los médicos sobre aviso de la conducta terapéutica, que en el aspecto numérico les ha tocado desarrollar.

Las publicaciones estadísticas pecan a veces por exceso y a veces por defecto, pues lo más difícil consiste en poseer suficiente discreción para

dar a conocer resultados de positivo interés y abstenerse de publicar lo que constituye un alarde jactancioso para demostrar la meticulosidad de las elaboraciones. Esta discreción o equilibrio de la autoridad estadística, difícilmente puede lograrse si no se posee algo así como el ojo clínico o el sentido jurídico del abogado. Es un arte más que una teoría. De modo que no es posible detenerse a establecer normas en tal sentido. Pero siempre es útil aconsejar que cada hecho se presente en forma independiente y con tal claridad que los resultados y las tendencias puedan ser apreciadas sin esfuerzo por el lector más profano en estas materias. Expuestos los hechos en series cronológicas facilitan su comparación y permiten representar gráficamente las variaciones a través del tiempo.

La estadística aún es inaccesible para muchos. No hablemos del desprecio con que la tratan otros, cuando destruyen las concepciones de su fantasía. Contra este estado de cosas hay que reaccionar. Es preciso hacer una obra de divulgación poniendo los resultados de la estadística al alcance de todos. De modo principal, la estadística debe ganar confianza, pero debe ganarla a fuerza de honestidad en sus procedimientos y de sinceridad en sus conclusiones.

CONCLUSIONES

- 1.—En los países latinoamericanos los sistemas de seguridad social, hasta el presente, han alcanzado un alto *stándard* de efectividad en sus propósitos y realizaciones.
- 2.—Se puede hablar con propiedad de una era anterior a los seguros sociales, y de otra en que, afirmados en la realidad, sus conquistas han sido en este campo superiores a todos los esfuerzos realizados hasta entonces.
- 3.—Las encuestas sobre el patrimonio asistencial, en muchos países, dio como resultado un déficit de los mismos, lo que determinó un programa de costosas inversiones en centros asistenciales propios, para asumir las obligaciones que por mandato de la Ley debían solventarse.
- 4.—Es incuestionable que los hospitales propios proporcionan una asistencia de alto *stándard*, y que los costos son proporcionales a la clase de asistencia que se presta; aparentemente elevados si no se toma en cuenta la amplitud y efectividad de los mismos.
- 5.—Para el otorgamiento de las prestaciones del riesgo de enfermedades es ineludible contar con el concurso del cuerpo médico, el que debe tener la preparación básica y las orientaciones técnicas que corresponden a este tipo de actividades.
- 6.—La educación médica en sus programas debe incorporar el estudio de las nuevas disciplinas, fruto del avance en el orden de

la seguridad social, dando jerarquía al estudio de la medicina social.

- 7.—En la marcha de los centros asistenciales, el Cuerpo Médico debe ser partícipe de la responsabilidad técnica, económica y administrativa, debido a que no solamente ejerce su profesión, sino que además tiene como función inherente el otorgamiento de subsidios, la evaluación de la incapacidad temporal o permanente, las prestaciones farmacéuticas, etc.
- 8.—Si se garantiza al médico la libertad irrestricta de su profesión, obvio es reconocerle iguales libertades para elegir los medios adecuados a la más pronta recuperación de sus pacientes.
- 9.—Sin embargo, la libertad de su ejercicio profesional debe sujetarse a los postulados del Cuerpo Médico y a las normas orgánicas de funcionamiento del Hospital, que consagran los deberes y derechos de todos sus integrantes.
- 10.—Todo Hospital organizado debe tener constituido su Cuerpo Médico en un organismo representativo que se rige por un Estatuto libremente aprobado, tanto por sus integrantes como por la Dirección del Hospital.
- 11.—Las prestaciones farmacéuticas deberán estar condicionadas a las normas generales del Hospital y a su propio reglamento, aprobado por el Cuerpo Médico y por la Administración del Hospital.
- 12.—Para la redacción de los vademécum, como para la confección del reglamento de prestaciones farmacéuticas, deberán estar representados la Dirección del Hospital, los Jefes de los Departamentos Médicos y el Jefe del Departamento de Farmacia.
- 13.—Será responsabilidad del Cuerpo Médico exigir de sus miembros el fiel cumplimiento de las normas generales, y de los reglamentos internos.
- 14.—Debe recomendarse al Cuerpo Médico que en la prescripción de medicamentos ponga especial cuidado en la primacía del aspecto técnico, sin descuidar el aspecto económico que le afecta, por la propaganda comercial incontrolada que de algunos productos se hace.
- 15.—Deben tenerse presentes y dar a conocer al Cuerpo Médico los resultados de las investigaciones estadísticas, en orden a los sistemas terapéuticos empleados y a su relación con la economía institucional.
- 16.—Debe propenderse a la divulgación de estos conocimientos y a que debidamente apreciados sirvan para un reajuste periódico de sus causas.

17.—Siendo el Hospital no solamente centro de asistencia y previsión, sino de docencia e investigación, fácil sería en lo concerniente a este último aspecto, se aprovechara de las discusiones en las reuniones clínicas periódicas del Cuerpo Médico, para insistir en el estudio de las Historias Clínicas y enjuiciar el aspecto terapéutico.

PRODUCCION DEL LABORATORIO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

	Producción	Precio laboratorio	Precio plaza	Economía
1953				
Inyectables.....	1 811 327	957 216.20	2 321 295.85	1 364 079.65
Comprimidos.....	3 309 400	194 677.60	342 225.90	147 548.30
Sueros Salinos.....	62 137	130 507.95	922 734.45	792 226.50
				2 303 854.45
1954				
Inyectables.....	1 791 393	878 947.64	2 324 727.53	1 445 779.89
Comprimidos.....	8 956 400	650 017.87	1 052 133.02	402 115.15
Sueros Salinos.....	65 763	118 472.31	976 680.55	858 108.24
				2 706 005.28
1955				
Inyectables.....	1 633 920	856 938.13	1 858 214.47	1 001 276.34
Comprimidos.....	8 532 000	440 107.63	694 133.06	254 025.43
Sueros Salinos.....	71 013	174 540.90	1 054 543.05	880 002.15
				2 135 303.92
1956				
Inyectables.....	1 482 162	930 768.18
Comprimidos.....	9 656 300	509 523.08
Sueros Salinos.....	72 524	251 314.98	1 076 981.40	825 666.42
				825 666.42
1957				
Inyectables.....	1 482 939	1 058 269.87	1 756 428.57	743 340.56
Comprimidos.....	10 502 600	496 929.38	1 283 413.40	786 484.02
Sueros Salinos.....	68 841	302 763.93	1 081 683.90	778 919.97
				2 308 744.55

BIBLIOGRAFIA:

- CARLOS MARTI BUFILL.—*Tratado Comparado de Seguridad Social*.—Madrid, 1951.
- HERNAN M. SOMERS y ANNE R. SOMERS.—*Características y Problemas actuales del Seguro Social*.—Monthly Labor Review. Febrero de 1957.
- EDGARDO REBAGLIATI.—*La aplicación del Seguro Social en el Perú*.—1942.
- ELEAZAR LOPEZ CONTRERAS.—*Bolívar*.
- CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN.—*Los Médicos y la Seguridad Social, Armonía y Conflictos, Informaciones Sociales*.—Núm. 1-1956, Núm. 1-1957, y Núm. 3-1957.
- LAMAS LOPEZ.—*El Seguro Obligatorio de Enfermedad y la Medicina Española, Medicina y Seguridad del Trabajo*.—Enero de 1957.
- JOAQUIN AGUIRRE LOUSTAU.—*Esencia y Elementos de la Seguridad Social*.—Rev. Española de Seg. Soc. Núm. 5, Mayo de 1949.
- JUAN B. LASTRES.—*Historia de la Medicina*.—Lima, 1951.
- HERMILO VALDIZAN.—*Historia de la Medicina Popular*.—Lima, 1922.
- MARGOT HUBSCHAMANN EIHORN.—*Tesis para el Doctorado en Farmacia*.—Venezuela, julio de 1954.
- JUAN A. PHILIPPS.—*El Cirujano y el Hospital*.—I Congreso Peruano de Cirugía, 1947.
- JUAN A. PHILIPPS.—*Los Servicios Quirúrgicos en un Hospital General*.—XI Congreso Peruano de Cirugía, 1958.
- CARMEN PIMENTEL.—*Informe sobre Club de Madres Obreras de Vitarte*.—Lima, enero de 1958.
- RENE SAND.—*Organización Industrial, Medicina Social y Educación Cívica*.—Inglaterra y Estados Unidos, 1950.
- F. W. EBANGH.—*Postgraduate Medicine*, E.V.A. 19.6.—513-525. Junio, 1966.
- HANS MOLLER.—(Profesor de Derecho del Trabajo en la Universidad de Hamburgo).
Los Médicos y el Seguro de Enfermedad.
Constitución del Perú.—1822.
Ley de Accidentes del Trabajo.—Perú, 1911.
Constitución del Perú.—1919.
Leyes 8433 y 8509.—Perú.
The Journal.—23 de noviembre de 1957.
Estadística del Hospital Obrero de Lima.—1948.
Estadística del Hospital Obrero de Lima.—1956.
Memorias de la Caja Nacional de Seguro Social.—Lima, 1956.
Petitorio.—(Vademécum) del Hospital Obrero de Lima. 1956.
Las Prestaciones Sanitarias de la Seguridad Social en España.—II Congreso Ibero-Americano de Seguridad Social. Madrid, 1954.
Boletín Núm. 1 de la Asociación Americana de Hospitales.—Mayo de 1958.
El Uso y Abuso de Drogas Sedantes e Hipnóticas.