

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XI

EPOCA III

NÚMS. 17-18

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE

1962

MEXICO, D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
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.

I N D I C E

	Pág. —
Veinte Años de Acción de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.	5
La Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Breve Noticia. <i>Dr. Amadeo Almada.</i>	9
Aspectos Actuariales de la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social. <i>Gastao Quartín Pinto de Moura.</i> (Brasil).	19
Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social. <i>Dr. Julio Bustos Acevedo.</i> (Chile).	27
La Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social. <i>Alfredo Gaete Berrios.</i> (Chile)	45
Carta del Prof. F. Walker Linares. (Chile)	47
La Conferencia Interamericana de Seguridad Social de 1942 y el Instituto Mexicano del Seguro Social. <i>Lic. Ignacio García Téllez.</i> (México)	49
Carta del Prof. Emilio Schoenbaum.	52
Crónica de Veinte Años de Acción de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. <i>Miguel García Cruz.</i> (México)	53
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social	195

PRIMERA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Dr. JULIO BUSTOS ACEVEDO
Ex Director General de Seguridad Social (Chile)

I.—GENESIS Y DESARROLLO

Al término de la Primera Guerra Mundial con la firma del Tratado de Paz de Versalles, en la parte pertinente, de cuyo texto se reconocieron, por primera vez en un documento internacional los derechos del trabajador, de la madre y del niño, tuvo origen la creación de la Organización Internacional del Trabajo.

Desde aquellos días que presenciaron la crisis económica más catastrófica de nuestro tiempo, se hizo sentir una presión creciente en todos los países, en orden a crear instituciones de Seguridad Social para satisfacer las necesidades de los trabajadores. La falta de conceptos definidos, relativos a los fines y objetivos, y de los métodos que debían emplearse para realizarlos, hacían indispensable la ayuda de asesorías técnicas regionales que colaboraran a las grandes directivas impartidas por la Organización Internacional del Trabajo, con sede en Ginebra, que no podía disponer de personal técnico suficiente para atender a los diversos países alejados de su sede. Era así como los organismos técnicos nacionales se encontraban desamparados frente a las mayorías políticas gobernantes o sectores de ellas, como asimismo por la incomprensión de los propios sectores beneficiados, que eran reacios a aceptar las nuevas doctrinas y realizaciones sociales.

Este estado de cosas sugirió a los funcionarios chilenos el convencimiento de que era necesario promover la creación de una conferencia regional de seguridad social, a fin de abordarlos por personas que estuvieran en contacto con dichos problemas y que concitaran de esta manera la atención del organismo central mundial que era la Organización Internacional del Trabajo.

Fue así como funcionarios técnicos de la Dirección General de Previsión Social de Chile de aquella época, de visita en Ginebra durante 1938, plantearon junto con el Dr. Rebagliatti, del Perú, cuyo lamentable fallecimiento nos ha privado de su inteligente concurso, la necesidad de convocar a una reunión general de carácter técnico, a fin de fijar algunas líneas doctrinarias fundamentales, y en lo posible crear un organismo regional.

Las ideas expuestas encontraron favorable consideración por parte del recordado Dr. Oswald Stein y fue así como se creó en Lima el Comité Interamericano de Iniciativas en Materia de Seguridad Social, en diciembre de 1940, a iniciativa del Gobierno del Perú y con la colaboración de la Oficina Internacional del Trabajo. En esta misma oportunidad, por iniciativa del Ministro de Salubridad de Chile, Dr. Salvador Allende, se

convino en invitar a los países de América a esta reunión, que posteriormente se llamó la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social. En efecto, el 6 de septiembre de 1941, el Presidente de Chile don Pedro Aguirre Cerda dictó el decreto en el que se designa una comisión organizadora para realizar dicha conferencia entre el 10 y el 16 de septiembre de 1942.

* * *

Veinte años han transcurrido hasta hoy, septiembre de 1962, desde la celebración de la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, realizada en Santiago de Chile entre el 10 y el 16 de septiembre de 1942.

Un estudio de tan trascendental evento requiere, previamente, de un rápido vistazo de las condiciones internacionales y nacionales existentes al tiempo de su celebración.

Condiciones internacionales y nacionales existentes a su celebración.—El ambiente que existía en aquella época, en el plano internacional, era la resultante de la pesadumbre e inquietudes que abrumaban a los espíritus, determinada por el huracán bélico desencadenado por la Segunda Guerra Mundial, cuando el mundo no se reponía todavía de los desastrosos efectos, económicos, sociales y morales, ocasionados por la Primera, producida entre los años 1914 a 1917.

La Sede de la Organización Internacional del Trabajo —en el exilio— se había instalado en Montreal, desde donde continuó su infatigable tarea de ir preparando los estudios necesarios para la reconstrucción del mundo de la post-guerra.

En estas circunstancias, en orden a la Seguridad Social, se realizaron tres reuniones trascendentales, que son la expresión de la fe y de la perseverancia del espíritu humano para luchar en medio de la adversidad, por los mejores destinos de la humanidad:

1)—LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO QUE TUVO LUGAR EN NUEVA YORK EN OCTUBRE DE 1941, con asistencia de treinta y cinco países en los momentos que se pensaba que la Democracia había sido destrozada bajo el imperio de la destrucción y la violencia, constituyó una grata sorpresa para los amantes de ella y del progreso social;

2)—LA PRIMERA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL, celebrada en Santiago de Chile entre el 10 y el 16 de septiembre de 1942, bajo los auspicios de la Organización Internacional del Trabajo. Asistieron los 21 países americanos, la Oficina Sanitaria Panamericana y el Consejo de Administración de la Organización Internacional del Trabajo; y

3)—LA VIGESIMA SEXTA CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, que se reunió en la ciudad de Filadelfia, en mayo de 1944.

Las tres conferencias mencionadas, que tuvieron lugar durante el período más culminante de la Segunda Guerra Mundial, estuvieron estre-

chamente ligadas entre sí en la definición de los planes para reconstruir, con las experiencias del pasado, el mundo del futuro; uno de cuyos pilares en el mantenimiento de la paz está constituido por un sistema eficiente de Seguridad Social.

El estudio de los factores que habían desempeñado algún papel en la determinación de los dos conflictos bélicos mundiales, había puesto de manifiesto la unidad de los hechos económicos y sociales, y la necesidad de una "revaluación" del objetivo social que aparecía destacándose con la mayor importancia.

Bástenos citar, en abono de lo anterior, el problema de la desocupación, considerada como la mayor calamidad surgida en el lapso intermedio entre las dos grandes guerras. Sólo en Alemania, a la fecha en que el nazismo asumió el poder, 1933, la cesantía excedía de 6.000.000 de personas; sin ir tan lejos, en Chile, en la misma época, miles de cesantes provenientes de las oficinas salitreras eran traídos a Santiago para procurarles ocupación. Todos estos hechos determinaron que la organización del empleo integral asumiera el papel principal entre los objetivos inmediatos de la Política Social. Al mismo tiempo, se hacía evidente que la Política Económica no podía seguir siendo un fin en sí mismo, sino un medio para realizar los objetivos sociales.

Concretándonos al plano del ambiente nacional, a la fecha de la celebración de la Primera Conferencia Interamericana que nos ocupa, nos encontrábamos empeñados desde 1935 en llevar a cabo un plan de reforma de nuestro régimen de Seguridad Social, colocando en sus bases un sistema de seguridad de medios de protección de la salud de ámbito nacional. Estos estudios se desarrollaron mediante ponencias que se debatieron en la Asociación Médica de Chile, en las Convenciones Médicas celebradas en 1937 en Santiago, en 1938 en Valparaíso y en 1939 en la ciudad de Constitución. En esta última, se puso término a las deliberaciones, adoptándose por unanimidad la ponencia presentada por el Departamento de Previsión Social del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, que proponía la adopción de un sistema de seguro social, el cual comprendía los riesgos de enfermedad, accidente, invalidez, vejez y de sobrevivientes por fallecimiento del jefe de familia, que debía absorber la totalidad de la masa trabajadora del país y tomaba como punto de partida el núcleo familiar.

Esta referida ponencia era del tenor siguiente: "La AMECH, frente al problema de la organización de la defensa de la salud de las masas trabajadoras de Chile, manifiesta que luchará porque esta organización se realice sobre la base de un seguro nacional, que comprenda al asalariado y su familia, como asimismo, en igualdad de condiciones, a los trabajadores independientes; seguro que deberá cubrir los riesgos ordinarios de la vida y del trabajo y ser financiados por el Estado, los empleadores y los trabajadores.

La AMECH afirma que la lucha por la defensa de la salud de nuestro pueblo no admite más dilación en vista del estado de miseria fisiológica de los trabajadores y del crecimiento del pauperismo en nuestra población.

Afirma, asimismo, que en la lucha contra estos males es indispensable reincorporar a la actividad productora nacional a todos los elementos en paro forzoso, y establecer el salario vital, la asignación familiar y el tratamiento médico de los débiles y enfermos, aparentes e inaparentes, con la incorporación del examen de salud obligatorio en el seguro contra la enfermedad.

Para este objeto, la AMECH propiciará:

1.—La socialización del seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, sobre el principio del riesgo profesional, y en su coordinación con el seguro obligatorio de enfermedad, invalidez, vejez y muerte;

2.—La ampliación del seguro obligatorio contra la enfermedad, de manera que cubra a todos los obreros, empleados, artesanos, profesionales y pequeños comerciantes, así como a sus familias; seguro que deberá garantizar prestaciones médicas, quirúrgicas, farmacéuticas, de hospitalización, dentales, protésicas, oftálmicas y subsidios en dinero;

3.—La cobertura de los riesgos de invalidez y vejez respecto de las mismas categorías de trabajadores anotados en el número anterior, mediante el otorgamiento de pensiones, temporales y vitalicias, determinadas dentro de un mínimo vital y un máximo conveniente, en función de los salarios ganados, la duración del seguro y las cargas familiares del beneficiario;

4.—La cobertura del riesgo de muerte por medio de pensiones para las viudas y los huérfanos que estén incapacitados o que carezcan de recursos para subvenir a sus necesidades vitales y a las de su educación y formación profesional;

5.—La ayuda, mediante subsidios o préstamos, a los trabajadores en paro forzoso, coordinada con un servicio amplio de colocaciones; y

6.—La asistencia social para los indigentes, realizada por medio de las Instituciones de Previsión Social y costeadas por las rentas de la Beneficencia Pública, cuyos servicios o instalaciones deberán quedar bajo la dependencia del Seguro Nacional.

Para realizar este plan de acción inmediata, la AMECH considera que debe procederse a organizar los servicios de previsión en un solo sistema, centralizado técnica y financieramente y descentralizado, en el orden administrativo, según una división zonal del país por actividades productoras homogéneas.

Con tal objeto, estima de necesidad imprescindible:

- a) La unificación de los actuales organismos de previsión social en tres Cajas: una que administre el seguro contra los riesgos fisiológicos de los obreros y los riesgos profesionales de éstos y de los empleados; otra que administre el seguro contra los riesgos fisiológicos de los empleados del Estado, las Municipalidades y las actividades particulares, y una tercera para las Fuerzas Armadas;

- b) El establecimiento de un servicio médico unificado, a lo largo de todo el país, para la atención de los asegurados, sus familias y los indigentes que deben ser atendidos por este servicio; y
- c) La organización de los Consejos Directivos de los diferentes organismos del Seguro Nacional, integrados por representantes directos de los asegurados, de sus empleadores, del Estado y de las organizaciones médicas, bajo una autoridad técnica de orientación general y de control financiero y administrativo, adscrita al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.

Como función sanitaria pura, la AMECH propiciará:

1.—Que se mantenga un organismo estatal que tenga a su cargo la referida función sanitaria y que aplique las disposiciones contenidas en el Código Sanitario que a esta función se refieren.

2.—Que establezcan como funciones sanitarias puras a las siguientes:

- a) La profilaxis contra las enfermedades infecto-contagiosas;
- b) La profilaxis sanitaria nacional e internacional;
- c) El saneamiento urbano y rural;
- d) La higiene industrial;
- e) La policía sanitaria, incluyendo en ella:
 - i) El control de los productos medicinales y farmacéuticos;
 - ii) El control de alimentos;
 - iii) La policía mortuoria;
 - iv) El ejercicio de la medicina y profesiones similares;
 - v) El control de la prostitución;
- f) La educación y propaganda sanitaria;
- g) La demografía y bio-estadística;
- h) La higiene escolar;
- i) Los institutos de Higiene y Bacteriología.

3.—Que el saneamiento urbano y rural sea función del Estado, financiado por la Municipalidad correspondiente”.

* * *

La Convención referida encomendó a su autor la redacción de los proyectos de ley correspondientes.

Una vez redactado el Proyecto de Ley que organizaba los servicios de protección de la salud y de otorgamiento de medios económicos de subsistencias para el grupo eliminado de la vida activa por invalidez, vejez y muerte, y antes de que el Supremo Gobierno enviara el mensaje correspondiente al Parlamento, a fines de 1939, se hizo presente una fuerte oposición de parte de un sector de empleados particulares que disfrutaban de un sistema de fondo de retiro individual y que rechazaban el sistema del seguro social. Esta oposición tuvo eco en la Honorable Cámara de Diputados, en el sector que profesaba las ideas del liberalismo manches-

teriano del siglo pasado, excluyente del intervencionismo del Estado, que consideraba que la enfermedad era un asunto privado de cada individuo.

La jefatura del Departamento de Previsión Social del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social soportó estoicamente los tan apasionados como injustos ataques de que fue objeto, no sólo en la tribuna parlamentaria sino también en la gran prensa de Santiago. Nos convenimos que la intensa divulgación que sobre la materia habíamos realizado mediante informes y publicaciones en el Boletín de Previsión Social y monografías de amplias circulaciones dentro y fuera del país, no habían dado los resultados que nosotros habíamos esperado. Cabe hacer notar que había habido mayor comprensión en el extranjero que en nuestro país, salvo la amplia y profunda compenetración con que la Asociación Médica de Chile había considerado estas materias. Los distintos países de América enviaron sus mejores expertos para conocer directamente en el terreno nuestros planteamientos para solucionar los problemas previsionales, solicitando a la vez de nuestros servicios el envío de especialistas para mejorar los regímenes existentes entre ellos.

En el año 1941 el Supremo Gobierno de Chile invitó al Dr. Oswald Stein, eminente experto de la O.I.T., quien antes de trasladarse a Londres en donde debía colaborar en la redacción del Plan Beveridge, viajó a Chile para informar sobre el Proyecto de Seguridad Social que nos ocupa, dándole su más completa conformidad. En septiembre de 1941 fue enviado el mensaje correspondiente al Congreso Nacional.

El orden del día de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social que la O.I.T. comunicó a la Comisión organizadora de Santiago de Chile, constaba de tres materias. La primera —“Aplicación del Seguro Social a los trabajadores agrícolas, a los independientes y al personal doméstico”— debía ser redactada por la Delegación chilena, por los Drs. Julio Bustos Acevedo y Manuel de Viado. La segunda versaba sobre “La invalidez”, de cargo de la Delegación de los Estados Unidos, redactada por el Presidente de la Junta de Seguridad Social, Dr. Arthur Altmeyer. Y la tercera versaba “La eficacia y economía de las prestaciones médicas y farmacéuticas en el seguro de enfermedad”, a cargo de la Delegación peruana redactada por el Dr. Edgardo Rebagliatti.

La Comisión organizadora chilena acusó recibo de la agenda y comunicó a la O.I.T. el agregado de otras tres ponencias de alto interés inmediato para Chile y varios otros países del Continente, que estaban a cargo de funcionarios del Departamento de Previsión Social de Chile, a saber: Cuarta ponencia, “La protección de la salud a través del seguro social y sus relaciones con la sanidad pública y la asistencia social”, redactada por los Drs. Julio Bustos A. y Manuel de Viado; Quinta ponencia, “Los regímenes financieros más recomendables para el seguro social”, redactada por el señor Rolando González Bustos; y Sexta ponencia, “La necesidad de sistema uniforme de bio-estadísticas sobre bases etiológicas”, redactada por los Drs. Hermes Ahumada, Avendaño, López y Sr. Gregorio Garayar.

En la discusión y resolución de dichas seis ponencias tuvieron destacada participación:

EN LA PONENCIA II, "Funcionamiento de las pensiones de invalidez", los delegados de Brasil y del Uruguay aportaron informes sustanciales con referencia a la práctica de sus respectivos países, particularmente, con respecto a la rehabilitación de la invalidez. De la discusión del informe resultó una resolución que comprende una serie de principios sobre la organización del seguro de invalidez permanente.

EN LA PONENCIA IV, "Defensa de la salud a través del seguro social", los Drs. Fioravanti Alonso di Piero, del Brasil; José F. Arias, del Uruguay; y el jurista Sr. Jorge Ramírez Otárola, del Perú.

EN LA PONENCIA V, "Los regímenes financieros más recomendables en consideración a la magnitud del campo de aplicación del seguro, a las características de la población afiliada y a la necesidad de establecer la continuidad de la previsión", la Delegación brasileña presentó un interesante trabajo del Dr. Gastao Quartín Pinto de Moura.

EN LA PONENCIA VI, "Necesidad de organizar un sistema uniforme de bio-estadísticas sobre bases etiológicas", los delegados de la Argentina y del Brasil aportaron una contribución muy valiosa a las discusiones de este informe y la Conferencia adoptó una resolución englobando sus principales conclusiones.

Digno es de recordar que la Delegación mexicana, presidida por el Ministro del Trabajo y Previsión Social Sr. Ignacio García Téllez, además de tomar parte en las discusiones sobre diversos temas hizo un resumen de las ideas básicas y del plan en que se funda el proyecto de ley sobre seguro social obligatorio preparado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, que fue escuchado por la Conferencia con el mayor interés, y numerosos delegados aprobaron los serios principios en que se basa esta medida, los cuidadosos métodos seguidos para la preparación del proyecto.

El conjunto de las seis ponencias enunciadas constituirían un todo armónico que concurriría a integrar la ponencia número cuatro que definía un plan completo destinado a organizar un sistema planificado de Seguridad Social, con el objeto de poner a disposición de la masa trabajadora los progresos de la ciencia médica para fomentar la salud y prevenir las enfermedades y recuperar a las víctimas afectadas por este riesgo. Por otra parte, sobre la base de un régimen de "prestación-cotización" se creaban los medios económicos para otorgar pensiones sustanciales a los incapacitados en función de los sueldos de actividad.

II.—LA PRINCIPAL TESIS CHILENA

La tesis propuesta a la Conferencia por la delegación chilena en la ponencia IV consistía en demostrar la necesidad y conveniencia de que la defensa de la salud se hiciera a través del sistema de los seguros sociales y mediante una sola Institución de carácter nacional.

En la fecha de la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, septiembre de 1942, existían en Chile tres instituciones destinadas a proteger la salud de la población del país:

1)—EL SERVICIO NACIONAL DE SALUBRIDAD, encargado del saneamiento del ambiente, mediante los servicios de higiene pública, de la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas, y de la policía sanitaria nacional e internacional, en cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario;

2)—LA BENEFICENCIA PUBLICA, encargada de la atención de los enfermos indigentes; y

3)—LOS SERVICIOS MEDICOS, encargados de las prestaciones médicas de la Ley 4,054 del Seguro Social de enfermedad, invalidez y vejez, y además las correspondientes a la Ley 4,055 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

El sistema del seguro social, fundado sobre las bases de prestación-cotización, establece, desde el punto de vista jurídico, una relación de deberes y derechos recíprocos entre el individuo y la sociedad. Es un instrumento económico que permite realizar una política y una economía sanitaria, tendiente a proteger la salud del asegurado y de su familia, conjuntamente con la capacidad de trabajo, y asegurarle su existencia económica durante los estados de incapacidad para trabajar.

Sus características son las de un organismo económico-sanitario, cuyos fines y objetivos consisten en desarrollar una acción encaminada a prevenir los riesgos, a recuperar las víctimas de éstos y a indemnizar las consecuencias económicas del daño ocasionado al trabajador.

La trama de su estructura está constituida por nuevas normas jurídicas, nuevas concepciones médico-sociales y una organización financiera que le es peculiar. Todas ellas constituyen un conjunto integral inseparable.

En el orden jurídico, puede decirse que las actuales condiciones del trabajo tienen como punto de partida la idea del "contrato colectivo", que ha colocado en un plano de mayor equidad las relaciones del trabajador, que no tiene otro bien económico que su capacidad de trabajo, y del empresario, dueño de los medios de producción. En virtud de él, el individuo está garantizado por una legislación que no sólo le reconoce el derecho al trabajo, sino que le protege este derecho otorgándole los medios de poder emplear su capacidad en forma tal que satisfaga sus necesidades vitales, personales y familiares. Pero se ha visto que no es suficiente establecer el derecho al trabajo y proporcionar al individuo los medios para ejercerlo, porque puede suceder, por la condición biológica del hombre, que éste sienta menoscabada su integridad vital por los riesgos ordinarios de la vida y del trabajo.

Por esta circunstancia ha surgido la necesidad de complementar la legislación común del trabajo, con las normas de seguridad social, que —junto con reconocer el derecho a la salud, que es el más precioso bien del hombre y de la Nación— provean al asalariado y a la sociedad de los medios adecuados, necesarios y suficientes, para conseguir este objetivo.

Podemos decir así que, en síntesis, las nuevas normas jurídicas establecen derechos e imponen obligaciones; el derecho a la salud, al trabajo, a la indemnización del daño económico producido; la obligación individual de mantener la integridad vital y por ende, la capacidad de trabajo que es su consecuencia y la obligación colectiva de proporcionar los medios necesarios para cumplir estos objetivos.

El Estado, como representante máximo de la colectividad y del actual desarrollo social, tiene el deber de facilitar el cumplimiento de estos fines mediante una legislación apropiada.

Las nuevas normas del Derecho y los lazos de solidaridad que los informan, exigen una organización financiera adecuada, que debe guardar una estrecha relación entre las necesidades que deben satisfacerse entre los afiliados y los recursos económicos de que puede disponer la colectividad, a fin de superar la debilidad económica de cada uno de sus miembros, si se les considera aisladamente.

Esta organización financiera tiene sus bases en las cotizaciones de los tres grupos interesados en el seguro social.

Estas cotizaciones representan un porcentaje del salario o ganancias, que debe ser siempre de un monto suficiente para asegurar al trabajador el poder adquisitivo necesario para su subsistencia. Así se establece una estrecha relación, biológica y económica, entre la demografía que nos da a conocer el origen, la frecuencia y la gravedad de los riesgos y los salarios que paga la producción.

En esta organización, la cotización del trabajador representa su propio interés; este aporte directo robustece el reconocimiento de su derecho y vincula al asegurado con la institución, que lo libera de la inseguridad en que sin ella viviría. Razones de orden psicológico nos enseñan que el hombre se preocupa con mayor intensidad de toda obra en cuyo financiamiento tiene participación directa.

La cotización del empleador representa el interés del empresario de conservar y disponer de una mano de obra de calidad, que pueda darle el rendimiento que necesita su empresa y la amortización que exige el desgaste fisiológico del trabajador, minado o afectado por los riesgos ordinarios de la vida y del trabajo.

El aporte del Estado representa el espíritu de solidaridad social, directamente interesado en mantener cohesionados entre sí a los diversos componentes de la sociedad.

Así, las instituciones pueden poner al servicio de la población todos los recursos de la ciencia, aun los más onerosos, que de otra manera no podrían estar al alcance de los medios económicos individuales. La organización financiera colectiva permite en el terreno que nos ocupa un mejor aprovechamiento del arsenal sanitario y del trabajo médico, en forma intensiva, con la consiguiente eficacia y economía y el abaratamiento del costo unitario.

Las prestaciones en dinero permiten al asalariado y a su familia mantener su mismo nivel de vida al ser afectado por los riesgos, porque les conserva la totalidad de su salario o fracciones importantes de éste, me-

dante el pago de subsidios en casos de incapacidad temporal por enfermedad y pensiones en caso de invalidez, vejez y muerte. Se comprende que ellas deben ser de un monto suficiente para mantener el poder adquisitivo del consumo del asegurado, indispensables para la subsistencia personal y familiar.

Podemos decir, en síntesis, que la eficacia de la organización financiera del seguro social reside precisamente en que tiene su raíces en la base económica de los salarios o ganancias en relación con los riesgos que afectan a la población asegurada. Su organización financiera será tanto más perfecta cuanto más fielmente se reflejen en ella los factores económicos, demográficos y sociales, que son el *substratum* sobre los cuales se desarrolla la vida.

Naturalmente, los excedentes de recursos económicos que se producen durante el período transitorio en las instituciones de seguro social plantea, a cada país, problemas económico-financieros, en relación con la mayor o menor estabilidad monetaria, que son del más alto interés, sobre los cuales ya nos hemos referido en otras oportunidades y que corresponden al análisis de los regímenes financieros. Volveremos a ocuparnos próximamente de esta materia en vista de las recientes medidas que ordenan la liquidación de las reservas de seguridad constituidas por los bienes raíces.

Al bosquejar los diversos aspectos enunciados, queremos solamente esbozar las múltiples actividades técnicas que comprende nuestro proyectado plan de seguros sociales, que conjugan, sobre fundamentos jurídicos, la acción médica con la intervención social y económica en un todo orgánico que no puede ser separado porque se destruiría el sistema.

INTERVENCION ACTIVA MEDIANTE UNA MEDICINA SOCIAL DIRIGIDA

Analizaremos ahora las nuevas modalidades de orden médico-social.

En este orden, las nuevas concepciones representan una manifiesta superación de la etapa precedente de la medicina que sólo se ocupaba de atender al enfermo cuando el daño ya estaba producido o de indemnizar las consecuencias económicas de dicho daño.

La medicina de hoy día se ha hecho social. La posición pasiva ha sido substituida por una intervención activa. No se limita ya a la atención de los riesgos una vez producidos, sino que investiga las causas que los originan para poder prevenir sus efectos.

Esta orientación es la resultante de que la Medicina Social considera primordialmente que se debe ejercer una acción vigilante sobre el individuo sano, que representa un valor económico positivo, cuya conservación es la raíz misma de la supervivencia de la sociedad. En efecto, la integridad vital es el cimiento de la perpetuación de la especie y de la constitución de la familia, así como de la actividad productora, base de las riquezas de las naciones y de la elevación de los niveles de vida. Basta enunciar estos conceptos para comprender que la medicina ya no puede ser meramente individual sino social y que debe hacerse familiar y colectiva. Debe ex-

tenderse a la familia, porque la enfermedad es un riesgo que mengua la vitalidad de sus componentes, restringe sus posibilidades de toda índole y lleva, en ocasiones, a su destrucción. Debe hacerse social, porque la enfermedad es la causa primera y más importante de incapacidades, que sustraen elementos activos al proceso económico y los convierte en valores negativos, que constituyen cargas pasivas para la colectividad y factores de degeneración de la raza.

Planteado el problema en estos términos, se comprende que la acción de la Medicina Social deba dirigirse, en primer término, a las enfermedades transmisibles de trascendencia colectiva. Estas enfermedades son aquellas cuyo desarrollo es favorecido por condiciones económicas, sociales y culturales, desfavorables. Tal es el caso, por ejemplo, de la tuberculosis y de la sífilis, que se caracterizan porque en grandes proporciones tienen un comienzo insidioso e inaparente, con largos períodos de latencia, circunstancias que permiten que pasen desapercibidas por los afectados por ellas. En estas condiciones, cuando el enfermo tiene la iniciativa de consultar al médico, la enfermedad ha tomado ya un gran desarrollo, la capacidad de ganar está gravemente comprometida, la recuperación es muy difícil si no imposible, la duración es muy prolongada y el costo de curación es muy oneroso porque la acción médica ha llegado tardíamente.

De esta manera, la familia, el grupo social en que convive el enfermo, los sectores afines, la sociedad entera, han sido ya contaminados o están amenazados, por el carácter infectocontagioso de la enfermedad.

Para combatir estas afecciones y sus proyecciones sociales se hace necesario aplicar a estos sectores, en conjunto, los principios de la Medicina Social.

Los aspectos más fundamentales de ella son: una intervención médica conjugada en lo social y en lo económico con respecto al paciente, a la cual ya nos hemos referido, la concepción de una Medicina Dirigida y la aplicación de los preceptos epidemiológicos.

El conocimiento cada vez mayor de la patología y de la importancia que tienen las condiciones materiales y las formas sociales en que se desarrolla la vida del hombre en la actualidad, han inducido a considerar como epidemias y a tratar como tales, en forma extraordinaria, a una gran parte de la población, sino también a aquellas otras que, en forma ordinaria y continua, afectan a grandes masas.

Para combatir las es necesario obrar sobre todos y cada uno de los afectados. Este objetivo se consigue mediante los preceptos de la moderna epidemiología: investigación de todos los casos, declaración obligatoria de ellos, aislamiento durante el período contagioso, protección de los individuos expuestos al contagio, especialmente de los niños, saneamiento del ambiente y de los focos, etc., etc.

Esta política epidemiológica debe ser ejercida por los organismos de Salubridad del Estado, en la parte que se refiere al saneamiento del medio físico y a las relaciones de la sanidad internacional, y por las instituciones de seguro social en lo que se refiere a la protección directa de la salud de la población.

Para llevar a feliz término la aplicación de estos principios, el Seguro Social necesita intervenir en tres formas principales: investigar el estado de salud o de enfermedad de la población mediante un examen sistemático y periódico de los asegurados y sus familiares, con el objeto de llegar a diagnosticar precozmente la enfermedad; separar a los enfermos de los sanos lo más rápidamente posible, y tratar a los enfermos oportunamente para lograr una acción médica eficaz.

Únicamente de esta manera se consigue conocer la realidad sanitaria nacional y cumplir con una política efectiva de defensa de la salud.

Una política de esta naturaleza no puede desarrollarse por medio del ejercicio de la medicina liberal, que se caracteriza por su acción individual, ya que sólo le interesa el caso clínico del enfermo en sí mismo, con omisión del aspecto social. Esto no significa que la medicina individual deba desaparecer de la vida profesional, para ser reemplazada por una medicina de masas, como algunos erróneamente piensan. Lo que verdaderamente existe es que los beneficios de la medicina se hacen llegar a la masa en forma colectiva e individualizada a la vez, y por consiguiente, la clínica sigue ocupando el elevado nivel que le corresponde. Es así como el organismo jurídico-administrativo, que para la realización de este plan se crea, puede definirse como la institución que reúne en su seno la "comunidad de riesgos y de fondos" en forma colectiva e individualizada conjuntamente dando seguridad de medios de protección de la salud a través de Servicio Médico y seguridad de medios económicos de subsistencia dando acceso a los incapacitados a la propiedad de una renta mediante el pago de pensiones.

Pero la Medicina Social necesita realizarse en la práctica por medio de una Medicina Dirigida. Este concepto encierra la idea de una acción médica activa, vigilante y unitaria encaminada a la realización de los fines de un plan pre-establecido, destinado a investigar en orden de importancia la génesis, las manifestaciones (enfermedad, invalidez y muerte) de los principales factores morbosos que azotan a una población.

Implica, por tanto, un sistema legislativo adecuado que permita dicha acción unificada en el ambiente nacional y el sometimiento a normas técnicas de diagnóstico y tratamiento, precisas y uniformes, que racionalicen el trabajo médico y la utilización de los recursos.

En lo que se refiere al diagnóstico, éste ya no puede limitarse a una simple concepción morfológica sino que debe comprender una acepción más amplia, de índole ideológica, en la cual se contemplen conjuntamente con las alteraciones anatómicas y fisiológicas las condiciones profesionales, económicas y sociales del paciente.

En lo relativo al tratamiento, éste debe buscar ante todo la eficacia dentro de la economía, medido por la rapidez de recuperación. Así, entre dos medicamentos igualmente eficaces, debe preferirse al menos oneroso; pero puede suceder que un medicamento de alto costo resulte más económico por su mayor eficacia curativa. Debe tenerse presente siempre que lo que más interesa es el rápido restablecimiento de la capacidad de trabajo afectada por la enfermedad.

De acuerdo con lo dicho, se comprende que, tanto las normas legales como las normas técnicas no pueden ser de carácter permanente, porque necesitan adaptarse a los nuevos hechos que nos proporciona el mejor conocimiento de la realidad bio-social del país.

BREVE SINTESIS DE LAS ALTERNATIVAS DEL PROYECTO DE REFORMA

La protección de la salud se hacía en Chile por medio de las tres instituciones que ya hemos mencionado y se trataba de unificarlas orgánicamente dentro del sistema del Seguro Social que nos regía desde 1925, por iniciativa del Dr. Ezequiel González Cortés (Ley 4,054) y ampliado, en 1938, con las Leyes de Medicina Preventiva y de Protección de la madre y el niño, ambas de iniciativa del Dr. Eduardo Cruz Coke.

Todas estas instituciones con autonomía administrativa y financiera; pero bajo la égida del Estado a través del organismo técnico de orientación, de control y de investigación, adscrito al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, denominado en un comienzo, 1927-1942, Departamento de Previsión Social; con posterioridad, Dirección General de Seguridad Social, hasta 1952; y finalmente, hasta hoy, Superintendencia de Seguridad Social.

Sobre las bases de la experiencia chilena de 1925 a 1941 habíamos redactado el Proyecto de Ley enviado al Parlamento en 1941 por el Presidente de la República Excmo. Sr. Pedro Aguirre Cerda y el Ministro de Salubridad Dr. Salvador Allende Gossens.

La iniciativa de este mensaje permaneció estancada desde 1942 hasta 1944, fecha en que el Presidente de la República Excmo. Sr. Juan Antonio Ríos, siendo Ministro de Salubridad el Dr. Sótero del Río Gundían, pidió urgencia a la Cámara; pero ella fue retirada con posterioridad, refiriéndola para mejor oportunidad.

En 1946 pasó a ocupar la Primera Magistratura el Presidente Excmo. Sr. Gabriel González Videla que puso de actualidad el mencionado Proyecto, siendo Ministro de Salubridad el Sr. Guillermo Varas Contreras (1948-1949), y posteriormente el Dr. Jorge Mardones Restat (1950-1952). Antes de que el Proyecto se convirtiera en Ley, el Presidente de la República lo sometió a una revisión de una Comisión, presidida por él, en la que participaron, entre otros, el Ministro de Salubridad, Dr. Jorge Mardones Restat; el Director General de Seguridad Social, Dr. Julio Bustos Acevedo; el Vicepresidente de la Caja de Seguro Obrero, Dr. Alfredo Leonardo Bravo; el Dr. Hermes Ahumada, etc., etc.

Es satisfactorio dejar constancia que todos los partidos políticos concurrieron unánimemente a la aprobación del Proyecto de Ley que nos ocupa.

Aprobada ella, fue signada con el número 10,383, viniendo a reemplazar a la Ley 4,054 de Enfermedad, Invalidez y Vejez de los obreros, que estaba en vigencia desde 1924.

La tardanza de 10 años para la aprobación de una legislación tan delicada y trascendente que impone obligaciones contributivas, que otorga derechos a la masa obrera de Chile, dándole seguridad de medios de protección a la salud del asegurado y a su familia, no debe sorprender puesto que un proyecto presentado al Parlamento de los Estados Unidos, hace 10 años, por los señores Wagner, Murray y Dignell, no ha sido aprobado todavía, posiblemente porque los pueblos económicamente fuertes no necesitan con tanto apremio esta protección.

* * *

La Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social vino a reforzar la necesidad de realizar la reforma propuesta, y dos años más tarde fue robustecida con la celebración, en 1944, de la vigésima sexta Conferencia de la Organización del Trabajo, congregada en la ciudad de Filadelfia, a la cual pasamos a referirnos sucintamente.

III.—LA VIGESIMA SEXTA CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

(Filadelfia, 1944).

La Conferencia General de la O.I.T., reunida en Filadelfia, en su vigésima sexta reunión, durante el mes de mayo de 1944, adoptó, entre otras muchas; las siguientes declaraciones pertinentes a la materia que nos ocupa:

“

“

“c) La pobreza, en cualquier lugar, constituye un peligro para la “prosperidad en todas partes”;

“

“a) La plenitud del empleo y la elevación de los niveles de vida”;

“

“h) Protección de la infancia y de la maternidad”;

“

“RECOMENDACION (NUM. 67), REFERENTE A LA SEGURIDAD DE MEDIOS ECONOMICOS DE SUBSISTENCIA”.

“

“ . . . ; la participación de delegados del Consejo de Administración en la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social que adoptó la Declaración de Santiago de Chile; y la aprobación por el Consejo de Administración de los Estatutos de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social establecida como organismo permanente de cooperación entre las administraciones e

“instituciones de seguridad social y que actúa en relación con la “Oficina Internacional del Trabajo”;

“RECOMENDACION (NUM. 69), RELATIVA A LA ASISTENCIA MEDICA”.

“Considerando que ahora es conveniente dar los pasos necesarios para “el mejoramiento y unificación de los servicios médicos, su extensión a todos los trabajadores y sus familias, incluyendo las poblaciones rurales y los independientes, y la eliminación de graves “anomalías sin perjuicio del derecho que tiene todo beneficiario del “servicio médico para procurarse particularmente cuidados a sus “propias expensas”;

“5.—La asistencia médica debería otorgarse, ya sea a través de un “servicio médico del seguro social, completado con medidas suplementarias proporcionadas por la asistencia social, para satisfacer “las exigencias de los necesitados no cubiertos todavía por el seguro “social, o ya sea a través de un servicio médico público”.

“19.—La asistencia completa, preventiva y curativa, debería estar “constantemente disponible, razonablemente organizada, y coordinada, tanto como sea posible, con los servicios generales de salud”.

RESULTADOS DE LA APLICACION DE LA LEY NUM. 10,383 A LOS 10 AÑOS DE SU PROMULGACION

Número de obreros cotizantes.	1 264 000,
que con sus familiares hace un total de.	4 000 000,
aproximadamente.	
Salarios impondibles anuales	E° 373 271 504.72

RECURSOS

Cotización obrera	4.5% del salario
Cotización empleador	10.0% del salario
Aporte del Estado.	5.5% del salario
Otras entradas	2.0% del salario
	<hr/>
	22.0%

DISTRIBUCION FINANCIERA

Del 22% la mitad está destinada al seguro de enfermedad, servido por el Servicio Nacional de Salud, y la otra mitad para financiar las pensiones de invalidez, vejez, viudez y orfandad.

El Servicio Nacional de Salud además de los recursos señalados dispone de otros aportes fiscales destinados a los servicios de Higiene Pública y demás consultados en las disposiciones del Código Sanitario, que forman

parte integrante de él. Por esta causa el Presupuesto del Servicio Nacional de Salud es para este año del orden de los E° 120 000 000.00.

El Fondo de Pensiones de los obreros, como se ha dicho, está formado por la otra mitad de las cotizaciones, y tuvo un ingreso, en el último ejercicio correspondiente a 1961, de E° 44 509 863.55.

SE DISTRIBUYE DE LA SIGUIENTE FORMA:

Número de pensionados por invalidez y vejez	92 954
Valor anual de estas pensiones	E° 32 934 392.86
Número de pensiones de viudez y orfandad .	38 857
Valor anual de estas pensiones	E° 3 653 016.95
Cuotas mortuorias.	E° 692 334.65
Excedente del fondo de pensiones	E° 6 830 383.35

ASIGNACION FAMILIAR E INDEMNIZACIONES POR AÑOS DE SERVICIOS

En julio de 1953, durante la administración del Presidente Excmo. Sr. Carlos Ibáñez del Campo, se dictaron los Decretos Fuerza de Ley Núms. 245 y 243, relativos a asignación familiar obrera e indemnización por años de servicios para los obreros con financiamiento de cargo de los empleadores y de los asegurados, cuyas cotizaciones ascienden a 26% de los salarios que se descomponen como sigue: para asignación familiar de cargo del empleador el 22%, y de cargo del obrero el 2%; y para la indemnización por años de servicios, de cargo exclusivo para el empleador 2%.

Las entradas por este concepto alcanzaron en 1961 a E° 57 653 455.71.

El beneficio de la asignación familiar está destinado a ser distribuido entre los familiares de los asegurados en actividad, de manera que debe computarse como una especie de sobresueldo que se integra en el salario directo percibido por los activos.

La circunstancia de considerar los recursos para cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte, conjuntamente con los de la asignación familiar e indemnización, calificadas las dos últimas también como riesgos, tiene el inconveniente de presentar la elevada proporción total de 48% de los salarios. Este guarismo ha inducido a observadores de primera vista a decir que el costo de la Previsión Social de Chile es excesivo. A nuestro juicio dicho costo es equitativo si se tiene presente que el Servicio Nacional de Salud involucra, además del seguro de enfermedad y sus correspondientes subsidios de reposo, la totalidad de los servicios de higiene pública ambientales, de profilaxis y de policía sanitaria que ordena el Código pertinente. La verdadera situación consiste en que los bajos salarios y sueldos han debido complementarse con la asignación familiar de nuestra referencia.

El verdadero costo del Seguro Social (Ley Núm. 10,383) es de 11% de los salarios para el seguro de enfermedad y maternidad, y de 11% para el seguro de pensiones.

* * *

Además del sistema de seguro social obrero, contenido en la Ley Núm. 10,383, existen en Chile otras instituciones de Seguridad Social que corresponden a empleados particulares, públicos, ferroviarios, etc., sin contar el personal de las Fuerzas Armadas y bancarios, todos los cuales estaban incluidos en el primitivo planteado, de 1939, como ya se dijo anteriormente.

Los empleados ascienden a la cantidad de 503,038 imponentes activos, que percibieron sueldos durante el segundo semestre de 1961 por un total de E° 226 671 100.00, más las asignaciones familiares correspondientes. Los jubilados alcanzaron a la cantidad de 68,184 y los pensionados por viudez y orfandad a 34,800. El valor de estas pensiones, en el mismo período ya indicado por ambos rubros, representa la cantidad de E° 52 469. 692.00.

Ahora bien, si al total de los empleados activos se le agrega sus familiares, en forma calculada se puede estimar el conjunto de éstos en 2 000 000 de personas. De esta manera, sumando los sectores de empleados y obreros cotizantes activos tenemos la cantidad de 1 767 038, a los cuales si se les agregan sus familias dan un total de 6 000 000; dentro de la población de 7 000 000 y fracción que son el total de habitantes del país.

Antes de terminar es interesante consignar que, desde 1931 hasta 1960, la mortalidad general y la infantil de menores de un año, ha descendido a la mitad, con el consiguiente aumento de la población y de la duración de la vida.

La integración de los resultados del Seguro Social en la Economía Nacional hace de éste una de las herramientas más eficaces de la Política Económica y Social que aspiran a realizar los Gobiernos democráticos.