

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XVIII

EPOCA III

Núm. 56

PRIMER CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARZO-ABRIL

1969

MEXICO, D. F.

CIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
ES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
E ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana 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.

	Pág.
NORMAS INTERNACIONALES DE LA OIT SOBRE PROTECCION DE LA SALUD. ASISTENCIA MEDICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL Y MEDICINA DEL TRABAJO. <i>Dr. Antoine Zelenka</i>	217
Introducción	217
ASISTENCIA MEDICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL	221
Instrumentos normativos adoptados por la OIT y su evolución	221
Enfermedad	222
Organización de la asistencia médica	223
Campo de aplicación	225
Concepto de la contingencia	226
Servicios comprendidos en las prestaciones	228
Período de calificación. Duración de las prestaciones	229
Revisión de convenios	230
Maternidad	235
Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	237
General	241
NORMAS INTERNACIONALES DE LA OIT EN LA ESFERA DE LA MEDICINA DEL TRABAJO	245
Introducción	245
Organización de los servicios de medicina del trabajo	247
La medicina del trabajo en las pequeñas empresas y en los países en vías de desarrollo	247
Protección de la Salud en los lugares de trabajo	249
Higiene en las oficinas y en el comercio	250
Examen médico de los trabajadores jóvenes	250
Protección contra riesgos particulares	251
Protección de la gente de mar	251
Radiaciones ionizantes	252
Prevención y supresión del polvo	252
Lucha contra la neumoconiosis	253
Substancias peligrosas	253
Peso máximo de la carga que puede ser transportada por un trabajador	254
INFORME FINAL	255

ASISTENCIA MEDICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Instrumentos normativos adoptados por la OIT y su evolución

Instrumentos relacionados con la salud han sido adoptados por la OIT ya desde su primera reunión (Washington, 1919): la protección de la maternidad (Convenio Núm. 3); la prevención del carbunco (Recomendación Núm. 3); el saturnismo (mujeres y niños) (Recomendación Núm. 4); la inspección del trabajo (servicios de higiene) (Recomendación Núm. 5), y el fósforo blanco (Recomendación Núm. 6). Fueron luego objeto de normas convencionales los accidentes del trabajo (Convenio Núm. 12, 1921) y las enfermedades profesionales (Convenio Núm. 13 sobre la cerusa, 1921 y Convenio Núm. 18 sobre las enfermedades profesionales, 1925) para llegar por último al seguro de enfermedad (Convenio Núm. 24 sobre el seguro de enfermedad (industria), 1927 y Convenio Núm. 25 sobre el seguro de enfermedad (agricultura), 1927).

En la parte del presente informe que trata de los instrumentos relacionados con la asistencia médica en la seguridad social se ha preferido iniciar el examen de los instrumentos normativos de la protección médica del beneficiario en la contingencia de la enfermedad, que ocurre con mayor frecuencia y tiene mayor alcance asistencial y económico. Seguirá el examen de los instrumentos adoptados para la protección y la asistencia médica de la maternidad y, por último, de las normas relativas a la asistencia médica en los accidentes del trabajo y en las enfermedades profesionales, sin tomar en consideración los instrumentos sobre trabajo nocturno, edad mínima, trabajo marítimo, emigrantes, etc., en los cuales no se hace referencia explícita a la atención médica, aun si a su adopción ha contribuído el criterio de la prevención de posibles daños a la salud.

1. ENFERMEDAD.

En su séptima reunión (1925), la Conferencia de la OIT adoptó una resolución acerca de la labor futura de la Oficina sobre seguros sociales, sugiriendo que se incluyera la cuestión del seguro de enfermedad en el orden del día de la décima reunión (1927) de la Conferencia. En ésta, en vista de las dificultades prácticas, propias de la agricultura, se convino en adoptar convenios análogos pero separados sobre el seguro de enfermedad, uno para la industria y el comercio (Núm. 24) y otro para la agricultura (Núm. 25). De los países americanos, Chile, Colombia, Uruguay, Nicaragua y Haití ratificaron ambos Convenios; Perú y Ecuador ratificaron exclusivamente el Convenio Núm. 24 (industria). De todos los países Miembros, al 31 de julio de 1968, 22 han ratificado el Convenio Núm. 24 y sólo 17 el Convenio Núm. 25 (agricultura).

En estos Convenios — que se distinguen por su campo de aplicación — se establece el derecho del asegurado a una indemnización supeditada al cumplimiento de ciertas condiciones y obligaciones. Por el mismo período previsto para la indemnización, bajo ciertas condiciones específicas, se reconoce el derecho al tratamiento médico gratuito y al suministro también gratuito de medicamentos y medios terapéuticos suficientes, admitiendo sin embargo, la posibilidad de pedir al beneficiario una participación en los gastos de la asistencia. En los mismos documentos está prevista la posibilidad de concesión de asistencia médica también a los miembros de la familia del asegurado que vivan en su casa y estén a su cargo. Entre las condiciones a las cuales está supeditado el otorgamiento de las prestaciones en metálico, hay la que se refiere al deber del asegurado de observar las prescripciones médicas y a someterse al control de la institución de seguro: estas condiciones establecen por primera vez las relaciones entre el otorgamiento de las indemnizaciones y los servicios de asistencia médica.

La misma Décima reunión de la Conferencia señaló, en la Recomendación Núm. 29, principios generales que aparecían como los que mejor podían orientar un eficaz y adecuado seguro de enfermedad. La Recomendación trata del campo de aplicación, prestaciones en especie y en metálico, organización del seguro, recursos, solución de conflictos, etc.

En 1936, la Conferencia General de la OIT adoptó el Convenio Núm. 56 relativo al seguro de enfermedad de la gente de mar: en su Art. 3 se precisa — adaptándolo a las particulares condiciones de estos

trabajadores — el derecho del asegurado a la asistencia facultativa de un médico calificado, al suministro de medicamentos de buena calidad y en cantidad suficiente, admitiéndose sin embargo (Art. 3/2) que pueda exigirse del asegurado el pago de una parte de los gastos de atención médica.

Después de la segunda guerra mundial sobrepasando los conceptos limitados del seguro social, los nuevos regímenes de seguridad social pasaron a formar parte integrante de la política nacional seguida por muchos gobiernos con objeto de mejorar las condiciones de vida, lo que no pudo ser previsto en los convenios de la preguerra. Como ejemplo de la evolución internacional antes y durante la segunda guerra mundial en el campo de la seguridad social deben citarse las resoluciones adoptadas en Santiago de Chile y en La Habana por los Estados de América Miembros de la OIT, respectivamente en 1936 y 1939, contenidas en el Código Interamericano de Seguros Sociales. En 1946, la Conferencia Regional Preparatoria Asiática de la OIT examinó los problemas de la seguridad social. En su resolución, la Conferencia hacía hincapié en el papel de los servicios públicos de asistencia médica.

En 1950, la OIT encargó a un comité de expertos el estudio de la posibilidad de formular un convenio que cubriese todo el campo de la seguridad social a la luz de las recientes evoluciones y que estableciese normas mínimas y normas avanzadas para la legislación nacional, incluyendo la seguridad social en el orden del día de las Conferencias en 1951 y 1952. En 1952, la Conferencia, en su 35ª reunión, adoptó el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), Núm. 102, dejando a los estudios de la Oficina el problema de la norma avanzada. Al 31 de julio de 1968, 19 de los 128 Estados Miembros de la OIT habían ratificado este Convenio en todo o en parte: de los Estados de América, sólo México y Perú aparecen entre éstos.

1.1. *Organización de la asistencia médica.*—

La Recomendación Núm. 29 señala que la buena organización de la asistencia médica y la constitución y utilización razonables del material sanitario se pueden obtener, salvo en ciertas circunstancias especiales, mediante una concentración de esfuerzos en el ámbito territorial.

En el Convenio Núm. 102 se evidencia la notable evolución desde los instrumentos anteriores a la segunda guerra mundial: muy particularmente no se recomienda el seguro social como el único método para administrar las prestaciones de la seguridad social, reconociéndose otros,

como el de los servicios públicos financiados por los recursos generales del Estado.

La evolución en este sentido venía diseñándose desde hacía años tanto en el plano internacional como en el nacional. En la ya citada Conferencia Regional Preparatoria Asiática se subrayaba el importante papel desempeñado por los servicios públicos de asistencia médica en esa región. En el aspecto nacional el desarrollo más notable hacia el concepto contemporáneo de seguridad social en — lugar del de seguro social clásico — lo constituye la creación en el Reino Unido del Servicio Nacional de la Salud. Varios países habían establecido antes o crearon poco después amplios servicios de asistencia médica con características parecidas, como por ejemplo, Bulgaria, Checoslovaquia, Hungría, Nueva Zelanda, Polonia y U.R.S.S. En América debe mencionarse el caso de Chile, cuya ley de creación del Servicio Nacional de Salud fue promulgada (julio de 1952) casi al mismo tiempo de adoptarse por la Conferencia Internacional del Trabajo el Convenio Núm. 102.

La nueva tendencia no sólo significaba un cambio en la clase de organismos que podían encargarse del suministro de los servicios médicos — servicio público de salud y no exclusivamente institutos de seguro social — sino también en otros aspectos.

Respecto a financiamiento, por ejemplo, los Convenios Núms. 24 y 25 establecían categóricamente la participación de “Los asegurados y sus empleadores” en “la formación de la Caja del Seguro de Enfermedad” (artículo 7 de uno y otro Convenio) mientras que el Convenio Núm. 102 admite que el costo de las prestaciones y los gastos de administración sean financiados por medio de cotizaciones o de impuestos o por ambos medios a la vez. El financiamiento por impuestos está evidentemente relacionado con el carácter de servicio público de esos organismos nacionales de salud. Otra consecuencia de esta evolución es la de no insistirse ya, en forma tan absoluta, en el Convenio Núm. 102, en la intervención de los asegurados en la administración. Los Convenios Núms. 24 y 25 disponían (artículo 6, párrafo 2) que éstos debían “participar en la administración de las instituciones autónomas de seguro” que eran las instituciones designadas para administrar el seguro de enfermedad. La administración de este seguro se admitía que pudiera ser asumida directamente por el Estado, pero sólo a título excepcional y transitorio, durante todo el tiempo que la administración por instituciones autónomas resultare difícil, imposible o inadecuada. Los servicios nacionales de salud pública no constituyen entidades autónomas de seguro. En concordancia con ello el Convenio Núm. 102 (artículo 72) establece la

participación de representantes de las personas protegidas en la administración — o el estar asociados a ella con carácter consultivo — pero sólo en los casos en que la administración “no esté confiada a una institución reglamentada por las autoridades públicas o un departamento gubernamental responsable ante un parlamento”.

1.2. *Campo de aplicación.*—

Otra evolución interesante se refiere a las categorías de personas protegidas. El campo de aplicación establecido en los Convenios Núms. 24 y 25 se refería únicamente a los asalariados. Entre las exclusiones admitidas estaba la de “los trabajadores cuyos salarios o ingresos superen el límite que fije la legislación nacional” (artículo 2, párrafo 2, b). Se encuentra aquí el concepto de que la protección podría limitarse a los económicamente débiles, conforme a los primitivos principios del seguro social. La recomendación Núm. 29 adoptada por la misma décima reunión de la Conferencia propone que la posibilidad de excluir a los trabajadores cuyas ganancias excedan de ciertos límites sólo se aplique a los trabajadores cuyas ganancias o ingresos alcancen una suma que razonablemente pueda permitirle sufragar los gastos de enfermedad. Por otra parte, expresa que los miembros de la familia del asegurado que vivan en su casa y a su cargo deberían disfrutar de asistencia médica cada vez que esto sea prácticamente posible.

El Código Interamericano de Seguros Sociales¹ propone que el seguro de enfermedad se extienda a todos los asalariados en general, pero además expresa que debieran incluirse “los trabajadores independientes cuya renta no rebase un límite más allá del cual pueda considerarse razonablemente que están en condiciones de sufragar por sí mismos el gasto que ocasione la enfermedad”. La proposición de que al menos ciertas categorías de trabajadores por cuenta propia tengan acceso a las prestaciones médicas de la seguridad social representa en esa época un progreso de interés frente al primitivo concepto de proteger sólo a los asalariados. Por otra parte, el mismo Código Interamericano expresa que los miembros de familias de asalariados que vivan con él y a su costa, y principalmente la cónyuge y los hijos menores también deben contar con servicios de asistencia médica.

La Recomendación Núm. 67, adoptada en 1944, indica que convendría estudiar la posibilidad de asegurar a los trabajadores independientes

¹ Sus disposiciones se tomaron de las resoluciones aprobadas en las Conferencias de los Estados de América Miembros de la OIT, de Santiago de Chile (1936) y La Habana (1939).

contra las contingencias de enfermedad y maternidad que necesiten hospitalización, enfermedad que haya durado varios meses y gastos extraordinarios debidos a enfermedad y maternidad. La misma 27ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Filadelfia, 1944) va aún más allá en su Recomendación Núm. 69 sobre la asistencia médica, pues establece que el servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo. Se encuentra así consignado en un instrumento internacional un principio que constituye una de las metas finales de la moderna seguridad social, es decir, la protección a toda la población.

A propósito de esta 27ª Conferencia, es oportuno recordar que la Declaración de Filadelfia ahí aprobada e incorporada como anexo de la Constitución de la OIT, reconoce la obligación de la OIT de promover programas que motiven las medidas de seguridad social para prestar asistencia médica completa.

El Convenio Núm. 102 (1952), en lugar de utilizar conceptos estrictamente jurídicos para definir la ampliación del campo de aplicación, enumera diversos criterios estadísticos. En lo que se refiere a la asistencia médica, se estima que se cumple con el Convenio si se protege a categorías de asalariados que constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados (así como a sus esposas e hijos), o a categorías de la población económicamente activas que constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes (así como a sus esposas e hijos), o a categorías de residentes que constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los residentes.

Otra novedad del Convenio Núm. 102, comparado con los Núms. 24 y 25, es la de contemplar excepciones temporales para los países cuya economía y cuyos recursos médicos están insuficientemente desarrollados. Para tales países se admite una norma mínima inferior en cuanto a la proporción de personas que por lo menos deban estar protegidas. En cambio, los Convenios Núms. 24 y 25 no daban lugar a una situación transitoria de esta clase, rígida norma que probablemente impidió la ratificación de estos convenios a países en vías de desarrollo. La aludida disposición y otras análogas contenidas en el Convenio Núm. 102 contribuyen a estimular la introducción de programas de seguridad social, comprendida la asistencia médica, en esa clase de países.

1.3. *Concepto de la contingencia.*—

En los Convenios Núms. 24 y 25 el derecho al tratamiento médico

estaba supeditado a un estado de “enfermedad”, cuya definición, sin embargo, es biológica y legalmente compleja.

Sin embargo, una idea más amplia de la contingencia, con la incorporación del concepto de prevención, se sustenta ya en la misma 10ª reunión de la Conferencia que adoptó los Convenios mencionados. En efecto, la Recomendación Núm. 29 allí aprobada pone de relieve el hecho de que la mayor parte de las enfermedades pueden prevenirse y hace resaltar las ventajas de una política preventiva. Declara, por otra parte, este instrumento que el seguro de enfermedad debería proporcionar una asistencia preventiva al mayor número posible de individuos.

Entre los objetivos generales del seguro social establecidos en el Código Interamericano de Seguros Sociales se incluye la declaración de que el seguro social debe organizar la prevención de riesgos tales como la enfermedad y de que la seguridad de la salud exige la aplicación de un conjunto coordinado de prestaciones en especie que tengan por objeto ofrecer a los asegurados y a los miembros de su familia, aquellos medios de acción de la medicina moderna que puedan preservar la salud y permitan que se diagnostiquen y traten las afecciones desde su comienzo.

La amplia Recomendación Núm. 69 expone la necesidad que tienen las personas de tratamiento tanto curativo como preventivo por parte de la profesión médica y de las profesiones afines. En cuanto a la necesidad de tratamiento preventivo, cuyo fin debe ser el de conservar y mejorar la salud de las personas, la Recomendación Núm. 69 va más lejos que la Recomendación Núm. 29 que sólo se refiere a medidas preventivas para pacientes en los que se hayan comprobado indicios tempranos o síntomas de enfermedad.

Diversas conferencias regionales de la OIT y otras reuniones se hicieron eco de la importancia de la prevención como un aspecto legítimo de los programas de seguridad social, con o sin referencia específica a la Recomendación Núm. 69, como, por ejemplo, la Conferencia Regional Preparatoria Asiática (1947), que instó en una resolución sobre seguridad social a la integración o estrecha asociación de los servicios de asistencia médica, salud general e higiene, con el propósito de hacer más efectiva la primera mediante el refuerzo y la ampliación de las medidas preventivas y de higiene.

El Grupo consultivo de expertos médicos convocado por la OMS en diciembre de 1951, a solicitud de la OIT, para revisar las disposiciones médicas del proyectado Convenio Núm. 102 declaró, *inter alia*, que “es más evidente cada día que no cabe hacer una distinción real

entre medicina preventiva y curativa. Los programas de asistencia médica no sólo deben prestar servicio a las personas en estado mórbido, sino también a personas que se presume gozan de buena salud en el presente”.

En el Convenio Núm. 102 se adopta el principio que la entidad aseguradora debe garantizar la asistencia “de carácter preventivo y curativo” (Art. 7) a las personas protegidas “cuando su estado lo requiera”; esta definición más flexible evita las dificultades jurídicas y prácticas inherentes a la definición de los Convenios Núms. 24 y 25 y amplía el campo de acción de los servicios de la seguridad social en conformidad con las prácticas más modernas de la atención médica. En el Art. 8 está precisado explícitamente que la etiología de la enfermedad no limita el derecho a la asistencia que debe ser asegurada además para el embarazo, el parto y sus consecuencias.

1.4. *Servicios comprendidos en las prestaciones.*—

Los Convenios Núms. 24 y 25 prevén el derecho al tratamiento por un médico debidamente calificado y al suministro de medicamentos y medios terapéuticos suficientes y de buena calidad (Art. 4, párrafo 1).

La Recomendación Núm. 29 propone conceder los servicios de especialistas, tratamiento dental u hospitalización cuando las circunstancias lo requieran.

Las siguientes son las prestaciones mínimas previstas en el Convenio Núm. 102 (Art. 10, párrafo 1):

- a) En caso de estado mórbido:
 - i) La asistencia médica general, comprendidas las visitas a domicilio;
 - ii) La asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
 - iii) El suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados, y
 - iv) hospitalización, cuando fuere necesaria.
- b) En caso de embarazo, parto y sus consecuencias:

- i) La asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada, y
- ii) La hospitalización, cuando fuere necesaria.

Se observa que el Convenio Núm. 102 comprende, entre los servicios que deben otorgarse, la hospitalización, lo que no estaba dicho expresamente en los convenios anteriores. No hace falta subrayar la importancia de incluir la hospitalización entre los servicios de la asistencia médica: además de los casos en que la naturaleza misma de la enfermedad o de su tratamiento imponen la internación en un hospital, la hospitalización puede asegurar el restablecimiento o acortar la duración de la enfermedad, en particular en aquellos casos en que las malas condiciones de salubridad en la vivienda del trabajador, sus deficientes hábitos alimenticios y otros factores obrarían negativamente.

En el caso de que se requiera participación en los gastos, con el fin evidente de limitar eventuales abusos, se establece que sea reglamentada “de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo” (Art. 10, párrafo 2). Un gravamen económico excesivo a cargo del beneficiario puede, de hecho, impedir a éste el recurso a la atención médica para los trastornos menos importantes en el momento más oportuno para el diagnóstico y tratamiento precoces de las grandes enfermedades sociales y la prevención de las complicaciones de las enfermedades comunes. Los Convenios Núms. 24 y 25 (Art. 4) no contenían esta frase encaminada a limitar la cuantía de la participación.

Teniendo “por objeto, conservar, restablecer o mejorar la salud” y la “aptitud para el trabajo”, la asistencia médica (Art. 10, párrafo 3) comprende implícitamente la prevención y la rehabilitación. Por ende, hasta cuando un sistema de seguridad social integral — cubriendo la totalidad de la población — no haya substituído al seguro social obligatorio, sus servicios de atención médica deben emplearse a fomentar — so pena de limitar su eficacia y aumentar el costo de las prestaciones médicas — las medidas preventivas individuales o personales coordinando su acción con los servicios generales de salud (Art. 10, párrafo 4) y la rehabilitación de las personas protegidas.

1.5. *Período de calificación. Duración de las prestaciones.*—

Los Convenios Núms. 24 y 25 establecen que el asegurado tendrá derecho a la asistencia médica desde el principio de la enfermedad y por lo menos hasta la expiración del período previsto para la concesión

de la indemnización por enfermedad. Este período debe abarcar por lo menos las primeras 26 semanas de incapacidad. La Recomendación Núm. 29 propone que las prestaciones en especie se concedan desde el comienzo de la enfermedad y durante todo el tiempo que el estado del enfermo lo exija y que el asegurado tenga derecho gratuitamente a ellas desde el comienzo de la enfermedad y, por lo menos, hasta la terminación del período previsto para la concesión de la indemnización por enfermedad.

En el Convenio Núm. 102 el inicio del otorgamiento de las prestaciones médicas puede supeditarse, con el fin expreso de “evitar abusos”, al cumplimiento de un período de calificación (tiempo mínimo de empleo, de afiliación o cotización al seguro de enfermedad para poder disfrutar de las prestaciones — en servicios, en especie, o en metálico — previstas por la ley) (Art. 11).

El Convenio prevé que las prestaciones médicas deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia, pero permite al Miembro fijar una duración máxima de las prestaciones que no puede ser menos de 26 semanas; sin embargo, puede, a juicio de las autoridades competentes, ser extendido hasta cubrir las necesidades de la contingencia cubierta (enfermedades crónicas, sociales y contingencias derivadas de riesgo profesional). En ciertos países en vías de desarrollo — a los cuales se reconoce el derecho de atenerse sólo en parte a las normas convencionales — la duración de las prestaciones puede ser limitada de una forma provisional hasta 13 semanas.

1.6. *Revisión de convenios.*—

En sus sesiones 134ª (1957) y 140ª (1958), el Consejo de Administración de la OIT recomendó la convocación de una reunión de expertos en seguridad social con la tarea de revisar los convenios adoptados entre 1925 y 1935 que se tornaban anticuados por la evolución en el terreno de la seguridad social: se recomendó que, en la revisión de los convenios sobre seguros sociales, se tomaran en cuenta las disposiciones del nuevo y amplio Convenio Núm. 102. La Comisión nombrada al efecto envió un informe al Consejo de Administración de la OIT que, en su sesión 141ª (1959), tomó nota de las siguientes observaciones:

- a) Los convenios sobre seguridad social anteriores a la guerra no corresponden en su conjunto a la evolución de numerosos regímenes de seguridad social; el concepto de la seguridad social y su aplicación práctica han evolucionado en una medida y en

un sentido imprevisibles en la época en que fueron adoptados por la Conferencia los referidos convenios sobre seguridad social.

- b) La mayoría de los convenios anteriores a la guerra relativos a la seguridad social contienen disposiciones detalladas que tienden a hacerlos demasiado rígidos y a obstaculizar su ratificación por un gran número de países.
- c) Los convenios sobre seguridad social anteriores a la guerra no han establecido normas internacionales relativas al nivel de las prestaciones que deban ser garantizadas respecto a las diversas contingencias previstas.
- d) Los convenios sobre seguridad social anteriores a la guerra no tienen el dinamismo necesario para orientar y estimular a los países que comiencen a introducir programas de seguridad social.
- e) En el período posterior a la guerra, sobre todo en la última década, las legislaciones nacionales de diversos países han agregado a las ramas existentes de seguridad social nuevas categorías de prestaciones. Estas deben tenerse en cuenta en los nuevos instrumentos internacionales.

La Comisión recomendó, *inter alia*, la revisión de los convenios sobre las siguientes ramas de la seguridad social: a) prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; y b) prestaciones de enfermedad; además, opinó que deberían crearse instrumentos internacionales separados para cubrir cada una de las ramas mencionadas. Con referencia particular a los Convenios Núms. 24 y 25, la mayoría de la Comisión consideró que éstos deberían revisarse por las siguientes razones:

- a) Estos convenios no autorizan más que los regímenes de seguro obligatorio, mientras que actualmente cierto número de países conceden prestaciones en dinero en caso de enfermedad y asistencia médica mediante otros sistemas de seguridad social, tales como un servicio financiado por impuestos aplicable al conjunto de la población con el requisito de comprobación de recursos en ciertos casos o un régimen de seguro facultativo controlado y subvencionado por el Estado o incluso un servicio financiado con fondos de organizaciones públicas.

- b) Las disposiciones relativas al campo de aplicación de los convenios son demasiado detalladas y ciertas disposiciones son demasiado rígidas.
- c) Además, la mayoría de los expertos opinaron que sería oportuno disponer que la asistencia médica sea concedida a los miembros de la familia de las personas protegidas.
- d) Al mismo tiempo, la mayoría de los expertos estimaron que los Convenios Núms. 24 y 25 no contienen disposiciones adecuadas para los países que tratan de introducir un régimen de seguridad social y que convendría prever excepciones transitorias en favor de estos países.

El Consejo de Administración de la OIT en su reunión 165ª (1966) ordenó un estudio sobre legislación y práctica con respecto a la revisión de los Convenios Núms. 24 y 25. Examinadas sus conclusiones, el Consejo de Administración decidió incluir en el orden del día de la reunión 52ª (1968) de la Conferencia de la Organización la cuestión de la revisión de los Convenios Núms. 24 y 25.

La Conferencia aprobó el informe de su Comisión de Seguridad Social y en particular las conclusiones propuestas para la elaboración de un convenio y una recomendación sobre seguro de enfermedad. La Conferencia efectuará una segunda discusión de esta materia en su 53ª reunión en 1969, con miras a la adopción de un convenio y una recomendación. La Oficina ha preparado los textos de un proyecto de uno y otra, con base en las conclusiones aprobadas por la Conferencia en su 52ª reunión, proyectos que han sido comunicados a los gobiernos. A continuación se hará referencia al informe de la Comisión y a las conclusiones propuestas antes aludidos referentes a las revisiones propuestas a los Convenios Núms. 24 y 25.

En el texto del informe de la Comisión se definen las contingencias cubiertas de esta manera:

“a) La necesidad de asistencia médica curativa o preventiva”; y en el texto del proyecto de convenio comunicado a los gobiernos¹ se repite aproximadamente el concepto:

“a) La necesidad de asistencia médica curativa o, en las condiciones prescritas, asistencia médica preventiva”.

¹ Conferencia Internacional del Trabajo, 53ª reunión, 1969 Informe V (1).

La evolución conceptual que intercorre entre las definiciones de los Convenios 24 y 25 (incapacidad para trabajar a consecuencia del estado anormal de la salud física o mental) y del Convenio 102 (todo estado mórbido) y la definición de “necesidad de asistencia médica curativa y preventiva” aparece evidente: mientras que en las primeras se define una situación que debe objetivarse (estado anormal o mórbido), en el texto de la Comisión se reconoce como posible contingencia cubierta una exigencia subjetiva (necesidad de asistencia curativa o preventiva) en la cual, además, se enfatiza la oportunidad de ampliar el alcance de la prevención (individual).

La formulación genérica de la “necesidad de asistencia” hace innecesaria la distinción entre salud física y mental y entre el estado mórbido común o profesional y el embarazo, parto y sus consecuencias, en cuanto todas estas contingencias determinan el previsto estado de necesidad de asistencia. La simplificación de la fórmula amplía su alcance y hace más flexible su interpretación.

Indicando las prestaciones que deberían otorgarse, el texto del informe añade a los cuatro puntos del Convenio Núm. 102 (asistencia médica general, por especialistas, farmacéutica y hospitalización) la asistencia dental y la rehabilitación médica con el suministro, mantenimiento y renovación de los aparatos de prótesis y ortopedia que se admite, en caso de insuficientes recursos, puedan ser temporalmente excluidas.

Por lo que a la participación en los gastos se refiere se precisa que esta participación debe ser limitada de manera tal que no “envuelva el riesgo de volver menos eficaz la protección médica y social”. Esta precisión responde a los más correctos dictámenes de la medicina social y de la lucha contra las enfermedades sociales, subrayando en otra forma la importancia de la prevención individual.

Siempre con miras al desarrollo de la protección médico-social, el informe afirma la oportunidad de que las prestaciones sean concedidas durante toda la contingencia y no sean suspendidas cuando la enfermedad requiere un tratamiento prolongado. Esta proposición implica un notable progreso en comparación con las disposiciones de los Convenios Núms. 24 y 25 que contemplan la asistencia médica por lo menos hasta la expiración del período previsto para la concesión de la indemnización por enfermedad, es decir, 26 semanas. Conforme a los modernos conceptos de la seguridad social el informe de la Comisión propuso que la conservación del derecho a la asistencia médica se basa única-

mente en razones médicas, mientras el beneficiario no deje de pertenecer a las categorías de personas protegidas. Desaparece la posibilidad de limitación prevista en los Convenios Núms. 24, 25 y 102. Aun en el caso de que el beneficiario deje de pertenecer a las categorías de personas protegidas, en caso de una enfermedad que haya empezado cuando dicha persona pertenecía a esas categorías, si bien se admite la limitación de la duración a un período no inferior a 26 semanas, deberá ser extendida en caso de enfermedades que requieran un tratamiento prolongado.

Entre las circunstancias que autorizan la suspensión del otorgamiento de las prestaciones está indicada claramente aquella que se verifica “cuando el interesado... no utilice los servicios médicos o los servicios de readaptación... o no observe las reglas para comprobar la existencia o la continuación de la contingencia o las reglas respecto de la conducta de los beneficiarios”. Esta norma tiende a poner en evidencia la necesidad, de alcance más social que económico, del control de los beneficiarios en uso de prestaciones médicas.

El informe de la Comisión concluye con una recomendación que tiene valor de indicación y de estímulo hacia el desarrollo futuro de las prestaciones de asistencia médica en sentido preventivo y médico-social.

“Se debería conceder a las personas protegidas en relación con las prestaciones monetarias por enfermedad una prestación monetaria en caso de ausencia justificada del trabajo con pérdida de ganancias que tenga como causa:

- a) El que el interesado deba someterse a un tratamiento médico preventivo;
- b) El que el interesado esté aislado con motivo de una cuarentena;
- c) El que el interesado esté bajo observación médica con fines de readaptación;
- d) El que el interesado tenga un permiso de convalecencia”.

“La asistencia médica y servicios conexos deberían comprender el suministro de anteojos”.

“La asistencia médica y servicios conexos deberían incluir servicios de convalecencia”.

“No debería requerirse que el beneficiario participe en el costo de las prestaciones:

- a) Si sus recursos no exceden de límites prescritos por la legislación nacional;
- b) Si se trata de enfermedades que se reconoce necesitan un tratamiento prolongado”.

“El derecho a las prestaciones no debería estar subordinado a un período de calificación”.

“Cuando el beneficiario o, si es del caso, su sostén a su familia deja de ser una persona protegida, de acuerdo con lo que prescriba la legislación nacional, la asistencia médica y servicios conexos en caso de una enfermedad que haya empezado cuando dicha persona era todavía una persona protegida deberían otorgarse durante toda la contingencia”.

Informaciones más detalladas sobre la evolución y el desarrollo actual — en distintos países y en la elaboración de las normas de la OIT sobre atención médica — se encuentran en el Informe VI (1 y 2) sobre el sexto punto del orden del día de la quincuagésima segunda reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Ginebra, 1968).

2. MATERNIDAD.—

Los más recientes instrumentos (Convenio Núm. 102 y el texto del informe de la Comisión para la revisión de los Convenios 24 y 25) definen la atención médica, como acción de protección de la salud en todas las contingencias normales y patológicas. Sin embargo, la particular condición femenina frente al embarazo, el parto y el puerperio ha determinado a la OIT, ya desde su primera reunión (Washington, 1919), a formular un instrumento en forma de convenio (Núm. 3/1919) relativo al empleo de las mujeres antes y después del parto, que fue ratificado por 22 Estados Miembros, entre los cuales Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Nicaragua, Panamá, Uruguay y Venezuela.

En este instrumento con el fin de salvaguardar la salud de la madre y del hijo se reconoce el derecho de la mujer a ausentarse del trabajo durante seis semanas antes y después del parto, a recibir la asistencia gratuita de un médico o de una comadrona y a los descansos necesarios para permitir la lactancia, si amamanta a su hijo. La contingencia relacionada con el estado de maternidad otorga el derecho a la mujer a verse protegida contra el riesgo de despido durante el período de ausencia del trabajo por el reposo prescrito en relación con su estado así como por la enfermedad relacionada con el embarazo, el parto o el puerperio. Este Convenio es cronológicamente el primer

instrumento en el cual la OIT interviene de manera formal en un asunto relacionado con la protección de la salud y con la atención médica.

La Recomendación sobre la protección de la maternidad (agricultura), 1921 (Núm. 12) propone que cada Estado miembro adopte medidas para garantizar a las mujeres asalariadas empleadas en las empresas agrícolas una protección semejante a la concedida por el Convenio Núm. 3.

Como evolución de la acción normativa de la OIT respecto a la contingencia biológica de la maternidad, la Conferencia de la Organización adoptó en 1952 el Convenio (revisado) sobre la protección de la maternidad Núm. 103 que amplía las provisiones, de carácter preventivo y asistencial, en favor de la madre. El Convenio 103/1952 ha sido ratificado por 10 Miembros, entre los cuales Brasil, Cuba, Ecuador y Uruguay.

En el Convenio 103 se definen las prestaciones médicas a las cuales la mujer tiene derecho durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la hospitalización:

“Art. 4/3. Las prestaciones médicas deberán comprender la asistencia durante el embarazo, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal, prestada por una comadrona diplomada o por un médico, y la hospitalización, cuando eso fuere necesario; la libre elección de médico y la libre elección entre un hospital público o privado deberán ser respetadas”.

Cabe observar que la última cláusula introduce el concepto, ignorado en los otros convenios relacionados con la asistencia médica, de la libre elección del médico y del hospital.

El siguiente punto 4 del mismo artículo.

“Las prestaciones en dinero y las prestaciones médicas serán concedidas en virtud de un sistema de seguro social obligatorio o con cargo a los fondos públicos; en ambos casos estas prestaciones serán concedidas, de pleno derecho, a todas las mujeres que reúnan las condiciones prescritas”.

Afirma el derecho a las prestaciones asistenciales aún si la mujer no reúne las condiciones necesarias para recibir prestaciones de un sistema de seguro social obligatorio. Esta previsión configura la más reciente evolución de la seguridad social hacia la superación del sistema de los seguros sociales.

En 1952, cuando fue adoptado por la Conferencia el Convenio Núm. 103 sobre la protección de la maternidad, se complementó con la Recomendación Núm. 95, la cual alcanza niveles más altos que los del mencionado Convenio con respecto al descanso de maternidad, prestaciones y protección del empleo y establece normas referentes a las facilidades para las madres lactantes y los hijos, así como a la protección de la salud de las mujeres durante el período de la maternidad. La Recomendación Núm. 95 amplía la extensión de los servicios médicos que deben concederse según el Convenio Núm. 103. Siempre que sea posible, las prestaciones médicas deberían comprender “la asistencia médica general y la asistencia por especialistas en el hospital o fuera de él, e incluso visitas a domicilio; la asistencia odontológica; la asistencia por una comadrona diplomada y otros servicios de maternidad, en el domicilio o en un hospital; la asistencia por enfermeras, en el domicilio, en un hospital o en cualquier otra institución médica; el mantenimiento, tanto en un hospital como en cualquier otra institución médica; el suministro de artículos farmacéuticos, dentales u otros artículos médicos o quirúrgicos, y la asistencia prestada, bajo un control médico apropiado, por miembros de cualquier otra profesión a los que legalmente se considere competentes para proporcionar servicios vinculados a la asistencia de maternidad”. La Recomendación contiene una cláusula similar al párrafo 3, artículo 10 del Convenio Núm. 102.

3. ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.—

El Convenio Núm. 12, adoptado por la Conferencia General de la OIT en 1921, trata de la indemnización por accidentes del trabajo en la agricultura y fue ratificado por 52 miembros.

Todo miembro de la Organización Internacional del Trabajo que ratifique el Convenio se obliga “a extender a todos los asalariados agrícolas el beneficio de las leyes y reglamentos que tengan por objeto indemnizar a las víctimas de accidentes sobrevenidos a causa del trabajo o durante la ejecución del mismo”.

El subsiguiente Convenio Núm. 17/1925 obliga a todo Miembro de la OIT que lo ratifique a garantizar a las víctimas de accidentes del trabajo, o a sus derechohabientes, una indemnización cuyas condiciones serán por lo menos iguales a las previstas en el Convenio. La legislación relativa deberá aplicarse a los obreros, empleados o aprendices que trabajen en empresas, explotaciones o establecimientos de cualquier naturaleza, públicos o privados. Permite excepciones específicas. El

Convenio Núm. 17 no se aplica a la agricultura para la cual continuará en vigor el Convenio Núm. 12. El Convenio Núm. 17 prescribe, en su artículo 9, a pesar de que el título del Convenio hable de la sola indemnización, que “Las víctimas de accidentes del trabajo tendrán derecho a asistencia médica y a la asistencia quirúrgica y farmacéutica que se considere necesaria a consecuencia de los accidentes” y que: “La asistencia médica correrá a cuenta del empleador, de las instituciones de seguro contra accidentes, o de las instituciones de seguro contra enfermedad o invalidez”.

En el artículo 10 (1) se precisa además que: “Las víctimas de accidentes del trabajo tendrán derecho al suministro y a la renovación normal, por el empleador o por el asegurador, de los aparatos de prótesis y de ortopedia cuyo uso se considere necesario...” y en el artículo 10 (2) que: “Las legislaciones nacionales establecerán, en lo que se refiere a la renovación de los aparatos, las medidas de control necesarias para evitar abusos...”.

Resulta implícita en estas normas la función de los servicios de atención médica en la fase de prescripción y control del uso de los aparatos protésicos.

Con el control médico de las prestaciones que directa o indirectamente aparece en muchos instrumentos relativos al otorgamiento de prestaciones en servicio, especie o dinero, se introduce, al lado y como complemento de la actividad estrictamente clínica, una cierta función de control por parte de los servicios médicos en la seguridad social.

El Convenio Núm. 17 ha sido ratificado por 50 Miembros, de los cuales 10 son americanos.

Durante la misma sesión de la Conferencia (1925) fue adoptado otro Convenio (Núm. 18) relativo a la indemnización por enfermedades profesionales. Todo Miembro de la OIT que lo ratifique se obliga a garantizar a las víctimas de enfermedades profesionales o a sus derechohabientes una indemnización basada en los principios generales de su legislación nacional sobre la indemnización por accidentes del trabajo. La tasa de esta indemnización no será inferior a la que establezca la legislación nacional para el daño resultante de los accidentes de trabajo.

En su artículo 2 se establece que las intoxicaciones producidas por ciertas sustancias, cuando afecten a trabajadores en industrias o profesiones específicas, deben considerarse enfermedades profesionales. Es

implícito que los servicios médicos intervienen en la fase de reconocimiento clínico de la enfermedad, pero ninguna referencia se hace a la asistencia médica para el tratamiento de las enfermedades profesionales: de hecho, la referencia a la legislación sobre accidentes del trabajo en el artículo 1 se limita solamente a las indemnizaciones. El Convenio Núm. 18 ha sido ratificado por 52 Miembros, de los cuales 7 son americanos.

En el Convenio (revisado) Núm. 42, 1934, que trata de "la indemnización por enfermedades profesionales", han sido sensiblemente ampliadas las listas de las enfermedades e intoxicaciones y de las profesiones e industrias que exponen al riesgo. El Convenio Núm. 42 ha sido ratificado por 44 Miembros, de los cuales 11 son americanos.

La parte VI (prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) del Convenio Núm. 102, 1952, seguridad social (norma mínima), incluye entre las contingencias cubiertas un estado mórbido ocasionado por un accidente del trabajo o una enfermedad profesional prescritos por la legislación nacional (Art. 32). Con respecto a dicho estado mórbido las prestaciones deberán comprender la asistencia médica, incluyendo la asistencia médica general y la ofrecida por especialistas, a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, comprendidas las visitas a domicilio; la asistencia odontológica; la asistencia por enfermeras, a domicilio, en un hospital o en cualquier otra institución médica; el mantenimiento en un hospital, centro de convalecencia, sanatorio u otra institución médica; el suministro de material odontológico, farmacéutico, y cualquier otro material médico o quirúrgico, comprendidos los aparatos de prótesis y su conservación, así como los anteojos; y la asistencia suministrada por miembros de otras profesiones reconocida legalmente como conexas con la profesión médica, bajo la vigilancia de un médico o de un dentista (Art. 34). Esta parte del Convenio admite servicios médicos más limitados para todo Estado Miembro que se haya acogido a ciertas excepciones temporales por tener una economía y recursos médicos insuficientemente desarrollados.

En su 150ª reunión (noviembre de 1961), el Consejo de Administración de la OIT resolvió incluir en el orden del día de la 47ª reunión de la Conferencia (1963) la cuestión de las prestaciones para el caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, dando comienzo así a la primera parte del trabajo de revisión de los convenios relativos a la seguridad social anteriores a la guerra. La Conferencia adoptó en su 48ª reunión (1964) el Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, Núm. 121.

El nuevo Convenio dispone que la legislación nacional de todo Miembro que lo ratifique deberá proteger a todos los asalariados en caso de accidentes del trabajo. En el Convenio existen disposiciones que permiten determinadas excepciones (trabajadores ocasionales, trabajadores a domicilio y miembros de la familia del empleador); los Estados Miembros cuyos medios económicos y médicos estén insuficientemente desarrollados podrán acogerse a ciertas excepciones temporales en la aplicación de las disposiciones relativas a las personas protegidas.

Todo Estado que ratifique el Convenio deberá prescribir una definición del "accidente del trabajo", incluyendo las condiciones bajo las cuales un accidente sufrido en el trayecto al o del trabajo es considerado como accidente del trabajo, y deberá precisar los términos de dicha definición en las memorias sobre la aplicación de este Convenio. Por lo que se refiere a las enfermedades profesionales, cada Miembro deberá:

- a) prescribir una lista de enfermedades en la que figuren, por lo menos, las que se enumeran en el Convenio;
- b) incluir en su legislación una definición general de las enfermedades enumeradas en el Convenio;
- o c) establecer una lista de enfermedades en cumplimiento del apartado a) que antecede, añadiendo, además, una definición general de enfermedades profesionales o bien otras disposiciones que permitan establecer el origen profesional de una enfermedad.

Las disposiciones del Convenio sobre prestaciones reproducen las relativas al Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (Núm. 102). El Convenio dispone que la asistencia médica y las prestaciones conexas deberán comprender:

- a) la asistencia médica general y la ofrecida por especialistas a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, incluidas las visitas a domicilio;
- b) la asistencia odontológica;
- c) la asistencia por enfermeras, a domicilio, en un hospital o en cualquier otra institución médica;
- d) el mantenimiento en un hospital, centro de convalecencia, sanatorio u otra institución médica; y
- e) el suministro de material odontológico, farmacéutico y cualquier otro material médico o quirúrgico.

También dispone que cada Miembro deberá suministrar, siempre que sea posible, tratamiento de urgencia a las víctimas de accidentes graves y cuidados ulteriores a las víctimas de lesiones leves que no acarreen interrupción del trabajo. Por lo que a la duración de las prestaciones (médicas) se refiere, se establece que las prestaciones sean concedidas (párrafo 3) "mientras exista la situación que da derecho a ellas". En los países en vías de desarrollo se establece una escala más reducida de asistencia médica y prestaciones conexas.

También figura en el Convenio una disposición especial que exige

que todo Miembro deberá tomar medidas de prevención contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales y proporcionar servicios de readaptación profesional y servicios de reemplazo para las personas inválidas.

Hasta la fecha, el Convenio (Núm. 121), 1964, ha sido ratificado por 5 de los Estados Miembros: ningún Estado americano aparece entre éstos.

La Recomendación (Núm. 121), adoptada como complemento del Convenio (Núm. 121), dispone normas de prestaciones y protección más elevadas, extiende dicha protección a ciertas categorías prescritas de personas que trabajan por cuenta propia, así como de las que se preparan para un futuro empleo o que realizan servicios por los cuales no reciben remuneración pero que, sin embargo, se hallan expuestas a riesgos análogos a los que van asociados con ese empleo. También contiene disposiciones detalladas acerca del concepto de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales, y prevé el ajuste periódico de las prestaciones, tomando en cuenta las variaciones del nivel general de ganancias en el costo de vida.

4. GENERAL.—

La 26ª reunión de la Conferencia (Filadelfia, 1944) adoptó la Recomendación (Núm. 69) sobre la asistencia médica. Se hace una referencia a su contenido por separado, en vista de que es aplicable a las tres clases de contingencias que se han venido considerando, es decir: enfermedad, maternidad y accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

La Recomendación se refiere a los métodos de organizar un servicio completo de asistencia médica, destinado desde su origen, o por etapas, a abarcar a la totalidad de la población. Incluye muchas sugerencias sobre métodos alternativos de organización que deberán elegirse de acuerdo con el grado de desarrollo del servicio y según la cambiante naturaleza de los problemas que han de resolverse.

En primer lugar, se recomienda que el servicio de asistencia médica debería suministrar asistencia curativa y preventiva. Ella puede tomar ya sea la forma de un servicio de seguro social o de un servicio público. Un servicio de seguro social debería cubrir tanto a las personas bajo dependencia como al contribuyente asegurado. Su campo de aplicación debería extenderse hasta cubrir, en última instancia, la totalidad de

la población. La contribución debería ser proporcional a la entrada de las personas aseguradas y no debería variar con el número de personas bajo su dependencia. Las personas que no tengan la posibilidad de pagar su contribución deberían recibir asistencia en concepto de las contribuciones abonadas en su nombre por la autoridad competente, siendo así incluídos dentro del campo de acción del servicio del seguro. La asistencia social sería en consecuencia eliminada, excepto como medida transitoria. Todas las personas que reciban prestaciones en efectivo dentro de un sistema de seguro social deberían automáticamente tener derecho a la asistencia médica. Si se escoge la forma de un servicio público, éste debería hallarse a la disposición de cualquier miembro de la comunidad, sin examen de medios económicos, y debería financiarse a cargo de las entradas generales o por medio de un impuesto especial progresivo.

Se recomienda que cada clase de servicio debería suministrar todas las variedades de asistencia que puedan otorgarse en forma apropiada por la profesión médica y sus aliadas y por los hospitales, debiendo incluir el suministro de medicinas y de aparatos. El óptimum de asistencia médica debería otorgarse a través de una organización que asegure la mayor economía y eficiencia posibles mediante la concentración de conocimiento, personal, equipo y otros recursos. La asistencia médica debería, en consecuencia, otorgarse en forma preferente mediante la práctica colectiva en centros que funcionen en relación efectiva con los hospitales.

La Recomendación establece también el principio según el cual debe exigirse el mantenimiento y la participación de la profesión médica y de sus aliadas. Sugiera que los miembros de dichas profesiones deberían recibir una remuneración adecuada, ya sea que trabajen a horario completo o a tiempo parcial. Ellos no deberían hallarse sujetos a ningún control que no fuese el de los cuerpos profesionales. Debería efectuarse cualquier esfuerzo necesario para asegurar el más alto nivel de eficiencia en el servicio: debería exigirse a los facultativos que participen en él, que reciban formación profesional en medicina social, debiendo también organizarse para ellos cursos de postgraduado, y facilidades adecuadas para la enseñanza y la investigación en los hospitales vinculados al servicio.

Los beneficiarios deberían tener el derecho de elegir su médico entre los facultativos generales que trabajan para el servicio, sujeto este derecho a condiciones razonables, debiendo existir la posibilidad de elevar y modificar sus quejas con respecto al servicio.

Finalmente, la Recomendación propone que la administración del servicio debería unificarse de acuerdo con las regiones sanitarias apropiadas que sean lo suficientemente extensas para permitir un servicio autónomo y equilibrado, las que deberían hallarse sometidas a un control central. Debería establecerse una coordinación estrecha entre los servicios generales de sanidad ya existentes a fin de salvaguardar la salud de toda la comunidad o de ciertos grupos.