

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XIX

EPOCA III

Núm. 63

MAYO-JUNIO

1970

MEXICO, D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
GENERALES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación 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

ESTUDIOS:	Pág.
Las actividades de la Organización Internacional del Trabajo en materia de seguridad social desde el punto de vista de los trabajadores.	
Gerhar Weissenberg	9
La OIT y la seguridad social desde el punto de vista de los empleadores.	
Sven Hydén	29
La Organización Internacional del Trabajo y la Seguridad Social.	
Pierre Laroque	39
La OIT y la Seguridad Social: El desafío de la cooperación técnica.	
Giovanni Tamburi	53
Convenios sobre seguridad social y función de Establecimiento de Normas de la OIT.	
Carlos Martí Bufill	69
Orígenes y actividades de la Comisión de Expertos para la Seguridad Social de la OIT.	
Isabel Graig é Igor Tomes	85
El desarrollo de los Servicios Médicos por medio de los Convenios Internacionales de la OIT.	
Dr. Jerome Dejardin	121
La OIT y la prevención de los riesgos profesionales.	
Dr. Luigi Parmeggiani	141
Reflexiones sobre cincuenta años de Seguridad Social.	
Guy Perrín	165

EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS MEDICOS POR MEDIO DE LOS CONVENIOS INTERNACIONALES DE LA OIT

DR. JEROME DEJARDIN

*Director General del Servicio de Cuidados de Salud del Instituto Nacional del Seguro de
Enfermedad e Invalidez de Bélgica y Presidente de la Comisión Permanente
Médico-Social de la AISS.*

Muchas razones convergieron, para dar a las discusiones que resultaron en el Tratado de Versalles, una expresión que pasó más allá del cuadro de una negociación político-militar, y reservó un lugar preponderante al bienestar del hombre. Entre estas razones figuraban el deseo de asegurar las condiciones de sobrevivencia, con progreso y serenidad, a una humanidad desolada por cuatro años de destrucción, duelo y miseria; la necesidad de emancipación y de independencia de combatientes reconvertidos a una economía de paz, y el sentido de justicia social que se había refinado por duras realidades tanto entre los hombres en armas como entre las poblaciones civiles.

En su sesión inaugural, el 25 de enero de 1919, la Conferencia de la Paz instituyó una Comisión de Legislación Internacional del Trabajo encargada de hacer una investigación sobre las condiciones de empleo de los trabajadores y de sugerir la forma de una institución permanente destinada a perseguir tal misión.

El 11 de abril de 1919 la Conferencia adoptó las conclusiones de esta Comisión, que preveía entre otras, la creación de la Organización Internacional del Trabajo que seis meses después, el 29 de octubre de 1919, tuvo su primera asamblea en Washington.

Partiendo de definiciones aparentemente modestas, la misión de la OIT se amplificó para abordar el conjunto de problemas ligados no solamente al empleo de los trabajadores, sino también a su formación profesional, a sus responsabilidades familiares y a su condición después de la vida activa, en una serie ordenada y no interrumpida.

pida de trabajos que contribuyeron a redefinir los derechos del hombre en un concepto moderno más conforme a su papel y a sus aspiraciones en la sociedad contemporánea.

Desde el principio, cuando elaboró su constitución la Organización Internacional del Trabajo, tuvo cuidado de no fijar límites a sus ambiciones, citando solamente a artículo de ejemplo ciertos problemas que estimaba deberían inscribirse en el programa de sus actividades más inmediatas: fue así que al lado de la necesidad de una reglamentación de los lugares de trabajo, del establecimiento de un horario máximo diario y semanal de trabajo, de la lucha contra el desempleo, de la garantía de un salario mínimo, y de prestaciones de vejez, menciona, en el preámbulo fundamental, la protección de niños, adolescentes y mujeres, y la protección de los trabajadores contra las enfermedades generales o profesionales, y los accidentes del trabajo. Nuestro examen se limitará a este aspecto, al estudio de este solo tema de su actividad en el campo de los servicios médicos, sin negar por lo tanto ni el volumen, ni la diversidad, ni la calidad de los trabajos de la OIT en esta extraordinaria extensión de problemas ligados directa o indirectamente al empleo.

Basta leer las agendas de las diversas sesiones de la Conferencia Internacional del Trabajo, para comprobar que el problema de la salud de los trabajadores y de sus familias ha sido constantemente el tema central de sus preocupaciones.

En 1919 un examen de las condiciones de empleo de las mujeres antes y después del alumbramiento permitió adoptar el convenio No. 3 sobre la protección de la maternidad, el cual se inscribió inmediatamente después del convenio sobre la duración del trabajo en los establecimientos industriales y el convenio sobre el desempleo.

Este convenio sobre la protección de la maternidad de las mujeres trabajando en establecimientos industriales y comerciales, contiene la primera afirmación, en un instrumento internacional, del derecho a cuidados médicos. Este convenio se expresa como sigue:

“En todos los establecimientos industriales o comerciales, públicos o privados o en sus sucursales, con excepción de establecimientos donde son empleados los miembros de una sola familia, una mujer:

- a) No será autorizada a trabajar durante un período de seis semanas después del parto;
- b) Tendrá derecho a dejar su trabajo si presenta un certificado

médico constatando que su parto se producirá probablemente dentro de seis semanas;

- c) Recibirá durante el período de su ausencia, en virtud de los párrafos a) y b) una indemnización suficiente para su mantenimiento y el de su niño en buenas condiciones de higiene; dicha indemnización, cuyo monto exacto será fijado por la autoridad competente de cada país, será pagada de fondos públicos o será otorgada por un sistema de seguro; **tendrá derecho además, a los cuidados gratuitos de un médico o de una partera**; cualquier error de parte del médico o de la partera en la estimación de la fecha del alumbramiento, no podrá impedir que una mujer reciba la indemnización a la cual tiene derecho, empezando con la fecha del certificado médico hasta la fecha en que se produzca el alumbramiento;
- d) Tendrá derecho, en todos los casos, si amamanta a su niño, a dos períodos de reposo de media hora, a este fin”.

Volviendo a leer este texto 50 años después de su adopción podemos imaginar que fue elaborado hoy en día en términos idénticos, y con la misma preocupación de asociar las medidas preventivas a los cuidados inmediatamente necesarios.

Las disposiciones de este texto reúnen los elementos esenciales de los regímenes del seguro de enfermedad o de maternidad de hoy: su mérito se debe al hecho de haber sido iniciados en una época en que los medios de recurrir a la medicina no estaban garantizados como derecho, y cuando a fuerza de circunstancias la prevención podía considerarse como una preocupación secundaria.

La prevención de las enfermedades encontró además, un eco extraordinario en los trabajos de la primera Conferencia Internacional del Trabajo. Una serie de recomendaciones recalcó este aspecto de la protección de la salud sobre el cual se construyó una organización racional de la seguridad y de la higiene en los lugares de trabajo, elemento fundamental del concepto moderno de la medicina social.

La recomendación sobre la prevención del Antrax llamó la atención a la necesidad de tomar medidas con el fin de asegurar, en el país de origen o en el puerto de embarcación, la desinfección de lanas sospechosas de contener esporas del Antrax.

La recomendación sobre la protección de las mujeres y de los niños contra el saturnismo, enumeró los trabajos con riesgo de intoxicación por el plomo y el zinc que convendría prohibir a las mu-

jeros para proteger su maternidad, y a los menores de 18 años para permitir su desarrollo físico.

La recomendación sobre la inspección del trabajo exigió notablemente que se creara un servicio público especialmente encargado de proteger la salud de los obreros.

Esta primera serie de recomendaciones se completó, en sesiones ulteriores, por la adopción de otros textos con la mira esencial de extender y de hacer más eficaces las medidas preventivas destinadas a proteger la salud de los trabajadores: en 1921, el Convenio sobre el empleo de la cerusa en la pintura; convenio sobre el reposo semanal en los establecimientos industriales; convenio sobre el examen médico obligatorio de niños y de jóvenes empleados a bordo de barcos; recomendación sobre la protección antes y después del alumbramiento de mujeres empleadas en la agricultura. En 1923 recomendación sobre inspección del trabajo destinada a asegurar la aplicación de leyes y reglamentos para la protección de los trabajadores. En 1929 una recomendación sobre la prevención de los accidentes del trabajo hace hincapié en la necesidad de organizar la educación de los trabajadores en cuanto a medios de evitar los accidentes de trabajo, y sobre la utilidad de racionalizar las investigaciones en este campo.

Las preocupaciones de esta asamblea mundial, orientada por su constitución y por la calidad misma de los hombres que la componían, hacia la consideración de todos los elementos susceptibles de salvaguardar la integridad física y mental de los trabajadores y de promover su condición social, se concentró desde el principio como una lógica y evidente preocupación realista, hacia lo que hoy en día, después de varias décadas de experiencia, parece esencial en el equilibrio de los regímenes de seguridad social, a saber: la asociación estrecha de las medidas permanente de prevención con las medidas de reparación, de cobertura o de indemnización de daños causados por la enfermedad. Ciertamente, todos los problemas presentados por las conferencias eran conocidos. Pero el mérito de sus trabajos consistía a la vez en darle una resonancia internacional y de indicar órdenes de prioridad en el largo esfuerzo requerido en la elaboración o perfección de legislaciones nacionales de trabajo existentes, incompletas o no coordinadas.

La ordenación de los problemas estudiados por las conferencias sucesivas, y la misma cronología de su discusión han indicado claramente, etapa por etapa, el camino a seguir para utilizar, con un má-

ximo de oportunidades de éxito, los recursos materiales, morales y humanos que los hombres deberían poder sacar de su trabajo.

Después de haber acentuado la necesidad de la prevención de ciertas enfermedades provocadas por el contacto de ciertos productos utilizados en la industria, y la utilidad de ciertos dispositivos susceptibles de reducir los riesgos de accidentes, la OIT se preocupó de las garantías que deberían otorgarse a los trabajadores para compensar los daños resultantes de enfermedades profesionales y de accidentes de trabajo. Dos convenios distintos adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1929 especifican estas garantías:

“Las víctimas de los accidentes de trabajo tendrán derecho a la asistencia médica y a la asistencia quirúrgica y farmacéutica que sea reconocida como necesaria en consecuencia de accidentes.

Los costos de esa asistencia médica estarán al cargo del empleador, de las instituciones del seguro contra accidentes, o de las instituciones de seguro contra la enfermedad o la invalidez.

Las víctimas de accidentes de trabajo tendrán derecho al otorgamiento y a la renovación normal, por el empleador o el asegurador, de aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso sea reconocido necesario. Sin embargo, las legislaciones nacionales podrán admitir como excepción reemplazar el otorgamiento y la renovación de los aparatos por una indemnización implementaria, determinada en el momento de fijar o de revisar el monto de la compensación, y representando el costo probables del otorgamiento y renovación de estos aparatos.

Las indemnizaciones en casos de accidentes seguidos por la muerte o incapacidad permanente serán pagadas a la víctima o a sus beneficiarios en forma de pagos periódicos. No obstante, estas indemnizaciones podrán ser pagadas en totalidad o en parte por una suma global, cuando se presenta a las autoridades competentes la garantía del empleo juicioso de esta suma.

En caso de incapacidad, la indemnización será pagada a más tardar a partir del 5o. día después del accidente, ya sea pagable por el empleador, por una institución de seguro de accidentes, o por una institución de seguro de enfermedad.

Una indemnización suplementaria será pagada a las víctimas de accidentes sufriendo una incapacidad que requiere la asistencia constante de otra persona.

Todo miembro de la OIT que ratifique el convenio sobre los accidentes de trabajo se compromete a asegurar a las víctimas de enfermedades profesionales, o a sus beneficiarios, una compensación basada en la legislación nacional sobre la compensación de los accidentes de trabajo”.

Una lista preliminar de enfermedades que deberían considerarse como enfermedades profesionales en la medida que se encuentran en trabajadores de industrias o de profesiones determinadas fue establecida en 1925: incluía la intoxicación por el mercurio y el plomo, sus aliados y sus compuestos, y el Antrax, es decir, precisamente las enfermedades para cuya prevención se habían adoptado las recomendaciones anteriores. Esta lista se completó progresivamente, y la anexa al convenio No. 42 en 1934, ya incluía la mayoría de las eventualidades previstas hoy en día en las más modernas legislaciones nacionales: la silicosis con o sin tuberculosis, la intoxicación por el fósforo y el arsénico o sus compuestos, por el benzol, y por ciertos hidrocarburos, las molestias debidas a los rayos X, al radium y a otras sustancias radioactivas, las epitelomas primarias de la piel en los obreros ocupados en ciertos trabajos, notablemente los que trabajan con brea.

Todas estas disposiciones después del primer convenio de 1925, se hicieron aplicables a todos los obreros, empleados o aprendices ocupados en empresas, explotaciones o establecimientos de cualquier naturaleza, públicos o privados, reteniendo sin embargo, cada miembro el derecho de prever en su legislación nacional, excepciones para las personas ejecutando trabajos ocasionales no incluidos en la empresa del empleador para los trabajadores domésticos, para los miembros de la familia del empleador trabajando exclusivamente por cuenta de este último y viviendo bajo su techo, y también para los trabajadores no manuales cuyo ingreso pasa un límite fijado por la legislación nacional.

Por otra parte, hay que señalar que aun antes de la adopción de los convenios de trascendencia general sobre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, un convenio de 1921, sobre la compensación de accidentes de trabajo en la agricultura, implicó el compromiso de todo Estado Miembro de extender a todos los asalariados en la agricultura el beneficio de leyes y reglamentos teniendo por objeto la indemnización de las víctimas de accidentes debidos al hecho del trabajo o a la ocasión del trabajo: así es que mucho antes de que la OIT tuviera tiempo de codificar las normas de la compensación de los accidentes de trabajo, manifestó la preocupación

de generalizar las disposiciones nacionales existentes a la mayoría de los trabajadores.

Habiendo así, implementado una disposición garantizando un mínimo de medidas esenciales para el mantenimiento de la salud de los trabajadores y habiendo por otra parte, señalado las condiciones en las cuales les deben ser otorgados los cuidados necesarios debido a daños ocurridos en los lugares del trabajo o del hecho de la actividad profesional, la OIT dirigió sus preocupaciones ya no solamente a las enfermedades o los traumas resultando directamente de las condiciones de trabajo, sino a toda enfermedad de cualquier origen, y recomendó simultáneamente que el acceso a los servicios médicos no fuera ya el privilegio del trabajador solamente, sino que fuera garantizado, al mismo título, al conjunto de personas que viven con él en su medio familiar.

En su sesión de 1927, la Conferencia adoptó el primer convenio sobre el seguro de enfermedad obligatorio para los trabajadores de la industria y el comercio y los del servicio doméstico (No. 24). Otro convenio se adoptó también para los obreros, empleados y aprendices en las empresas agrícolas (No. 25).

Aunque análogos a estos dos convenios, fueron objeto de dos instrumentos separados, con el evidente fin de permitir a los Estados Miembros adherirse simultánea o sucesivamente al uno o al otro, según la situación o la evolución de su legislación nacional. Estos convenios establecieron el derecho a una indemnización en dinero en caso de incapacidad para el trabajo resultando de un estado anormal de la salud física o mental. Este derecho está garantizado por lo menos durante las primeras 26 semanas de incapacidad a partir del primer día de indemnización; se puede prever al igual un período de calificación, un período de espera o demora de tres días máximo.

En materia de cuidados médicos, el convenio prevé que "El asegurado tiene derecho, gratuitamente desde el comienzo de la enfermedad y hasta por lo menos a la expiración del período previsto para el otorgamiento de la indemnización de enfermedad, al tratamiento por un médico debidamente calificado, y a la provisión de medicamentos y de medios terapéuticos de calidad y de cantidad suficientes.

Sin embargo, se puede exigir del asegurado una participación en los costos de la asistencia en condiciones fijadas por la legislación nacional.

La asistencia médica puede ser suspendida mientras el asegurado se niegue, sin motivo válido, a conformarse a las prescripciones médicas y las instrucciones relativas a la conducta de los enfermos, o sea negligente en el uso de la asistencia puesta a su disposición por la institución del seguro”.

Estos textos, claramente inspirados en experiencias concretas, notablemente la de Alemania después de 40 años, siguen constituyendo los elementos fundamentales de muchas legislaciones nacionales de seguro de enfermedad: calificación, carencia, **ticket moderador**, y control de los enfermos.

Hay que constatar que aun los países que por diferentes razones no han podido adherirse a este convenio, han sacado de los trabajos preparatorios y de los textos, las definiciones o sea la redacción que les ha permitido expresar el progreso que han podido realizar, ya sea por medio de un mayor desarrollo de mutualidades, o sea por la instalación de un seguro de enfermedad obligatorio a grupos de trabajadores más homogéneos y más limitados.

Sin embargo, este convenio carece de dos elementos esenciales para constituir la base de regímenes modernos de seguridad social: la extensión de las prestaciones a toda la familia y la permanencia del derecho a los cuidados médicos, independientemente de la existencia de una enfermedad involucrando o no una incapacidad de trabajo.

No fueron ni un olvido ni una omisión: en una recomendación adoptada en la misma sesión la Conferencia especificó que los convenios que acaba de elaborar para la industria y la agricultura, sólo podían establecer las condiciones mínimas a las cuales todos los regímenes del seguro de enfermedad deberían corresponder desde su origen, y que era conveniente definir principios y reglas más generales, como sigue:

“El mantenimiento de una mano de obra sana y vigorosa es de importancia esencial, no solamente para los trabajadores mismos, sino igualmente para las colectividades deseosas de desarrollar su capacidad de producción;

Que tal desarrollo no se puede alcanzar sino por un esfuerzo de previsión constante y sistemática en vista de prevenir y de reestablecer cualquier pérdida de las fuerzas productivas de los trabajadores; Que el mejor medio de realizar tal previsión consiste en la institución del seguro social que dá a los beneficiarios los derechos claramente establecidos...”

Según la recomendación de 1927, el seguro de enfermedad debe incluir sin distinción de edad y de sexo a toda persona que ejecuta trabajo a título profesional y en virtud de un contrato de trabajo o de aprendizaje. Aun cuando se juzga oportuno fijar límites de edad, estos límites no deben excluir ni a la gente joven que normalmente no puede ser considerada como dependiente de su familia, ni a los trabajadores que no han alcanzado todavía la edad de la pensión de vejez. Si por otra parte, se prevén excepciones para los trabajadores cuya remuneración o ingreso pasa un límite determinado, estas excepciones sólo deben incluir a los trabajadores cuya remuneración o ingreso llega a un límite más allá del cual los trabajadores pueden ser considerados razonablemente como capaces de enfrentarse por sí solos al riesgo de enfermedad.

La recomendación estima además, que la indemnización de la incapacidad de trabajo debería ser prolongada hasta un año en caso de enfermedades graves y persistentes, así como, en los casos donde un seguro de invalidez deja de otorgar prestaciones a la expiración del derecho a la indemnización de enfermedad.

La estructura así se consolidó, al anunciar la OIT su intención de definir las normas de un convenio sobre el seguro de invalidez que se adoptó en 1933.

Sin hacer un inventario de los Estados que ratificaron los convenios sobre el seguro de enfermedad, muchos podrían atestiguar que esta recomendación No. 29, por el valor de los términos que utiliza y por la importancia de los principios que establece, ha tenido una influencia directa y permanente, ya sea en acelerar la instalación de sistemas de otorgamiento de servicios médicos, ya sea en la mejoría de los regímenes existentes, integrándolos más y más en los programas de salud pública.

En el dominio de los servicios médicos, esta recomendación define en un concepto siempre actual los principios generales que deben contribuir a “una organización justa, eficaz y racional de seguro de enfermedad”: estos principios constituyeron el objetivo perseguido durante los últimos 40 años.

“El tratamiento por un médico debidamente calificado así como, la provisión de medicamentos y medios terapéuticos de calidad y de cantidad suficientes, deben ser otorgados desde el comienzo de la enfermedad y por el tiempo que exige el estado del enfermo...

El asegurado debe poder disponer, cuando las condiciones locales y financieras lo permitan, de servicios de especialistas, trata-

miento dental y del derecho a la hospitalización cuando su situación familiar la necesita o cuando su estado exige un modo de tratamiento que solo se puede obtener en un hospital.

A fin de mantener al asegurado y a su familia en buenas condiciones de higiene, los Miembros de la familia del asegurado viviendo bajo su techo y a su cargo, deberían beneficiarse de la asistencia médica cada vez que sea prácticamente posible. En las aglomeraciones urbanas y en los límites territoriales determinados, el asegurado debe poder escoger entre los médicos que están a la disposición del instituto del seguro, a no ser que un gasto suplementario notable resulte de ello”.

La universalidad de la naturaleza de los servicios garantizados por el seguro de enfermedad, la permanencia del derecho a los servicios durante el tiempo que el estado de salud lo exige y el derecho abierto a la hospitalización por razones familiares urgentes o por la especificación de un tratamiento no aplicable a domicilio en buenas condiciones, y libre elección del enfermo: estos son los principios presentados por esta recomendación clave y estos son los elementos esenciales de los más desarrollados regímenes del seguro de enfermedad. Estos principios, todavía hoy en día son los límites ideales que procuran alcanzar los que comienzan el largo e incesante esfuerzo que conduce a la verdadera seguridad social.

Pero la recomendación va aún más lejos: aborda el problema de la medicina preventiva y expresa su importancia con una motivación que parece más fundamental en nuestros días que en la época en que fue redactada.

“La mayoría de las enfermedades pueden ser prevenidas. Una prevención vigilante permitiría evitar la disminución de capacidades productivas, de volver disponibles los recursos que las enfermedades evitables absorben y de acrecentar el bienestar material, intelectual y moral de las colectividades.

El seguro de enfermedad debería contribuir a inculcar reglas de higiene entre los trabajadores. Debería incluir los cuidados preventivos y participar del beneficio a un mayor número de individuos desde la aparición de los síntomas precursores de las enfermedades. El seguro de enfermedad debería —siguiendo un plan global que coordine todas las actividades con este fin— intervenir en la lucha contra las enfermedades sociales, y mejorar la salud de la población”.

Este artículo no tiene como objetivo hacer un análisis técnico de los textos de los convenios y recomendaciones de la Oficina Internacional del Trabajo, ni de estudiar el mecanismo de su elaboración y adopción, ni de examinar las modalidades a las cuales los Estados Miembros pueden adherirse o justificar su no adhesión. Este artículo ambiciona solamente, en la ocasión del 50 Aniversario de la OIT, señalar los grandes rasgos directivos que inspiraron y dirigieron su actividad en materia de la organización y del otorgamiento de los cuidados médicos después de su instalación.

La razón esencial del homenaje que queremos rendir a esta Organización, al cabo de los diez primeros años de su funcionamiento, es que logró hacer conocer, por medio de varias generaciones de esfuerzos, todos los objetivos que convenía perseguir en la promoción de la salud como medio de bienestar individual y como instrumento de equilibrio económico.

El reconocimiento en el plan internacional del principio de obligación en materia del seguro de enfermedad, permitió a ciertos países, por el hecho de su conformidad inmediata a este convenio, de ser considerados como pioneros y promotores: En efecto en 1929, Alemania, Hungría, Luxemburgo, Austria y Checoslovaquia habían ratificado simultáneamente el convenio número 25 para la agricultura.

Pero este reconocimiento estimuló sobre todo el progreso en otras regiones y otros continentes: en los 20 años que siguieron, Bulgaria, Chile, el Reino Unido, España, Colombia, Uruguay, Nicaragua, Perú, Francia y Polonia sucesivamente también ratificaron, aunque este aumento del número de ratificaciones no igualó los resultados completos y efectivos logrados en todo el mundo con miras a una mejor protección del trabajador y de su familia contra los riesgos de enfermedad y del mantenimiento de su salud. Durante más de 40 años, los convenios números 24 y 25, y sobre todo la recomendación número 29 sobre el seguro de enfermedad, constituyeron una referencia valiosa, y una considerable fuente de inspiración para todos los que no han dejado de preocuparse de la justicia social y de la adaptación de las legislaciones nacionales a la evolución de las relaciones internacionales.

La Segunda Guerra Mundial, con sus nuevas privaciones, sus traumas físicos y morales, anuló parcialmente lo que se había logrado progresivamente en el balance positivo de la salud de las poblaciones: no obstante el esfuerzo no podía ser abandonado; al contrario la situación implicaba que fuera multiplicado.

La Carta del Atlántico recomendó la más completa colaboración entre todas las naciones en el dominio económico, con el fin de obtener para todos mejores condiciones de trabajo, progreso económico y seguridad social. La Conferencia de la OIT en Filadelfia en 1944 respondió a esta preocupación, y consciente de los problemas sociales que siguieron al fin de las hostilidades, decidió estudiar la seguridad social como medio de llenar las necesidades crecientes.

La recomendación No. 67 sobre la garantía de los medios de existencia, que adoptó en esta sesión, constató que la Organización Internacional del Trabajo había ya contribuido a alentar el desarrollo de tal garantía, por una parte, por la adopción de convenios y recomendaciones sobre la compensación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, del seguro de enfermedad, de prestaciones de maternidad, de pensiones de vejez, invalidez y muerte y de prestaciones de desempleo; por otra parte, por la adopción, en la primera y segunda Conferencia de Trabajo de los Estados de América, de resoluciones que constituyen el Código Interamericano del Seguro Social. Durante su participación en la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que adoptó la declaración de Santiago de Chile, se mencionó también la contribución llevada a este desarrollo por la participación directa de la Oficina Internacional de Trabajo, a título de consejero, en la elaboración de regímenes de seguridad social en muchos países.

Esta recomendación formuló los principios generales que los Miembros de la Organización deberían observar al iniciar sus regímenes de garantía de medios de existencia, basados en convenios y recomendaciones existentes, al esperar la unificación y la ampliación de las disposiciones de dichos convenios y recomendaciones: tales regímenes deberían auxiliar la necesidad y prevenir la indigencia, restableciendo en un nivel razonable los medios de existencia perdidos a causa de la incapacidad del trabajador (incluyendo la vejez), o de obtener un empleo remunerativo, exigido por la muerte del sostén de la familia; la garantía de tales medios debería establecerse sobre la base del seguro social obligatorio, cubriendo las siguientes eventualidades: enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte del sostén de la familia, desempleo, gastos excepcionales, lesiones (heridas o enfermedades) resultantes del empleo.

Esta recomendación, que determinó las prestaciones en dinero compensando pérdidas de ingreso, consagró el principio de la unidad de la seguridad social y fue completada por una recomendación (No. 69) sobre los servicios médicos.

Esta sola presentación de dos textos separados, pero complementarios, demuestra que la preocupación de reunir las medidas de protección de los trabajadores en el mismo concepto de seguridad social implicaba que las necesidades de servicios médicos fueran cubiertas en todas las eventualidades y ya no únicamente como prestaciones auxiliares de ciertos regímenes aislados. El primer párrafo del capítulo consagrado al campo de aplicación lo expresa así: "El servicio de los cuidados médicos debería incluir a todos los miembros de la comunidad, ejerzan o no una actividad lucrativa". El capítulo sobre la administración de los cuidados médicos y la coordinación con los servicios generales de salud comienza así: "Los beneficiarios del servicio deberían poder recibir constantemente cuidados preventivos y curativos completos, organizados racionalmente y coordinados en toda la medida de lo posible con los servicios generales de salud".

Aunque la importancia de esta recomendación sobre los cuidados médicos se asemeja a la de la recomendación número 29 de 1927, se justifica por el momento histórico en que fue adoptada, así como por la seriedad de su respuesta a la invitación ofrecida por la Carta del Atlántico. Además, constituye un documento completo que examina en detalle todos los aspectos de los problemas presentados por la organización de los servicios de cuidados médicos: incluye 114 artículos que examinan sucesivamente las características esenciales de tales servicios, su forma, su campo de aplicación, la coordinación con los servicios generales de salud, la calidad y la continuidad de los servicios, la libre elección del médico, las condiciones de trabajo y el *status* de los médicos y miembros de profesiones conexas, las condiciones de aptitud y los conocimientos profesionales de personas colaborando en el servicio, el financiamiento, el control y la gestión, el derecho de apelación de los beneficiarios y de los miembros de la profesión médica o paramédica.

Acentúa la permanencia y la universalidad del servicio de cuidados médicos: "Todos los miembros de la comunidad protegidos por el servicio deberían poder beneficiarse en todo momento y en todo lugar de los cuidados preventivos y curativos completos bajo las mismas condiciones y sin obstáculos o trabas de naturaleza administrativa, financiera o política o de cualquier otra naturaleza sin relación con su estado de salud".

Se preocupa de la eficacia de la organización. "El máximo de cuidados médicos deberían ponerse a la disposición de los beneficiarios del servicio a través de una organización que asegure la mayor economía y eficacia posibles con fines de armonizar los conocimien-

tos, el personal, el equipo y los otros recursos del servicio; y también por un contacto y una colaboración estrecha entre todos los miembros de la profesión médica, profesiones conexas, y otros organismos colaborando en el servicio”.

Asocia la preocupación por la calidad de los servicios a la ética médica:

“El servicio de cuidados médicos debería procurar el otorgamiento de cuidados de la mejor calidad posible, tomando debidamente en consideración la importancia de las relaciones entre médico y enfermo, y la responsabilidad profesional y personal del médico, protegiendo al mismo tiempo los intereses tanto de los beneficiarios como de las profesiones que colaboran en el servicio...” Convendría alcanzar y mantener el más alto nivel posible de aptitud y de conocimientos en las profesiones que colaboran en el servicio, exigir condiciones vigorosas de formación científica y práctica, así como de admisión a la profesión, y mantener el desarrollo de la aptitud y los conocimientos en los mismos.

Por primera vez, deja el cuadro del seguro social para considerar simultáneamente, entre los medios de realización de los servicios médicos el financiamiento por impuestos: “Los gastos del servicio deberían ser cubiertos colectivamente por medio de pagos regulares periódicos, sea en forma de cotización del seguro social, sea por medio de impuestos, o por los dos métodos a la vez”.

Según sus promotores, los principios de las recomendaciones número 67 y 69 deberían ser concretados por obligaciones internacionales formales, tan pronto como el Consejo de Administración de la OIT estimara que los regímenes nacionales se hubieran beneficiado de un período de experiencia suficiente.

Es así que, desde ese momento se resolvió elaborar un nuevo convenio que incluiría todos los aspectos de la seguridad social, y fijaría normas mínimas y normas superiores para las legislaciones nacionales.

Este instrumento, conocido como el Convenio No. 102, fue adoptado por la Conferencia en 1952: estableció el nivel mínimo que deberían alcanzar los regímenes de seguridad social, no solamente en cuanto a los principios que deben promover, sino en cuanto a los montos mismos de las prestaciones. Abre el paso a otros métodos que no sean del seguro social, principalmente a regímenes financiados por el Estado.

Contiene disposiciones generalmente más flexibles que las de los convenios de la preguerra, principalmente en lo que concierne a la descripción de personas protegidas: así evita un obstáculo a la posibilidad de ratificación por ciertos países, obstáculo derivado de normas técnicas no esenciales definidas de manera demasiado rígida. Abre más el paso a los países en desarrollo, con miras a prever derogaciones temporales cuando la economía o el equipo médico no hayan alcanzado un nivel suficiente.

El Convenio No. 102 trata en distintas partes los diversos aspectos de la seguridad social: los cuidados médicos (parte II) las indemnizaciones de enfermedad (parte III), las prestaciones de desempleo (parte IV), las prestaciones de vejez (parte V), las prestaciones de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales (parte VI), las prestaciones familiares (parte VII), las prestaciones de maternidad (parte VIII), las prestaciones de invalidez (parte IX), las prestaciones de sobrevivientes (parte X).

Todos los países deben, para poder ratificar este convenio, aplicar las disposiciones relativas a por lo menos tres de estas nueve partes; de estas tres, por lo menos una relativa al desempleo, o a la vejez, o a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

De los 17 Estados Miembros que ratificaron el Convenio No. 102, once lo ratificaron a la vez por los cuidados médicos y por las indemnizaciones de enfermedad: la República Federal de Alemania, Bélgica, Grecia, Luxemburgo, México, Noruega, los Países Bajos, Perú, el Reino Unido, Suecia y Yugoslavia. Dinamarca ratificó el Convenio en lo que concierne a los cuidados médicos.

Este convenio sobre la norma mínima incluye un capítulo importante sobre la igualdad de trato de residentes no nacionales que abre el camino a la negociación de acuerdos bilaterales y multilaterales de seguridad social: "En los sistemas de seguridad social contributivos en los cuales la protección se extiende a los asalariados, las personas protegidas que tienen la nacionalidad de otro Miembro que haya aceptado las obligaciones derivadas de la parte correspondiente del convenio, deben tener, en cuanto a dicha parte, los mismos derechos que los nacionales del país interesado. Sin embargo, la aplicación del presente párrafo puede ser subordinado a la existencia de un acuerdo bilateral o multilateral que prevé una reciprocidad".

En la misma sesión, en 1952, la Conferencia adoptó el convenio No. 103 sobre la protección de la maternidad que revisó el convenio existente y extendió considerablemente su importancia: Toda mujer

tiene derecho a un permiso de maternidad cuya duración será por lo menos de 12 semanas, del cual una parte obligatoriamente debe ser tomada después del alumbramiento. Tendrá derecho a recibir prestaciones en dinero y prestaciones en especie. La tasa de indemnización debe ser suficiente para asegurar plenamente el mantenimiento de la mujer y de su niño en buenas condiciones de higiene y en un nivel de vida decente. Las prestaciones médicas deben incluir los cuidados prenatales, los cuidados durante el alumbramiento y los cuidados posnatales otorgados por una partera o por un médico, así como la hospitalización cuando sea necesaria.

La libre elección del médico y la libre elección entre un establecimiento público o privado deben ser respetadas.

Todas estas prestaciones, en dinero o en especie, serán otorgadas por un sistema de seguro obligatorio o por fondos públicos.

Esta revisión del convenio sobre la protección de la maternidad inició de hecho el trabajo de revisión deseado por la OIT en cuanto a un conjunto de convenios relativos a la seguridad social adoptados entre 1925 y 1935 para los cuales se había previsto establecer un convenio sobre normas superiores: pero ante la imposibilidad de completar el estudio de revisión simultánea de cada sector de la seguridad social, la OIT estableció un programa escalonado para varias sesiones: en 1964, la Conferencia adoptó el convenio No. 121 y la recomendación No. 121 sobre prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En 1966, incluyó en su agenda la revisión de los convenios sobre pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes.

La última etapa fue la revisión de los convenios números 24 y 25 sobre el seguro de enfermedad, y la adopción del nuevo convenio No. 130 en la sesión de 1969, que coincidía simbólicamente con la celebración del 50º Aniversario de la Organización.

Este convenio No. 130 sobre el seguro de enfermedad obtuvo beneficio del progreso logrado en el transcurso de las últimas décadas y su examen ameritaría un estudio particular. Sin embargo, no quisiéramos terminar este resumen histórico de los trabajos llevados a cabo por la OIT en el campo de los servicios médicos sin referirnos a los aspectos de este convenio que nos parecen más expresivos de la evolución que representa.

Hasta el presente los regímenes tradicionales ligaban el derecho a los cuidados a la existencia de un estado mórbido, es decir, un estado patológico confirmado, identificado sea como una condición cli-

nica característica o sea como síndrome: el otorgamiento de cuidados médicos sólo comenzaba con la declaración de una enfermedad o de un trauma no profesionales y con la apertura de un expediente relativo a la naturaleza de la enfermedad y fijando un período de tratamiento más o menos largo.

El convenio No. 130 renuncia a esta conexión y prevé la existencia de un estado patológico, para determinar el derecho a la indemnización de enfermedad cuando esta enfermedad involucra la suspensión del ingreso profesional.

El artículo 7 define la eventualidad que abre los derechos a las prestaciones en especie como “la necesidad de cuidados médicos”.

He ahí un cambio esencial, dado que en adelante, será reconocido que lo que justifica el recurrir a los servicios, ya no es la existencia misma de un proceso patológico que hay que detener, sino sencillamente la necesidad de recurrir a la medicina.

Ya no es únicamente cuestión de restablecer la salud del enfermo: la misma evolución de conocimientos médicos, investigaciones más y más avanzadas en el estudio del equilibrio biológico, tienden, a través del progreso que representan, a volver muy imprecisa la frontera entre la salud y la enfermedad, al mismo tiempo que acrecientan el interés en establecer balances.

La evolución de la terapéutica, al encontrar respuestas a estados patológicos hasta entonces no identificados o incurables, ha aumentado las necesidades por medio de la importancia que otorga al diagnóstico preciso de ciertas enfermedades en etapas iniciales o por la posibilidad de determinar y de vencer un mal hasta entonces sin remedio.

Anteriormente se tomaban en consideración las necesidades de la patología únicamente. Hoy en día se precisa que la fisiología también las tiene. Se ha comprobado que el límite entre la medicina curativa y la que impide la agravación o previene las complicaciones es menos claro, que frecuentemente no existe ninguna diferencia entre los cuidados que alivian a un enfermo y los que tienen por consecuencia proteger la colectividad de un centro contagioso.

El convenio número 130 demuestra la evolución de este progreso y consagra este principio de la universalidad de la medicina, precisando —y es uno de sus aspectos más positivos— las necesidades en

el campo de cuidados médicos, a la vez de carácter curativo y preventivo, que hay que cubrir.

Este convenio asocia otra función de la medicina moderna con el aspecto preventivo y curativo de los servicios médicos, la de la readaptación, como medio de devolver al enfermo o al inválido curado o estabilizado las funciones susceptibles de permitirle encontrar de nuevo su lugar en la vida social y económica.

Es la primera vez que se incluye la readaptación entre las prestaciones del dominio del seguro de enfermedad. Es el fruto de una experiencia que demostró la necesidad de asociar en un solo esfuerzo todos los recursos que la medicina pone al servicio del hombre desde las que contribuyen a evitar la enfermedad hasta los que compensan las consecuencias de una invalidez.

La prevención de todas las causas de inaptitud para el trabajo al igual que tempranas medidas de reeducación, deben ser una preocupación permanente, y aún antes de tener la ocasión de proponer o el tiempo de estudiar un programa completo de rehabilitación adaptado a un caso determinado, deben ser implementadas sin demora, técnicas usuales y polivalentes; estas técnicas pueden constituir por sí solas todo el proceso de reeducación, o preparar un terreno que favorezca una reeducación específica ulterior. La kinesiterapia en el tratamiento de fracturas, la fisioterapia en el tratamiento de enfermedades reumáticas y la psicoterapia en las consultas de neuropsiquiatría son algunos de los recursos esenciales a la rehabilitación que deben estar a la disposición permanente de los beneficiarios del seguro de enfermedad; su indicación debería depender solamente de la existencia de la enfermedad o de la lesión. Estas mismas prestaciones constituyen los medios esenciales de tratamiento. Es decir, que aquí también es difícil hoy en día señalar la demarcación entre lo que pertenece al tratamiento tradicional y lo que constituye medidas de readaptación.

Toda distinción en los derechos a uno u otro de estos campos de la medicina correría el riesgo, por conflicto de autoridad, de poner a los enfermos y a los traumatizados fuera del campo de aplicación de uno u otro sector interesado y de crear complicaciones y retrasos administrativos poco compatibles con el principio de la precocidad de la rehabilitación.

El convenio No. 130, que reúne la prevención, el tratamiento y la readaptación en los regímenes del seguro de enfermedad, expresó perfectamente el concepto de la unidad en la medicina y coronó admi-

rablemente 50 años de trabajo consagrados a la investigación de las condiciones del bienestar del hombre.

*
* *
*

El excelente resultado de los estudios de la Organización Internacional del Trabajo en el campo de los servicios médicos de la seguridad social puede constituir la mejor conclusión a este resumen cronológico en el cual hemos intentado hacer hincapié en los acontecimientos que nos han parecido esenciales.

Queremos añadir, sin embargo, que desde nuestro punto de vista, la eficacia de los convenios y de las recomendaciones se mide menos por el número de Estados Miembros que los han ratificado o aplicado en una época más o menos alejada del momento en que fueron adoptados por la Conferencia, que por su mérito en presentar ciertos problemas, por la oportunidad de estudiarlos y por el interés que despierta su discusión entre personas responsables en contextos económicos y sociales propios a cada entidad política.

Aun cuando los trabajos efectuados en escala mundial demuestran las debilidades de ciertas situaciones nacionales, esta misma revelación puede resultar en una conciencia que a su vez estimulará el progreso permanente.

De igual importancia que la ratificación de convenios por ciertos Estados, es la resonancia que tuvieron los trabajos de la OIT en el espíritu de los que, sin poder seguirlos en el plan nacional, continúan pensando que su misión es encontrar soluciones efectivas a los problemas de la sociedad contemporánea.

También pensamos que el mérito de los estudios efectuados por la OIT ha sido y sigue siendo más grande, y su importancia mayor, porque abordan nuevos terrenos y expresan nuevos conceptos.

En el campo de los servicios médicos que hemos tratado, los conceptos de organización del seguro de enfermedad, que parecían revolucionarios, pueden, después de haberse vuelto tradicionales en la evolución social de los últimos 50 años, considerarse hoy en día como sistemas atrasados por la evolución demográfica, la evolución de la medicina y el progreso social en general.

Hay que estar consciente de que el total de las ratificaciones de los convenios constituye el inventario de un esfuerzo logrado o el balance de posibilidades efectivas sobre las cuales hay que proyectar

constantemente etapas nuevas: las recomendaciones deben ser el sostén de esos proyectos por medio de expresar las necesidades de la gente y por medio de proponer los medios modernos de solucionarlas, dentro de una perspectiva ideal.

Y si hoy día, al celebrar el 50º Aniversario de la OIT, sentimos la inmensa satisfacción de constatar que un convenio sobre el seguro de enfermedad reúne por primera vez los tres elementos esenciales de la medicina, continuamos creyendo que tal unanimidad no hubiera podido lograrse con tal concepto sin el eco de la recomendación número 29 que en 1927 ya mostró la importancia de la medicina preventiva en el equilibrio de los regímenes del seguro de enfermedad.

Similarmente, en un texto adoptado en la misma sesión de junio de 1969, sobre los objetivos de las etapas del futuro, la recomendación No. 134 preparó el próximo convenio sobre el seguro de enfermedad por medio de estimular y dirigir el progreso de legislaciones nacionales: mantenimiento del derecho a cuidados médicos en el caso de enfermos que dejan de pertenecer al grupo de protegidos, extensión progresiva de esta protección a todos los residentes, mantenimiento de este derecho durante estadías temporales fuera de territorio nacional, abolición de condiciones de espera, y cuidados gratuitos para enfermos crónicos y personas de ingresos modestos.

Los principios propuestos por esta recomendación No. 134 formarán la base de la segunda mitad del primer ciclo de actividades de la Organización Internacional del Trabajo en el campo de servicios médicos.

Es por estas contribuciones continuas al mantenimiento de la paz, por medio de proyectar las condiciones del bienestar del hombre en el desarrollo de la justicia social, que la OIT ha merecido el Premio Nobel.