

76

MEDICINA LEGAL DE SEGUROS
Y DEL TRABAJO



***Queda hecho el depósito que
marca la ley.***

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Director: Profesor NERIO ROJAS

MEDICINA LEGAL DE SEGUROS Y DEL TRABAJO

Por los Doctores

Mario A. Rivarola

Carlos C. Malagarriga

José González Galé

Nicanor Palacios Costa

León Lattes

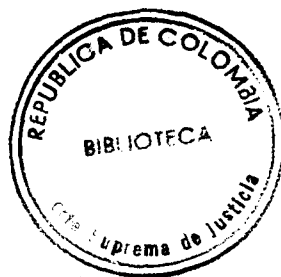
Nerio Rojas

Alejandro Raitzin

Alberto Rodríguez Egaña

José Belbey

Oscar Gómez



"LIBRERIA JURIDICA"
VALERIO ABELEDO, EDITOR
Calle Lavalle 1328
BUENOS AIRES

1940



EXPLICACION PRELIMINAR

Durante el curso escolar de 1939 organicé en el Instituto de Medicina Legal el ciclo de conferencias cuya versión compone el presente volumen. El éxito de ese curso superó mi optimismo al organizarlo y fueron los mismos oyentes quienes pidieron su publicación.

Dos razones, entre otras, destacan el valor de esta edición. Una de ellas es la escasa o nula bibliografía argentina sobre medicina legal de seguros en general, cuyo capítulo del seguro de vida y otras formas individuales, está todavía en blanco. La otra razón es la novedad universitaria y científica —la primera entre nosotros— de la reunión de profesores de tres Facultades —Medicina, Derecho y Ciencias Económicas— para estudiar desde sus respectivos focos de especialistas un mismo problema desde la misma cátedra. Así debe ser en realidad en la vida de una verdadera universidad —que es unidad y diversidad— y el haberlo propuesto y realizado en mi cátedra ha sido un motivo de especial satisfacción. Ello acentúa mi agradecimiento a los profesores que pusieron su prestigio, su ciencia y su buena voluntad al servicio de esta iniciativa y en primer término a los doctores Mario Rivarola, que agrega su alto prestigio propio al ya grande de su apellido; Carlos C. Malagarriga, cuya obra consagratória de

jurista resulta imperativo y confirmación de su patronímico; José González Galé, que reúne dos virtudes de la ciencia auténtica: modestia y sabiduría. Entre los médicos, vaya también mi reconocimiento, para León Lattes, el ilustre ex profesor italiano; Nicanor Palacios Costa, de nuestra misma Facultad, aunque de otra materia, especialista en seguro de vida; y los doctores José Belbey, Alberto Rodríguez Egaña, Alejandro Raitzin y Oscar Gómez, colaboradores y amigos, que con otros compañeros conmigo trabajan y luchan en el Instituto de Medicina Legal.

Los antecedentes personales y oficiales sobre este curso y la medicina legal del seguro y su enseñanza aparecen expuestos en el informe sobre el asunto presentado por mí a la Facultad. Esto explica que lo agregue como introducción a este volumen.

N. ROJAS

INTRODUCCION

**LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA LEGAL
DEL SEGURO**





LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA LEGAL DEL SEGURO (*)

Por el Dr. NERIO ROJAS

Profesor titular de Medicina Legal de la Facultad de Ciencias Médicas

Me es grato dirigirme a Ud. para informar a la Facultad de los resultados de la misión ad honorem que, con motivo de mi viaje al extranjero, tuvo a bien confiarme a fin de estudiar la enseñanza de la medicina legal del seguro en los países europeos y americanos.

Al mismo tiempo que presento este informe —cuya finalidad sugerí yo mismo al entonces Decano en ejercicio, Dr. N. Palacios Costa, para mejorar la función docente del Instituto de Medicina Legal, que dirijo—, agrego aquí en copia el que, con motivo de una misión paralela, he presentado al Sr. Ministro de Justicia e Instrucción Pública sobre las relaciones de las “Morgues Judiciales” con las cátedras de Medicina Legal. Y lo agrego porque con él continúo mi vieja campaña para poder utilizar con fines docentes las autopsias judiciales, cuestión didáctica que interesa directamente a la Facultad.

Los problemas de los seguros están al orden del día en todas partes, pues ellos adquieren cada día un incremento mayor, perfeccionando sus formas ya tradicionales y adqui-

(*) Informe presentado al Señor Decano en mayo de 1939.

riendo otras nuevas. Los seguros interesan al Estado para legislar sobre ellos con eficacia, y a la sociedad entera para obtener mayores y justos beneficios con su aplicación. Pero la gran mayoría de los tipos de seguro comporta en su previsión y en su práctica, el estudio de cuestiones médicas: enfermedad, invalidez, accidente del trabajo, muerte, etc. Pero al mismo tiempo, por ser ellos motivo de leyes especiales y por ser con gran frecuencia ocasión de litigios, peritajes, juicios en los tribunales, los seguros llevan implícitos o aplicados muchos problemas medicolegales. El seguro es un asunto jurídico y social. Pero hay una medicina del seguro. Y hay además una medicina legal del seguro.

Por la naturaleza de los hechos que busca resolver y, en general, por la categoría de personas a las cuales se aplica, muchos problemas de seguros están relacionados con los del trabajo, como sucede con los accidentes del mismo, con las enfermedades profesionales, con algunos hechos previstos en los seguros sociales. Todas estas cuestiones por el texto de las leyes y por su aplicación judicial son problemas medicolegales.

Pero hay, además, cuestiones generales y propias de la medicina legal que son planteadas constantemente con motivo de seguros. Son ejemplo de ello, la causa de una muerte, el secreto médico, la responsabilidad médica, el suicidio, etc.

Por todas estas razones la medicina legal abarca en buena parte el campo de estudios médicos del seguro, sin perjuicio de otros aspectos que pueden corresponder a la higiene, la puericultura, la obstetricia, y por esa causa, el Instituto a mi cargo tiene ya en los programas de estudios algunos de estos problemas. Así para estudiantes del último año y con mayor intensidad (un año) para los del curso de "médico legista", los problemas de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales; sobre estas últimas se profundizan aún más

ciertos aspectos químicos y clínicos en la cátedra de Toxicología (también un año en los cursos para "médico legista"). Otros puntos de los seguros, en especial el seguro de vida, nos han interesado a los médicos legistas, los jueces nos requieren los respectivos peritajes, la Sociedad de Medicina Legal ha considerado diversas de estas cuestiones y oído una conferencia del profesor Palacios Costa, por pedido mío (1935); y algunas comunicaciones del Dr. A. Raitzin, profesor suplente de medicina legal (1938); del Dr. O. Loudet, profesor de Psiquiatría y jefe de trabajos de nuestro Instituto (1933), y otra mía (1938). Además, la cátedra misma organizará este año un ciclo de conferencias sobre estos asuntos, pues las compañías de seguros se interesan cada vez más por el diploma de médico legista.

En el extranjero la situación de estos estudios es mucho mejor que aquí, tanto en la parte científica como en la legal y en la didáctica.

En Francia, la enseñanza de estos problemas está directamente vinculada a la cátedra de medicina legal. En París, la cátedra, cuyo titular es el profesor Balthazard, imparte la enseñanza de accidentes y enfermedades profesionales para los estudiantes y para los aspirantes al diploma de "médecin légiste". Además hay un "Curso de medicina del trabajo", para un diploma especial, bajo la dirección del Dr. Duvoir, profesor agregado de medicina legal, donde se estudian especialmente las enfermedades profesionales desde el punto de vista de la ley y la patología (clínica y toxicología), curso que se da en el Instituto Médico Legal. También en París funciona el "Instituto de estudio y prevención de las Enfermedades Profesionales", bajo la dirección del Dr. Hausser, jefe de trabajos de medicina legal, y esa institución colabora en la parte práctica de la enseñanza. Actualmente ha dejado

de funcionar la cátedra de medicina social, que dictaba el Dr. Crouzón, ya fallecido, y donde se estudiaban otros problemas de seguros y de trabajo.

En Lila, la orientación dada por el profesor Leclercq al Instituto de Medicina Legal se inició hace cerca de veinte años en el sentido de abarcar en su área las cuestiones legales, patológicas y periciales del trabajo y seguros, y de ellas se ocupa una sección especial. En los cursos para el “diploma de medicina legal y psiquiatría”, además de otras materias, se estudia con intensidad, la ley de accidentes, patología traumática, enfermedades profesionales, pensiones militares, seguros sociales contra enfermedad, invalidez, muerte.

La cátedra de Lyon, con el profesor E. Martín ha seguido también ese rumbo, sin dejar el tradicional que le fijó su antecesor el gran Lacassagne. Aquél ha incluido los problemas legales del trabajo y seguros en su programa de enseñanza y en su último libro de medicina legal.

En Alemania, la medicina legal del seguro y del trabajo es enseñada en Berlín en la cátedra del profesor Müller-Hess, titular de la materia y director del “Instituto de Medicina Legal y Social”. Se estudian allí los problemas médicoforenses doctrinarios y prácticos de accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, seguros sociales y privados; para “seguros” hay un encargado de curso. Bajo el patrocinio del Ministerio del Trabajo, el Dr. Bauer (abogado) hace enseñanza sobre “seguros” y hay un curso oficial sobre “Leyes para protección de los obreros”, que siguen los estudiantes de medicina y de ingeniería. Además, hay el “Instituto de Enfermedades Profesionales”, en Neu Kohl, dirigido por el renombrado profesor Baader, y donde se hace ciencia, asistencia hospitalaria y cursos de enseñanza sobre estos estados patológicos.

En Italia hay el conocido Instituto para estudiar los problemas médicos del trabajo, ciencia en la cual se destaca, como es notorio la obra del profesor Pende y su escuela. Pero en los últimos años se ha operado un cambio más general y significativo. Las cátedras de medicina legal funcionan en ese país en forma de Institutos llamados de “Medicina Legal y de los seguros”. Esta denominación ya basta para saber la función de tales instituciones y la orientación de la enseñanza, bajo la dirección en las diversas Facultades de Italia, de los profesores Carrara, Moriani, Leoncini, Biondi, Pisenti, Pellegrini, Cazzaniga, Perrando, Romanese, etc. Basten, como ejemplos, los dos primeros. Carrara —ya fallecido y años antes separado de la cátedra— ha dirigido una vasta obra de medicina legal y una de sus partes (200 páginas) está dedicada a la “medicina del seguro” (accidentes, enfermedades profesionales, seguro de vida, seguros sociales, etc.), problemas tratados en la enseñanza oficial de medicina legal en su cátedra de Turín, y mantenidos por su sucesor, profesor Romanese. Moriani, en Roma, sigue las mismas normas y se hace la enseñanza de la medicina legal del seguro para estudiantes de medicina y de derecho y más intensamente para los que siguen los cursos (médicos y abogados) de la “Escuela de Perfeccionamiento en medicina legal y en seguros”, con la colaboración de varios profesores e instituciones.

En Bélgica, la cátedra de Medicina Legal de Bruselas no ha olvidado estos problemas, bajo la dirección del titular Dr. Heger-Gilbert. Allí se hace enseñanza de los problemas médico-legales del trabajo y el seguro, siendo el encargado del curso el profesor De Laet.

En Estados Unidos, es notoria la importancia que han adquirido todos los problemas del trabajo y los seguros. Y naturalmente no han escapado los aspectos médico-legales. Entre

los centros de estudios, asistencia y enseñanza recordaré estos dos muy prestigiosos de Nueva York: Delawar Institut, del profesor F. Flinn, en la Universidad de Columbia, y la "Clínica" para enfermedades industriales, del profesor Goldwatter, en la Universidad de Nueva York. Además hay los cursos de medicina industrial dirigidos por el profesor Ph. Drinker en Harvard University.

Entre los países sudamericanos debo mencionar la situación de Chile y el Perú, dos naciones donde existen leyes de seguros sociales, lo que ha atraído el interés por los problemas médicos relacionados con esta legislación. Consecuencia de ello fué que en las recientes Jornadas Neuro-Psiquiátricas reunida en Lima, uno de los temas oficiales fué el estudio de los problemas médicolegales, sobre todo deontológicos, de los seguros sociales.

De cuanto he expuesto surge la necesidad de que entre nosotros se intensifique el estudio de estos problemas. La Facultad no puede quedar indiferente ante estas cuestiones que agitan cada día más la vida social, los centros de estudio y los estrados judiciales. Los problemas del trabajo y los seguros tienen aspectos médicos fundamentales. Dentro de ellos, los médicoforenses son de primer orden. No debemos quedar en retardo. La cátedra de medicina legal y la de higiene, como es notorio, no han descuidado estas cuestiones y dentro de nuestros medios hemos hecho lo que es posible. Pero para la parte médicolegal yo deseo hacer más y espero contar con el apoyo de la Facultad. Ya tenemos organizada la parte relacionada con la ley de accidentes del trabajo, pero habrá que mejorar la correspondiente a enfermedades profesionales, también prevista en la legislación y motivo de asuntos judiciales, lo mismo que otros puntos médicoforenses del trabajo moderno. En materia de seguros privados, cobra cada día más difusión

el seguro de vida y los médicos tienen en ellos intervención directa y permanente como perito privado dentro de las compañías o como perito judicial en caso de pleito en los tribunales. Los problemas de los seguros sociales no son entre nosotros tan apremiantes, pues no tenemos la legislación pertinente, pero algunas de esas cuestiones se plantean ya aquí en las relaciones privadas de algunos establecimientos y a la aplicación de leyes como las de jubilaciones, maternidad o la de despido.

He ahí una serie de estudios médicolegales que deseo organizar en el Instituto que dirijo. Para empezar, dentro de poco iniciaremos un ciclo de conferencias sobre “medicina legal del seguro y del trabajo”, a cargo de profesores de otras Facultades y de los profesores del Instituto de Medicina Legal, cuyo plan elevaré al decano dentro de breves días. Esto será ampliado después y estabilizado, dándole forma oficial de cursos especiales dentro o fuera de los correspondientes al diploma de “médico legista”. Solicito, desde ya, el apoyo de la Facultad para realizar ese plan con más elementos, colaboración docente y reforma de alguna ordenanza, todo lo cual someteré oportunamente a la aprobación del Consejo Directivo.

CAPITULO I

LA FUNCION DE LA MEDICINA EN LA TECNICA DEL SEGURO

LA FUNCION DE LA MEDICINA EN LA TECNICA DEL SEGURO

(Versión taquigráfica)

Por el Dr. MARIO A. RIVAROLA

Profesor Titular en la Facultad de Ciencias Económicas

Señor Decano; señores Profesores; señores:

1. — El elogio que de mi persona acabo de oír, me deja un tanto confundido. No debo comenzar sin agradecerlo, así como la referencia al apellido que llevo, que importa también, como lo ha dicho el doctor Rojas, una responsabilidad a la que trato de hacer frente.

Debo también agradecer el honor —que no de otra manera puedo llamarlo— que significa haberseme confiado esta primera conferencia de un ciclo que ha de darse en una casa que no es la propia, si así ha de considerarse una Facultad respecto de las otras de la misma Universidad. Pero sobre esto último debo hacer presente que no me siento del todo en casa ajena, porque este ciclo, como lo ha expresado el doctor Rojas, tiene un alto sentido universitario: demuestra que la Universidad es una, como una es la Ciencia.

Las diversas ramas que de ésta se forman a medida que los hechos y los fenómenos obligan a estudiarlos con mayor intensidad, dan lugar a que el estudio se distribuya entre las distintas Facultades de una Universidad, y ello no puede alterar la unidad de esta última.

En cuanto al concurso que yo haya de prestar a este ciclo, aparte de estudios que pueda haber realizado en la especialización, invoco más que ésto, el contacto que la profesión da con la vida jurídica, y la experiencia que se adquiere en la profesión, después de treinta y cinco años de haberla ejercido ininterrumpidamente.

Hay una diferencia fundamental entre la profesión del médico y la del abogado. La ciencia médica y la ciencia del derecho son dos aspectos del conocimiento. Pero la aplicación de la ciencia médica tiene formas completamente distintas de la que toca al abogado hacer de la ciencia del derecho. En la ciencia médica, cuando se traduce en el arte de curar, los médicos encuentran entre sí un interés paralelo frente al enfermo para salvarlo de la muerte, y para alcanzar una victoria en la que participan ambos.

Desgraciadamente, en la vida del abogado uno se coloca frente a otro, para expresar por cuenta de sus clientes cosas que no son agradables, y para decirse a veces palabras ofensivas en la disputa sobre el interés de sus respectivos defendidos. Y cuanto más grande es la victoria de un abogado, más grande es la derrota del colega.

Pero la aridez que pueda tener la profesión, si tan sólo se la ve bajo el aspecto del arte de ganar pleitos, deja de ser tal cuando, además y mientras se interviene en el pleito, el abogado observa y trata de saber aquello que quedó fuera de sus disciplinas durante sus estudios. Así es como el abogado llega a saber, durante el pleito, algo de construcciones y de puentes; llega a saber algo de agricultura o de ganadería si se trata, por ejemplo, de algún litigio sobre rescisión de arrendamiento; y sigue sabiendo, en otros pleitos, de varias cosas más. Llega a saber el punto de fusión de las grasas que acompañan las fibras de lana, si se trata del cobro de un siniestro por in-

cendio de lana, en el que se discute el daño ocurrido por ese incendio, que se diría espontáneo. Y así es cómo el abogado llega a saber algo de fracturas, algo de reeducación funcional, algo de enajenaciones mentales, y de aquel momento doloroso en que se produce la penumbra entre la lucidez y la enajenación total. Y así sabe algo de todo, o llega a adivinar lo que no llegó a saber.

Este es el concurso que puedo yo traer a este ciclo, con la larga práctica en la profesión, que me ha puesto en contacto con las cosas que he podido observar, y que al mismo tiempo tenía la facilidad de poder comprender por la orientación de algunas lecturas o alguna afición científica.

2. — La determinación del tema para esta primera conferencia, aunque no parezca, ha sido la mayor dificultad. Se suele decir que no debe darse nombre al niño antes que nazca; pero en este caso se trataba de un hombre hecho y derecho que había nacido: el ciclo. Y después de breve término que pedí para orientar un poco las ideas, he elegido el siguiente tema: *Función de la medicina en la técnica del seguro*.

Y como hoy en día estamos tan acostumbrados a usar palabras que realmente no significan lo que dice el Diccionario, y que las tomamos así, al acaso, prefiero dar mi concepto personal para que tengamos ya un diccionario de inteligencia común entre el que habla y quienes escuchan, sobre cuatro palabras: *Medicina*, *Técnica*, *Seguro* (comprendidas en el título de la conferencia) y *Riesgo*, que es lo que va a la zaga del Seguro.

Medicina:

No voy a dar en la Facultad de Ciencias Médicas una definición de la Medicina, ni quiero cometer el pecado de entrometerme en cosas que se enseñan mejor aquí; pero, a los efectos de lo que he de decir en esta conversación, entiendo como Medicina —y si estuviera equivocado, ha de disculpárseme— la ciencia del organismo humano en su función normal y patológica, y el arte de volver el organismo enfermo a sus condiciones de vida o, por lo menos, de mantenerlo en una vida limitada, si aquello no se consigue totalmente. No sé si estaré equivocado; pero, desde el punto de vista de la observación, puedo estar cerca...

Técnica:

Es otra palabra que se usa mucho, pero raras veces se recurre al Diccionario para encontrarla definida. ¡Y qué sencilla es su definición! El Diccionario nos dice que la Técnica es “el conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o arte”.

Seguro:

Ahora, en cuanto al Seguro, ya el punto es un poco más complicado, porque ese Seguro histórico que, con tanta precisión y brevedad, nos ha mostrado el doctor Rojas, conserva del Seguro sólo el nombre, pues ha cambiado completamente su estructura, su organización, sus procedimientos, su técnica. Y hoy el Seguro es un concepto distinto de lo que era hace ciento veinte años, porque realmente la historia del Seguro contemporáneo es la que nos viene desde el primer cuarto del

siglo XIX. Y entre esos conceptos antiguos, su carácter aleatorio.

Hay una curiosidad que yo he tratado de dar a conocer, porque no aparece generalmente publicada, impresa; me refiero al concepto que, del Seguro, se tenía en el año 1806 al redactarse el código civil francés (Código de Napoleón) y al incluirse entre los contratos aleatorios el de Seguro. Allí dijo el jurisconsulto Portalis, anotando el capítulo que comienza en el artículo 1964, algo que demuestra que la intuición, aquella verdad que siempre existe y a que se refería el profesor Rojas, era ya exacta en aquel tiempo. Decía Portalis:

“En el orden primitivo de la naturaleza, cada uno está obligado a soportar el peso de su propio destino; pero en el orden social podemos, al menos en parte, hacer recaer aquel gravamen sobre los demás. Este es el fin primordial de los contratos aleatorios, que son el producto de nuestras esperanzas y de nuestros temores, y por medio de los cuales buscamos la fortuna o queremos evitar sus caprichosas eventualidades.

“En todas las épocas ha existido el comercio de las cosas inciertas y aventuradas. Las leyes más antiguas prueban que el hombre, deseoso siempre de levantar el misterioso velo que le oculta el porvenir, ha querido constantemente hacer figurar en sus contratos y transacciones, objetos que apenas puede alcanzar en su débil presciencia.

“¿Cuál es el resultado de esos contratos? Nos creamos bienes presentes augurando un precio a probabilidades más o menos remotas; simples esperanzas se convierten en riquezas reales; y males que tal vez por desgracia serán algún día demasiado ciertos, son evitados o modificados en sentido favorable por la exactitud y la previsión de las combinaciones humanas; amortiguamos los rudos golpes de la suerte al asociarnos para participar de ellos en común.

“Al enunciar el principio de los contratos aleatorios, se justifica plenamente su legitimidad. Nada más legítimo, en efecto, que unir nuestros temores, nuestras esperanzas y todas nuestras afecciones, para no abandonar a la casualidad lo que puede ser regulado por el consejo, y para ayudarnos mutuamente por pactos, y prestándonos el debido auxilio para atravesar con menos peligros las diversas fases de la vida”.

Se pueden encontrar en libros contemporáneos, conceptos que se aproximan mucho a éste. Ahora, la definición *actual* del Seguro. Aquel comercio de lo incierto ¿es hoy el comercio de lo incierto? Esta es la cuestión. No lo es ya, de ninguna manera, el comercio de lo incierto. El Seguro ha transformado totalmente su organización y su técnica, justamente porque ha cambiado en forma fundamental el concepto del *riesgo* para el Seguro. El riesgo es lo que en todo tiempo ha dado lugar al Seguro, pero el riesgo de hoy no es el de antes. El riesgo de hoy es algo que se conoce, que se toca, que se palpa y se mide y se cuenta, como lo puede asegurar el profesor González Galé, aquí presente.

¿Las definiciones del Seguro? El código de comercio dice que es un contrato. El Seguro sería uno de los de esa serie de contratos definidos por el código de comercio, según el cual “una de las partes se obliga, mediante cierta prima, a indemnizar a la otra de una pérdida o de un lucro esperado, que podría sufrir por un acontecimiento incierto”.

El profesor Manes, en la cuarta edición de su “Teoría del Seguro”, publicada sin fecha pero probablemente del año 1914, dice: “Es aquel recurso por medio del cual un gran número de existencias amenazadas por peligros análogos, se organizan para atender mutuamente a posibles necesidades tasables y fortuitas de dinero”. En esa edición se dice, en una

nota, que ésta es la definición que ha triunfado, por el número de citas que de ella se hace por los demás autores.

Sin embargo, el mismo profesor Manes, no satisfecho con ella, en 1934 nos dió en Buenos Aires, en la Facultad de Ciencias Económicas, esta otra definición: "La ayuda financiera mutua, en caso de posibles necesidades fortuitas y tasables, de un gran número de existencias económicas amenazadas por análogos peligros". Respeto esa opinión, y respetando la personalidad mundialmente conocida del profesor Manes, he cometido la irreverencia de idear una definición que estuviera a la altura del Seguro de hoy, no del Seguro del futuro —a la que tiende la del profesor Manes— ni del Seguro del pasado, del que no es ya del caso ocuparse, porque cada cosa hay que definirla según es, en el momento en que se la ve.

Esa definición que di en 1934, en la Facultad de Ciencias Económicas, dice así: "El Seguro es el conjunto de operaciones que se realizan en el comercio del riesgo, en unos casos, o por el Estado, en otros, tendientes a organizar existencias económicas actuales para atender las prestaciones y obligaciones creadas por la ley o por contrato, con relación a hechos posibles o futuros comprendidos en el riesgo". También esta definición ha sido criticada, y creo que también ha sido aceptada, porque contempla al mismo tiempo el aspecto económico y jurídico que hoy tiene el Seguro.

Pero se habla en esa definición dos veces del riesgo, mencionándose el "comercio del riesgo" y "los hechos posibles o futuros comprendidos en el riesgo". Y aquí estamos en el punto álgido de la cuestión, porque también el riesgo se ha modificado en su concepto, a los efectos del Seguro.

Riesgo:

El riesgo es una calidad inherente a todas las cosas y personas. Y deb  darse un rodeo para tener un claro concepto de lo que es, porque el riesgo es una situación intermedia entre dos extremos.

Se puede tener conciencia de la imposibilidad de un hecho: que la luna se caiga sobre la tierra. Este es un hecho imposible, y si alguna vez se calcula la fuerza que tendría el choque, son c culos que, gracias a Dios, estamos un poco lejos de temer.

La seguridad, o la conciencia del hecho necesario, es el otro extremo: que el sol salga por el Este todos los días, o que después del verano venga el otoño. Tamb n se calcula lo que sucedería si así no ocurriera, pero éstas son las fantasías de la imaginación y no la realidad de los hechos. Y entre esos dos puntos extremos, o sea, la conciencia de la imposibilidad y la conciencia del hecho fatal y necesario, se encuentra una gradación de hechos que pueden o no suceder. Es ésta la calidad inherente a toda cosa y a toda persona, que para el Seguro se llama riesgo.

Creo que la idea es clara tan pronto como se la establece por comparación entre lo imposible y lo necesario; el Seguro deja de existir tanto cuando se aseguran hechos imposibles, como deja de existir jurídicamente y no tiene razón de ser, si se aseguran hechos necesarios. La vida, dentro de las dos ramas principales del seguro —seguros personales y seguros sobre cosas— la vida, repito, también se termina. Este es el hecho necesario. Lo que se asegura, en el seguro de vida, es la época en que ha de terminarse esa vida, y entonces ya nos encontramos dentro de esa gradación entre 0 a 100, en que el hecho necesario y el hecho imposible son los extremos.

Esto es, entonces, lo que da lugar a la *probabilidad*, que es el elemento sustancial del riesgo, del cual, a los efectos de la empresa y de la contratación, los elementos voluntarios son la suma asegurada y el tiempo, que se establece por convenio. El otro elemento que en el riesgo existe, y que también llega a calcularse, es el de intensidad; el mayor o menor grado de la indemnización o del daño para poder ser indemnizado.

Este aspecto del riesgo en cuanto a la intensidad, no se presenta en los seguros singulares sobre la vida, porque se contrata la suma asegurada; pero se presenta en los riesgos personales sobre accidentes, sobre incapacidad o sobre cualquiera de las formas en que no es la vida lo que concluye, sino la amplitud o la funcionalidad vital.

El concepto del riesgo ha evolucionado en el siglo XIX, porque se lo ha podido estudiar. Ha venido entonces a crearse la ciencia de lo incierto, aquello incierto a que se refería el citado juriconsulto Portalis; ese "algo" que se maneja y que se puede calcular, medir y poner en cifras; y entonces el concepto del riesgo para el Seguro se transforma y deja de ser, en el Seguro contemporáneo, el acontecimiento perjudicial que *puede* producirse, y pasa a ser el acontecimiento perjudicial que *debe* ocurrir.

Estudiados los números, y estudiado lo incierto, dentro de lo incierto hay "tantas" unidades que deben producirse dentro de "tanto" tiempo y con "tal" intensidad, y éste es el riesgo que sirve de base a la técnica moderna del Seguro. Para que estas leyes estudiadas tengan realidad en la empresa aseguradora o en el comercio del riesgo, o en la función aseguradora, la técnica ha cambiado también, y no es el individuo quien busca un asegurador, sino que es el asegurador quien se dedica a buscar riesgos, unidades de riesgo, para formar todo ese conjunto de valores negativos que constituyen el riesgo.

Esa calidad inherente a toda persona o a toda cosa, que se llama riesgo, explicada así, es, evidentemente, un valor económico negativo, y la posibilidad de que el hecho perjudicial ocurra y las cosas se pierdan para su dueño, o el brazo quede inhábil para quien lo lleva puesto en el cuerpo, son valores negativos que se pueden desplazar hacia el Seguro, el cual se hace cargo de pagar la cosa, componerla o repararla, o compensar la pérdida que pueda representar el brazo, etc.

Tenemos, así, la técnica del Seguro actual dedicada a adquirir unidades de riesgo para que se cumplan las leyes de los grandes números; y esa adquisición de unidades de riesgo son los seguros individuales contratados. Nótese que decimos *adquirir*; los aseguradores, en su lenguaje, suelen decir *vender pólizas*. No es verdad; lo que en realidad se hace es comprar riesgos. Es un “comercio” que se realiza a la inversa. Estamos acostumbrados a ver operar al mayorista, que compra grandes cantidades para venderlas luego al por menor. En el Seguro, en cambio, se compran las pequeñas cantidades, que son absorbidas al por menor, y en el momento en que ocurre el siniestro, se satisface al por mayor, en una sola cantidad. Es algo así como la película de cine, tomada en el final y pasada hacia el principio. Se adquiere el riesgo por parte del asegurador, pero éste, al adquirirlo, tiene que recibir también una suma que es el equivalente del valor económico negativo que lleva el riesgo consigo.

3. — Entremos ahora en materia respecto de la “Función de la Medicina en la Técnica del Seguro”.

Dentro de las dos ramas que el Seguro tiene en general, descarto, desde luego, los seguros sobre las cosas, o sea los

llamados seguros patrimoniales, porque en éstos la medicina no puede hacer mucho; y me referiré solamente a los seguros que tienen por finalidad cubrir riesgos a que se encuentran sometidas las personas.

¿Cuál ha sido la función de la medicina en esta evolución del concepto del riesgo y del concepto del Seguro? No se puede enumerar en diez minutos, ni se podría en horas, todo lo que ha podido hacer y ha hecho la ciencia médica para mejorar —por supuesto, sin pensar en el Seguro— la condición general de vida de todas las personas que forman la comunidad.

La higiene, la higiene pública, la aplicación obligatoria de las medidas de higiene; luego el estudio, el largo estudio de las enfermedades infecciosas e infectocontagiosas; las medidas para que no se propaguen; las medidas que se toman para que se puedan salvar quienes se encuentran contagiados, son toda una serie de efectos de la aplicación de la ciencia médica a la vida humana; y en estas condiciones se ha mejorado, para el Seguro, la *mercadería* que pueden adquirir los aseguradores.

Por supuesto que no están hoy los aseguradores de Río de Janeiro, por ejemplo, en la condición en que habrían estado hace cincuenta años, cuando el primer aviso que se ponía en los vapores era: “Senza toccare il Brasile”. Hoy, las condiciones sanitarias son allí tan buenas como en Buenos Aires, y el índice de la mortalidad ha disminuído notablemente.

El tiempo de vida de las personas es breve; la vida, corta; pero sin embargo se ha mejorado mucho la calidad de la *mercadería* —el riesgo— que el Seguro puede tomar para su comercio. Esta es una función de la medicina que no corresponde aún a la técnica del Seguro; es una función preaseguradora. Pero así como el comerciante prefiere el roble de Eslavonia a los demás robles, o prefiere los brillantes de Sud Africa a los

de Sud América, porque aquél es mejor, más adaptable a las construcciones, o éstos tienen mejor color o mejores luces, así también la ciencia médica ha preparado los brillantes y el roble para que venga el comerciante a elegir su "mercadería".

4. — Veamos ahora la segunda función de la medicina, primera de las que realiza en la técnica del Seguro.

Nos encontramos al comerciante frente a la pila de tablo-nes de roble de Eslavonia, algunos de los cuales pueden ser defectuosos o inadaptables para su industria; y al comerciante de brillantes frente a la mesa en que los ha de elegir, que son todos de Sud Africa, pero unos mejores, otros peores, algunos inaceptables.

Y en el Seguro, el asegurador se encuentra también frente a un conjunto de unidades de posible seguro, en donde puede haber algunas unidades de imposible aseguración o, por lo menos, no aceptables. Esta será entonces la segunda función de la medicina y, prácticamente, la primera en la técnica del Seguro: la de la selección, la del rechazo de lo no asegurable, de lo que no responde a las condiciones en que hoy se manejan o deben manejarse las cifras del cálculo del riesgo.

Esta función es, así, importante porque no solamente tiene sus efectos en el resultado de la empresa aseguradora o en el resultado del Seguro —si no ha de ser el de la empresa— sino porque ese resultado depende exclusivamente del médico; y no solamente de la ciencia, sino también de su pericia y de sus aptitudes. El más preparado de los médicos —si por bajo de sus ojos deja pasar algún posible asegurado sin que note lo que tiene, o sin que se preocupe de notarlo— ingresa una unidad-riesgo en la que no se ha de cumplir la técnica del

Seguro, como debe ser. Y si esas unidades aumentan en número, y llegan a ser un diez o veinte por ciento, el fracaso de la empresa aseguradora se deberá a la admisión que se ha producido de esas unidades-riesgos, debida a la negligencia o la impericia del médico.

Ya no estamos frente a la ciencia médica, a la medicina pura, sino frente al médico que es quien abre la puerta para la entrada de unidades de riesgo, que el Seguro necesita adquirir de todas maneras, pero que debe adquirir en buenas condiciones, como mercadería-riesgo, para que se puedan realizar los números previstos como resultado del seguro.

Es, quizá, en este punto, donde es preciso tener siempre presentes —y discúlpeme el profesor de la cátedra si repito un consejo que habrá dado muchas veces— las condiciones, la ética profesional, la manera en que debe realizarse esa admisión de unidades de riesgo, de la cual resultará ese conjunto sobre el que se basa la posibilidad de realización del Seguro.

El médico que de buena fe cree que un posible asegurado está en condiciones de asegurarse, pero no tiene capacidad suficiente para emitir con certidumbre su opinión, vale más que diga que no comprende el caso, a que admita esas unidades de riesgo que, después, pueden formar un número grande que descompondrá completamente los números que sirvieron para el cálculo del riesgo.

5. — Observando lo que hacen el comerciante de maderas o el de brillantes cuando han adquirido la mercadería, como adquiere la mercadería-riesgo el asegurador luego del examen médico practicado en forma singular, o múltiple también, como en el seguro colectivo, notaremos que esos comerciantes se

preocupan por conservar la madera en buen estado, o por conservar los brillantes lejos de la avidez de quien quisiera tomarlos, o en que no sean entregados a manos torpes para trabajarlos. En cambio, no parece que el asegurador se haya preocupado, hasta hace muy poco tiempo, de conservar esa mercadería-riesgo que con tanto cuidado adquirió, sometiéndola a la inspección, al examen y a la aceptación de uno o dos médicos.

Recién ahora, así como el comerciante de maderas hace un techado para que su madera no esté a la intemperie, o el de brillantes compra la caja fuerte para que su mercadería esté lejos de las manos listas, en los seguros de vida y de integridad personal, recién ahora, repito, se han convencido los aseguradores de que es un gasto económico bien realizado, el de la vigilancia constante de la salud de los asegurados y el de la asistencia médica en casos de enfermedad.

La vigilancia de los asegurados y la visita médica periódica, es el modo de conservar el valor de la mercadería-riesgo. De otra manera, no solamente por el transcurso de los años empeora esa mercadería y llega a ser mala a pesar de haber sido buena en un principio, sino que también se empeora por la falta de acción del médico, y también por la del asegurado.

El asegurado, por un falso concepto de la economía, porque no tiene tiempo, o por cualquier otro motivo, no vigila su propia salud; y cuando llega el momento en que acude al médico, éste se encuentra ya en presencia de un proceso que cuando no es muy adelantado, está ya en vías de terminar. La vigilancia periódica y constante de los asegurados por los médicos, en los seguros de vida individuales es, entonces, un gasto que conserva el valor de la mercadería-riesgo y que facilita la técnica del Seguro en la realización de los números previstos.

Se pueden extender estas consideraciones al seguro colectivo; también llegará el momento en que los seguros colectivos de empleados o de obreros industriales, tendrán algo que hacer con la medicina. Las condiciones del medio en que se trabaja; la higiene de los locales de trabajo de esos obreros y de esos empleados; la forma racional de sus tareas; los horarios, etc., cuando no está todo ello bien organizado y previsto, son algo que, sumado en pequeñas cantidades, aumenta el valor negativo del riesgo y, por consiguiente, disminuye el valor comercial de la mercadería-riesgo.

Es ésta una función, tercera de la medicina, segunda de la medicina en la técnica del riesgo y, por coincidencia, la primera en un concepto de la medicina especializada. Esa vigilancia constante descubre los riesgos que han sido admitidos sin razón para serlo; controla, diríamos, la entrada de asegurados que no estuvieron en condiciones de ser asegurados, y hasta permite a veces descubrir la sustitución de asegurados.

Nosotros, en la Argentina, que nos damos —y nos vanagloriamos— de ser “vivos”, no alcanzamos a ser tan bribones como en otros países; pero ya lo seremos. Por el momento podemos precavernos de los futuros bribones. El examen médico que se hace hoy en el Seguro de Vida, toma las precauciones para la investigación individual, menos la más importante de todas: la de saber si el individuo que se hace examinar, es el mismo que se asegura.

No ha entrado todavía en las prácticas delictuosas de nuestro país el asegurar a otros, o el enviar a otros al examen médico para hacer seguros de vida. Se me dirá que se toma la firma del interesado. Bien; puede aparecer una firma, Juan Pérez, que el interesado estampa al final de la solicitud en presencia del médico que lo examina; pero es de suponer que

el bribón que envió a su sustituto, le habrá hecho estudiar bien la firma para que sea igual a la propia.

Ni siquiera se usa todavía la impresión digital, o la nueva forma de identificación que propone el doctor Carrea, por las rugosidades palatinas. Nada de estas pruebas queda para establecer si el muerto es la misma persona a quien se sometió al examen médico antes de emitir la póliza. Si existiera la vigilancia permanente de los asegurados, bien se podría llegar a encontrar el caso de la sustitución del asegurado.

6. — De la reticencia en las declaraciones, del examen médico deficiente, y de la aparición de algunos síntomas o enfermedades que no debieron existir en el momento de contratarse el seguro, surge una función de la medicina, no ya la primera, ni la segunda ni la tercera, sino una función en que no entra la medicina pura; antes bien, la medicina legal, es decir, la que atiende ya a las deformaciones antijurídicas del Seguro en sí mismo.

Llega el momento que *debe* llegar, según la técnica del Seguro *actual*, y que era lo *incierto* en la técnica del antiguo concepto del Seguro: el siniestro, el momento en que el riesgo se concreta y se condensa, y se transforma en el hecho *previsto* y calculado, que antes era simplemente *temido*. Hoy, en el Seguro, es el momento *esperado*, en que se cumplen las leyes de los números.

Y en ese momento del siniestro tenemos una nueva función de la medicina en la técnica del Seguro. En los seguros de vida, la función de la medicina no podrá tener por efecto el resucitar al muerto. Este es uno de los ideales que se podrían perseguir pero que, por lo menos hasta hoy, no se ha conse-

guido. Pero en los seguros de integridad física, el accidente y la inhabilitación son fenómenos o acontecimientos cuyo efecto y cuya intensidad se puede atenuar mediante la medicina.

Nunca dejaré de recordar, y cada vez que pueda lo citaré, un accidente de trabajo ocurrido en una Semana Santa: un repartidor de pan, herido en una pierna con fractura expuesta del fémur el martes de esa semana, murió de gangrena el lunes siguiente, porque no había tenido un médico que lo asistiera debidamente.

Es éste un caso que demuestra el valor de la intervención de la medicina en la atenuación de la intensidad del riesgo. La indemnización, que fué de seis mil pesos por muerte del obrero, pudo haberse reducido al pago de los medios jornales correspondientes a los cuarenta días de consolidación de la fractura, si ésta hubiera sido debidamente atendida.

Y esto que pasa con los seguros colectivos de accidentes del trabajo, puede pasar con los individuales o con los seguros colectivos de empleados. Allí, entonces, se atenúa la suma, disminuye la intensidad, y se reduce en lo posible el valor negativo, que se transforma en positivo por la entrega de la indemnización.

Si se suman una detrás de otra todas las unidades de riesgo transformadas en siniestros, y todo lo que éstos puedan importar en menos por una adecuada atención médica, nos encontraremos en la tercera función de la medicina en la técnica del riesgo, que es la cuarta de la medicina en general, porque allí la técnica consiste, como "procedimientos y recursos" de que se vale el Seguro, en que, si es posible, el accidente no deje rastros; que la asistencia médica devuelva totalmente la capacidad al individuo; y si no fuera posible, que deje la menor medida de incapacidad y, por consiguiente, la menor indemnización.

Tampoco hemos llegado al grado de bribonería que existe en otras partes, donde los siniestros se simulan, pueden no corresponder a hechos y ser solamente pseudo siniestros, o meramente aparentes, correspondientes a hechos no comprendidos en el riesgo. Quien quiera saber estas cosas que ya se están haciendo en Buenos Aires, que vea qué es lo que sucede en los seguros contra accidentes del trabajo entre los estibadores del puerto. Que vea cómo algunos aseguradores pagan los accidentes que ocurren a obreros de empresas que no están aseguradas; y cómo el mismo obrero llega a obtener tres pensiones simultáneas porque resulta herido tres veces el mismo día, trabajando en tres lugares distintos en ese día, y atribuyendo a esos supuestos siniestros la herida que ya tenía desde el día anterior.

La simulación del accidente en las reyertas entre obreros y los casos en que se simula también la causa de la muerte, que no corresponde al hecho que debió ser motivo de la indemnización, son otros ejemplos de los cuales nos enteramos leyendo en los diarios noticias espeluznantes de lo que ocurre en el país, y que antes sólo leíamos en las noticias llegadas del exterior. Y esta función ya no es de la medicina pura, sino de la medicina legal, tercera de la medicina pura, y cuarta de la ordenación general en que he tratado de hacer esta exposición.

7. —Veamos, en síntesis, cuáles son las conclusiones del tema que me propuse abordar, digno de mayor extensión pero, desgraciadamente, limitado por el tiempo exacto en que debo terminar. La Función de la Medicina en la Técnica del Seguro tiene los siguientes aspectos:

a) En primer término, la función que se diría propia

de la pre-aseguración; la preparación del terreno en que ha de operar el Seguro en su técnica contemporánea, mejorando el valor comercial del riesgo en general y en abstracto, como condición inherente a todo sujeto humano y a cualquier asegurado posible.

b) En segundo término, una función no ya relativa al riesgo en general y al Seguro indeterminado y posible, sino correspondiente, en concreto, a cada unidad de riesgo y a cada adquisición de la misma. Esta segunda función es, a su vez, la primera en la técnica del Seguro propiamente dicha.

e) En tercer término, una función relativa a la conservación y, si es posible, al mejoramiento del valor comercial de los riesgos adquiridos, por disminución de su valor económico negativo; y, a la vez, un mejoramiento global de los riesgos adquiridos por el asegurador, al eliminar ocasionalmente unidades de riesgo indebidamente incorporadas a ese valor total. Esta tercera función es, asimismo, la segunda en la técnica del Seguro, y la primera en el campo de la medicina legal.

d) En cuarto término, la atenuación de la intensidad del riesgo global y de los riesgos singulares adquiridos, cuando los hechos previstos y probables los transforman en siniestros, ya sea por discriminación de los siniestros aparentes pero en realidad provenientes de hechos no comprendidos en el riesgo, o ya por anulación de seguros dolosos o fraudulentos, o ya evitando daños efectivos mayores como consecuencia de siniestros verdaderos. Bajo este cuarto aspecto, la función de la medicina es la tercera en la técnica del Seguro, y constituye la segunda función en el terreno de la medicina legal.

Tal es, en síntesis y bajo su aspecto complejo, lo que, a mi juicio, constituye "La Función de la Medicina en la Técnica del Seguro".

CAPITULO II

ORGANIZACION JURIDICA DEL SEGURO

LA ORGANIZACIÓN JURÍDICA DEL SEGURO

Por el Dr. CARLOS C. MALAGARRIGA

Profesor extraordinario de Derecho Comercial

El derecho, que considerado en un sentido es sinónimo de norma o conjunto de normas obligatorias impuestas por las necesidades de la convivencia, bajo otro aspecto es la facultad de obrar de acuerdo con la norma. Desde este último punto de vista los derechos se dividen en reales y personales. En los derechos reales la facultad de obrar se ejercita por el que la tiene, esto es, por el sujeto activo o, simplemente, sujeto, sin la necesaria intervención de otro. Es el caso, por ejemplo, del derecho de propiedad o de dominio. El dueño o propietario no tiene necesidad de otra persona para ejercitar sus facultades con relación a la cosa que le pertenece. Por eso se ha dicho, aunque no con rigurosa exactitud, que derecho real es aquel que establece entre la persona, sujeto del mismo, y la cosa, objeto del derecho, una relación directa e inmediata. En los derechos personales, por el contrario, el sujeto activo ejercita sus facultades con relación a otra persona, que es el sujeto pasivo y que está constreñido a hacer o a dejar de hacer algo, que es lo que se llama prestación. Por eso se ha dicho que derecho personal es el que establece relación entre una persona y otra y que, cuando dicha especie de derecho se refiere a una

cosa —en la locación de cosas, por ejemplo—, la relación entre el sujeto y la cosa es sólo indirecta y mediata.

Los derechos personales son llamados también derechos de obligación, porque se conoce como obligación la situación en que se encuentra el sujeto pasivo en un derecho de esa clase. Y es general el uso de la palabra obligaciones con referencia a toda esa categoría de relaciones de derecho. También suele llamarse, a los derechos personales, derechos creditorios, por conocerse como crédito la facultad en que consisten, y como acreedor el que disfruta de ella, en oposición al débito, que es lo que el sujeto pasivo o deudor tiene que hacer o dejar de hacer.

Ahora bien, un derecho personal o creditorio no puede nacer espontáneamente. En principio, ninguna persona está en situación que la constriña a hacer o a dejar de hacer algo. Para que se halle en ese estado es preciso que haya obrado al respecto una causa generadora. La principal causa de las obligaciones es el contrato. Para tener una noción más o menos precisa del mismo, hay que considerar que existen ciertos hechos que tienen especialmente por objeto establecer entre las personas relaciones jurídicas, crear, modificar, transferir o aniquilar derechos. El derecho los tiene previstos y reglamentados en su naturaleza, en su forma y en sus efectos, ya individualmente respecto de algunos, ya al menos por clasificación general respecto de otros. Estos son los hechos que se designan bajo la clasificación de actos jurídicos. Estos actos son unilaterales o bilaterales, según que baste para formarlos la voluntad de una sola persona o que requieran el consentimiento de dos o más. Todo acto jurídico bilateral, en el que el consentimiento unánime de las partes ha recaído sobre una declaración de voluntad común destinada a regir sus relaciones jurídicas, constituye una convención, y para Savigny y para

el artículo 1137 de nuestro Código Civil constituye también un contrato. De modo que, según esto, convención y contrato no se diferencian; pero si definimos el contrato como la convención que tiene por objeto la formación o modificación de una obligación, tal como lo hacen Demolombe, Aubry y Freitas, entonces la convención es el género y el contrato la especie. No era ésta la idea de Savigny. Para Savigny, el contrato no se reduce al acuerdo de voluntades celebrado para crear obligaciones, sino que se refiere a toda clase de derechos. Dentro de éste distingue Savigny el contrato obligatorio, cuya característica es la existencia del propósito de crear una obligación en las personas que se ponen de acuerdo y cuyo fin es la creación de derechos personales creditorios. Nuestro Código Civil, a pesar del vastísimo significado de la definición del artículo 1137, y que es el mismo que Savigny desenvuelve, limita en sus aplicaciones la palabra "contrato" al llamado obligatorio por Savigny. En efecto, supone siempre el Código la existencia de un acreedor, de un deudor y de una prestación; es decir, que estima que no hay contrato sino cuando dos o más personas acuerdan entre sí alguna obligación u obligaciones a que corresponden derechos de crédito. Lo mismo ocurre con el Código de Comercio.

Entre los contratos hay algunos que son llamados aleatorios, porque en ellos todas o parte de las obligaciones para cuya creación han sido concertados dependen de un "aleas", esto es, de un acontecimiento incierto. No es que ese elemento, el riesgo, no intervenga en todos los contratos, sino que en los aleatorios aquél ocupa rango principal, por cuanto una de las partes, o ambas recíprocamente, se obligan a dar o hacer alguna cosa en equivalencia de lo que la otra parte ha de dar o hacer para el caso de un acontecimiento incierto o que ha de ocurrir en tiempo indeterminado.

El principal y más frecuente, en la actualidad, de los contratos aleatorios, es el contrato de seguro, expresión jurídica de la defensa económica ideada por el hombre contra los riesgos que le amenazan a él y a sus obras.

El seguro era desconocido de los griegos y romanos. Esta es al menos la opinión de la generalidad de los autores modernos. Sólo algunos escritores preocupados de relacionar todas las instituciones al derecho romano, como Loccenio, Grocio y Puffendorf, se empeñan en sostener, fundándose en algunos pasajes de Tito Livio y de Suetonio y en una carta de Cicerón que el contrato de seguro era conocido entre los romanos, afirmación que ha sido ampliamente refutada por quienes han hecho de dichos textos un análisis más desapasionado. Pero si es general la negación del origen romano del seguro, no hay acuerdo respecto de la época en que surgió la institución y de los creadores de ella. Unos, como Ruben de Couder y Pinguet, hacen nacer el seguro en España, mientras que otros lo encuentran por primera vez en Flandes y otros aun, en Portugal, no faltando quienes atribuyan su invención a los judíos, si bien el más numeroso grupo de tratadistas halla el origen del seguro en Italia. Aparece, en efecto, como indudable que en el siglo XIV los seguros se practicaban en Florencia, Pisa y Génova. Sin embargo, como los mismos escritores italianos reconocen, es fuera de Italia donde hay que buscar el primer monumento legislativo, la primer codificación de las reglas concernientes a los seguros, pues es en cinco ordenanzas emanadas de los magistrados municipales de Barcelona en 1435, 1436, 1458, 1481 y 1484 donde por primera vez aparece el contrato con el nombre que hoy tiene y medianamente reglamentado.

En Italia las más antiguas leyes relativas a seguros son

una ordenanza veneciana de 1468, los estatutos genoveses de 1478 y el estatuto de Albenza de 1484.

En Francia, el "Guidon de la mer", redactado en Ruán hacia el siglo XVI, trata también de los seguros y en 1681 la Ordenanza de la Marina les consagra un título, reproducido casi por completo en el Código de Comercio de 1807, que legisla sólo los seguros marítimos.

Por el contrario, el Código español de 1829 reglamentó además los "seguros de conducciones terrestres" (arts. 417 a 425), ejemplo que siguieron varios de los Códigos de comercio posteriores, entre ellos el de los doctores Acevedo y Vélez Sarsfield, es decir, el argentino.

Como explicación de la omisión del Código francés se ha dado la de que en 1807 los seguros contra esos riesgos eran desconocidos. Se incurre así en una inexactitud. En efecto, si bien es cierto que por diversas razones relacionadas con las condiciones del comercio y en general de la vida de Europa en la época de aparición del seguro, éste se aplicó primeramente a las operaciones marítimas, no es menos cierto que ya en el siglo XVII funcionaban compañías de seguros terrestres en Inglaterra, como la "Phoenix", fundada en 1682, la "Friendly Society fire office", fundada en 1684 y la "Hand in hand", fundada en 1696, y que en Francia misma a mediados del siglo XVIII existían compañías que aseguraban contra incendio. Más bien cabe atribuir el silencio del Código francés a la consideración de que los seguros no marítimos no pertenecen a la legislación comercial.

En la actualidad, con respecto a la cuestión de a qué rama jurídica corresponde la reglamentación del seguro, se hallan divididas las legislaciones. Las divergencias giran alrededor de la gran división de los seguros en marítimos y terrestres, y de su clasificación en seguros a prima y seguros mutuos. Así

hay legislaciones que atribuyen el mismo carácter a los seguros terrestres que a los marítimos y otras que, por el contrario, establecen diferencias entre estas dos especies de seguros. La primera de estas categorías comprende dos subgrupos. En uno de ellos pueden colocarse el Código húngaro y la ley belga. Ambas legislaciones admiten, para toda clase de seguros, que el seguro a prima es un acto de comercio para el asegurador, y que no lo es para el asegurado, a menos que se relacione con el ejercicio del comercio; niegan también, salvo esta última restricción, el carácter comercial a los seguros mutuos. Dentro de estas leyes que no distinguen entre seguros terrestres y marítimos en cuanto a su carácter, hay que colocar, pero en grupo aparte, a nuestro Código y al italiano que consideran comerciales todos los seguros, sin hacer ninguna distinción. Los códigos de la segunda categoría admiten que los seguros marítimos, aunque sean mutuos, son actos mercantiles para todos los contratantes; pero para los seguros no marítimos admiten la comercialidad respecto del asegurado cuando se relacionan con cosas que son objeto de comercio, y respecto del asegurador admiten la comercialidad del seguro a prima solamente.

Teóricamente no es posible sostener la comercialidad más que del seguro a prima. En él hay, evidentemente, por parte del asegurador un espíritu de especulación, pues no cobra la prima justa. Al mismo tiempo realiza el asegurador un acto de mediación comercial y participa en una circulación de valor. Por parte del asegurado será comercial en unos casos y no lo será en otros, según que se trate de un comerciante o de un particular que aseguran su negocio o un acto de comercio, o del que asegura sin ser comerciante un acto que no es comercial. En cuanto al seguro mutuo no tiene elemento alguno de comercialidad. Los que lo efectúan no se proponen,

en efecto, realizar beneficios, sino reducir las pérdidas que podrían experimentar en caso de producirse determinados riesgos. Además una sociedad de seguros mutuos no participa en ninguna circulación de valor, desde que los fondos necesarios para las indemnizaciones son formados directamente por aportes de los asociados cuya inversión no puede ser más que interina y para obtener algún interés, en tanto llega la hora de darles su destino, la indemnización, el socorro, la pensión, el pago del seguro en una palabra. La solución, pues, que dan al problema códigos como el argentino se debe, antes que a consideraciones de índole teórica a otras de carácter histórico, relacionadas con la circunstancia de que el seguro surgió de necesidades mercantiles.

Pero es de notar que tanto unos códigos como otros han contemplado casi exclusivamente el seguro como contrato, sin tener en cuenta otro aspecto fundamental, el de la explotación del seguro por empresas que, de costumbre, adoptan la forma de sociedades anónimas. Así, nuestro Código de Comercio dedica a los seguros el título sexto del libro segundo, con sesenta y seis artículos divididos en dos capítulos que tratan, respectivamente, de los seguros en general y de las diferentes especies de seguros terrestres, subdividido, a su vez, el segundo en tres secciones que contienen, sucesivamente, reglas sobre seguros contra el incendio, seguros contra los riesgos a que están sujetos los productos de la agricultura y seguros sobre la vida. Más adelante, en el libro tercero, dos títulos se ocupan, uno, de los seguros marítimos, con noventa y seis artículos divididos en cinco capítulos que tratan “de la forma y del objeto del contrato de seguro”, “de la valuación de las cosas aseguradas”, “del principio y del fin de los riesgos” y “del abandono”; y el otro, de los seguros contra los riesgos del transporte por tierra, por los ríos o aguas interiores, con

diez artículos. Ahora bien, de estos ciento setenta y dos artículos que nuestro Código de Comercio dedica a la reglamentación del seguro, ciento setenta consideran el seguro sólo del punto de vista que cabe llamar contractual. De los dos artículos restantes, uno alude a las "sociedades de seguros mutuos" para decir, sin mayor necesidad, por cierto, que ellas se rigen, en primer lugar, por sus propios estatutos. El otro dispone que las "compañías extranjeras de seguros" no pueden establecer agencias en el país "sin autorización del Poder Ejecutivo respectivo". Es, por consiguiente, diminuta, como se ve, la consideración, por el Código argentino, del seguro bajo el aspecto de su contratación por sociedades o empresas aseguradoras. Y a ello cabe, en buena parte, atribuir los abusos que, en la materia, han sido cometidos entre nosotros.

La mencionada deficiencia legislativa pudo haber sido subsanada si, al legislar sobre sociedades comerciales, se hubiese establecido reglas especiales para las que operan en seguros; pero tampoco se procedió así. ¿Cuál fué el resultado de esto? Casos como el de "La Previsora", acerca del cual nada más instructivo que los siguientes párrafos del informe del síndico de su convocatoria: "De 1910 a 1932, las utilidades distribuídas a los accionistas alcanzan a 10.000.000 para un capital aportado de 500.000; la imprevisión surge de estos números. ¿Cómo se invirtieron las reservas y el capital? "La Previsora" sólo puede haber llegado a su situación actual a consecuencia de la falta de previsión de sus directores, que abandonaron normas de conducta prudente, para realizar negocios de perspectivas halagadoras, pero de los mayores riesgos. "La Previsora", además de seguros de vida y seguros generales, explotaba los negocios de adquisición de inmuebles, explotación de hoteles (dos de gran lujo), explotaciones agropecuarias (dos estancias en la provincia de Santa Fe), nego-

cios de colonización, establecimientos de agencias en el exterior (Chile y Bolivia). Distribuyeron dividendos elevados sin formar suficientes reservas; no supieron ver la iniciación de la crisis y sólo así se explica que en 1930 distribuyeran un dividendo del 10 %. La imprevisión de nuestras leyes, ha permitido a la compañía invertir sus reservas de acuerdo con el criterio de sus directores, preocupados en obtener grandes dividendos. La imprevisión fué tal, que hasta los depósitos en caja de ahorro, de una movilidad extraordinaria, fueron invertidos en operaciones de lento resultado. La inmovilización de la cartera fué casi absoluta; cualquier exigencia legítima de la clientela obligaba a la compañía a acudir al crédito, o a realizar algún rubro de su activo, lo que dadas sus características determinaba un quebranto de importancia”.

Ciertq que el Código Civil, por su parte, incluye las “compañías de seguros” entre las que llama “personas jurídicas de existencia posible” y que, sometidas todas éstas al requisito de la autorización gubernativa previa para funcionar, una sociedad cualquier dedicada al negocio del seguro tendría, aun no adoptando la forma de sociedad anónima y aun no siendo extranjera, que someterse a dicha previa autorización. Pero, por de pronto, ese requisito no sería exigible cuando se tratase de una empresa de seguros perteneciente, no a una compañía o sociedad, sino a un individuo. Además, la autorización gubernativa previa no ha implicado nunca en nuestro país, mayores garantías, porque las reparticiones u oficinas a las que ha correspondido intervenir en su otorgamiento, y los mismos Poderes Ejecutivos, han carecido de facultades legales para oponerse a que se constituyeran compañías de seguros sin bases financieras y científicas y para impedir que funcionaran como, según se ha visto, lo hiciera “La

Previsora'' y como lo hicieran otras compañías de organización semejante.

La explotación del seguro ha carecido, pues, en nuestro país, durante largos años, de una fiscalización eficaz. Ello, y la tardanza del Congreso en legislar sobre el asunto, a pesar de los reiterados requerimientos de la opinión pública y del Poder Ejecutivo Nacional, justifican ampliamente la actitud que este último asumió el 21 de junio de 1937 al crear por decreto, en base a un informe presentado el 16 de marzo de ese mismo año por la Inspección General de Justicia, la Superintendencia de Seguros.

Un mes más tarde, el 23 de julio, se dejó en suspenso los efectos del decreto de creación de la nueva dependencia; pero, sin embargo, fueron proseguidas las gestiones en trámite para la instalación de aquélla, hasta que el 22 de enero de 1938, la Cámara de Diputados aprobó sin discusión lo que sería el artículo 17 de la ley Nº 12.360 de Presupuesto General de la Nación para 1938, sancionada por el Senado el 29 de enero y promulgada el 8 de febrero por el Poder Ejecutivo. El mencionado artículo 17 disponer que "la cuenta especial Superintendencia de Seguros, decreto número 108.295, se acreditará con el producto de la cuota anual que fije el Poder Ejecutivo, como contribución de las entidades que realicen operaciones de seguros, a los gastos de funcionamiento de la Superintendencia, cuota que no podrá exceder de 1.000 pesos moneda nacional para las sociedades comerciales y de 300 pesos moneda nacional para las civiles, y con una tasa uniforme no mayor del 5 por mil de las primas brutas que perciban de seguros directos, netos de anulaciones, y se debitará por el importe de los sueldos y otros gastos, incluido el aporte patronal que demande su funcionamiento". Agrega que: "las entidades de cualquier género que realicen operaciones de

seguros en todo el territorio de la República, quedan sujetas a las disposiciones del decreto número 108.295 de fecha 21 de junio de 1937, hasta tanto el Congreso dicte una ley especial sobre la materia”.

Fué así que el 18 de febrero de 1938, o sea dos días antes de la transmisión del mando presidencial, se asumió definitivamente por el designado, que lo era el hasta entonces subsecretario de Hacienda, señor César Sáenz, la Superintendencia de Seguros y se nombró los representantes del gremio que integran el Consejo que también creara el decreto del 21 de junio del año anterior.

La acción de la Superintendencia se extiende, actualmente, a todas las entidades que realizan operaciones de seguros en la República y no sólo a las que tienen su sede en la capital o en los territorios, aprovechando el mencionado precepto legal relativo a la cuota a pagarse por quienes se dediquen al seguro y es, hasta el presente, sumamente eficaz, gracias en buena parte a la capacidad y dedicación del funcionario que se encuentra al frente del organismo.

Este empieza a ejercer su acción de control de las entidades aseguradoras, desde el momento mismo en que éstas se constituyen, pues ninguna de ellas puede actuar en el país sin haber obtenido la necesaria autorización de la Superintendencia, autorización que se acuerda en base a normas mínimas que garantizan la base financiera y técnica de la nueva empresa.

Cuando se trata de entidades con personería jurídica a acordarse por el Poder Ejecutivo nacional, el dictamen de la Superintendencia es previo al de la Inspección de Justicia y concurrente con el de ésta, en cuanto a que el segundo sólo debe informar si los estatutos de la entidad están conformes

con las disposiciones del derecho común y no contienen cláusulas contrarias al orden público.

Los recursos de que puede valerse la Superintendencia para resolver en los casos de solicitud de inscripción de entidades nuevas, le permiten cerciorarse de la solvencia y solidez de la entidad que se constituye, pues exige que se le presente copia autenticada de los estatutos y de la nómina de socios o accionistas, con constancia de las acciones suscritas y cuotas pagadas por cada uno de ellos.

Puede, además, exigir testimonios de bancos, u otro cualquier elemento fehaciente, para establecer la exactitud y veracidad de lo declarado en cuanto a patrimonio social o capitales realizados.

Estas precauciones se aplican, con las variantes formales del caso, indistintamente a las entidades extranjeras o argentinas, hayan estas últimas de constituirse en jurisdicción nacional o provincial, y han debido someterse a iguales disposiciones y recaudos las instituciones de cualquier naturaleza que operaban en seguros en nuestro país al crearse la Superintendencia. La autorización para funcionar depende, así, de la Superintendencia, la que está facultada para denegarla y aun para suspenderla una vez otorgada, cuando compruebe que la entidad autorizada "no cumple en tiempo y forma, con las obligaciones legales que la comprenden o si del estudio de sus antecedentes resultare que no se halla económica o técnicamente en condiciones de operar en seguros". Por último, todas las entidades que realicen cualquier género de operaciones de seguro en el territorio de la República, deberán probar ante la Superintendencia "haber cumplido con las disposiciones sobre depósitos de garantía e inversiones de reservas, establecidas por la ley N° 9.688 (de accidentes

de trabajo) y texto ordenado de las leyes de impuestos internos, según el caso”.

Pero el contralor de la Superintendencia no cesa, por así decirlo, en el umbral del organismo asegurador que se constituye, o que, ya constituido antes de 1937, se presentó en su oportunidad a cumplir los requisitos necesarios para la autorización. El contralor ulterior de la Superintendencia comprende la aprobación de los términos del contrato de seguro a fin de que sus cláusulas sean claras, verídicas, ajustadas a derecho y encuadradas dentro de las normas preestablecidas para el tipo de riesgo que cubren, debiendo las condiciones generales y particulares de dichas pólizas ajustarse para cada plan especial, ofreciendo el mínimo de garantías que resulta del estudio de las primas, cálculos de reservas, participación en los fondos de acumulación (cuando les corresponde), etc., etc. Las solicitudes de seguro, en cuanto comportan un principio de ejecución del futuro contrato, son también objeto de aprobación previa, y la Superintendencia está, además, facultada para impedir los abusos publicitarios, pudiendo prohibir y castigar la publicación de anuncios o prospectos que contengan informaciones falsas, datos erróneos, conceptos ambiguos, no sólo en cuanto se refiere a las modalidades del seguro que ofrecen las respectivas compañías, sino también a los demás elementos capaces de crear la confianza en el público, tales como los nombres de las personas que integran el directorio, los bienes reales con que cuenta la empresa para respaldar su solvencia, etc., etc.

Además, el estudio previo de las condiciones en que toda empresa deberá actuar, desde un punto de vista puramente técnico, comprende el contralor de lo que podría llamarse equilibrio económico, debiendo descomponer la tarifa en un plan teórico que garantice el mínimo de rendimiento para



responder a las reservas técnicas, exigidas por el tipo de riesgo cubierto, los gastos de producción y administración, dividendos, etc., todo ello independientemente de las garantías reales que la empresa debe ofrecer y que son motivo de otro procedimiento de investigación.

Cuando una empresa amplía su actuación a riesgos nuevos o poco conocidos en nuestro país, la Superintendencia, que está facultada para acordar autorizaciones de carácter precario, sigue de cerca el desenvolvimiento del nuevo tipo de operación, exigiendo que se le dé periódicamente cuenta de las experiencias que se obtengan en el nuevo ramo, así como que se sometan a su consideración los ajustes e innovaciones del caso.

La Superintendencia está facultada igualmente para estudiar y autorizar los métodos para el cálculo de reservas, valores garantizados de las pólizas, sistemas de participación de los asegurados en las utilidades o fondos de acumulación, así como las tablas empleadas en la descomposición de las primas brutas, con la indicación de las fórmulas y desarrollos seguidos para el cálculo de dichas primas, de las reservas matemáticas, de los valores garantizados y de los recargos utilizados para las primas de tarifas, con especificación de los conceptos que los componen.

Además vigila permanentemente el desenvolvimiento de esos planes, para verificar que se cumplan las condiciones previstas, pudiendo objetar el funcionamiento posterior de la entidad en ese sentido, fijarle plazos para efectuar modificaciones y ajustes y aun rectificar el plazo fijado.

La fiscalización que por medio de ese organismo ejerce el Estado sobre toda empresa aseguradora, comprende por último el de las inversiones de sus capitales, por lo menos en cuanto concierne a la colocación de las reservas, de tal forma

que tanto económica y financieramente, cuanto por su forma de administración, cada una de estas entidades ofrezca a sus asegurados una solvencia positiva y permanente.

Así, pues, la Superintendencia, por delegación de poder del Ejecutivo Nacional, mantiene bajo su constante autoridad a todos los organismos aseguradores del país.

Pero, aun reconociendo la eficiencia con que la Superintendencia viene proveyendo a la consecución de las finalidades con que se la creara, es pertinente encontrar que ello no basta y que materia tan importante como la del contralor de los seguros no puede seguir careciendo de una ley orgánica, tanto más cuando que la sujeción actual a la Superintendencia de las compañías de seguros de las provincias sólo puede considerarse de carácter voluntario o facultativo.

Debe, pues, sancionarse la ley de seguros y debe en ella crearse una jurisdicción especial para todos los asuntos relacionados con la aplicación de aquélla, ya que no es posible seguir entregando la solución de los pleitos que el seguro provoca a los tribunales ordinarios, ante los que tardan, con frecuencia, varios años en resolverse los asuntos menos intrincados.

Basten, para muestra, algunos casos fallados por la justicia ordinaria de esta capital.

Un incendio destruyó los materiales, útiles, mercaderías, muebles, ropas, seis camiones y un automóvil que tenía en su establecimiento de Lanús, un vecino de dicha localidad, el cual, como poseía seguro, demandó a la compañía respectiva, con sede social en esta ciudad de Buenos Aires. Tramitado el pleito, el juez de primera instancia lo falló, haciendo lugar en parte a la demanda y condenando a la compañía aseguradora a pagar diez y seis mil setecientos pesos con intereses, pero sin costas. Recurrido este pronunciamiento, la Cámara de lo Co-

mercial lo confirmó en lo principal, imponiendo a la compañía el pago de la cuarta parte de las costas de primera instancia. Así presentado, el caso no reviste, ciertamente, mayor interés. Lo tiene, sin embargo, si se considera, en primer lugar, que este incendio que se ordena indemnizar en fallo del 28 de julio de 1938 ocurrió el 21 de enero de 1928, datando la sentencia de primera instancia del 30 de junio de 1933. Diez años, pues, tardó la justicia en dar satisfacción al asegurado y, tras tan larga espera, la satisfacción fué, además, meramente teórica, pues la compañía condenada es nada menos que "La Previsora", antes recordada, en quiebra desde 1934.

Otro caso: el ocho de enero de 1931 se incendió un negocio, y un acreedor de los propietarios de éste, después de obtener contra ellos sentencia condenatoria, demandó en diciembre de 1932 a la compañía en que estaba asegurado, hasta la concurrencia de su crédito. El juez, en agosto de 1934, declaró procedente la excepción de prescripción opuesta por la compañía. La Cámara de lo Comercial, en cambio, la desestimó por estimar que habían mediado reconocimiento de la obligación y gestiones del acreedor para obtener la autorización judicial que creyó necesaria para entablar la acción subrogatoria interpuesta. El fallo de la Cámara se dictó poco menos de cuatro años después de la sentencia de primera instancia.

Otro ejemplo aun, relativo esta vez a un seguro de vida: se demandó el 16 de septiembre de 1933 y recayó sentencia definitiva de la Cámara de Apelación el 14 de marzo de 1939, siendo de notar, también, que la sentencia de primera instancia se dictó el 28 de abril de 1937, o sea más de tres años y medio después de la iniciación del pleito. Por otra parte, pocos días menos de un año tardó el expediente en pasar del juzgado a la Cámara, donde fué remitido el 19 de abril de 1938. Verdad que en el caso se rechazó la demanda de la persona beneficia-

ria del seguro; pero pudo haber ocurrido lo contrario y ella hubiera tardado cerca de seis años en recibir un capital que quien contrató el seguro esperó, verosíblemente, que sería percibido inmediatamente después de su muerte.

Otro caso notable es el de "Storeker versus Aachen y Munich". Se trataba de una demanda por cobro de un seguro de pesos 20.000, a raíz de un incendio ocurrido el 31 de diciembre de 1932. Los asegurados opusieron la prescripción alegando su abreviación convencional en una cláusula de la póliza. El juez, en fallo del 5 de agosto de 1935, estudió el problema de la validez de esa abreviación, inclinándose por la opinión de los que admiten esa validez y rechazando, en consecuencia la demanda. La Cámara revoca, sin entrar a considerar aquel problema, por considerar que la prescripción había sido interrumpida mediante gestiones extrajudiciales y su fallo lleva la fecha del 7 de febrero de 1939.

La organización jurídica del seguro debe, pues, completarse en nuestro país con la sanción de una ley orgánica que dé fuerza obligatoria en toda la República al régimen de la Superintendencia y que agregue al mismo una jurisdicción especial para resolver los litigios que tengan su origen en los contratos de seguro.

Sólo en esa forma el seguro, como inestimable institución de previsión social, podrá llegar a tener entre nosotros el desarrollo que ha adquirido en otros países.



CAPITULO III

LEYES DE LA MORTALIDAD Y SU APLICACION AL SEGURO

LEYES DE LA MORTALIDAD Y SU APLICACION AL SEGURO

Por el Dr. JOSE GONZALEZ GALE

Profesor titular en la Facultad de Ciencias Económicas

Quiero, ante todo, señores, agradecer al doctor Rojas sus amables palabras. Es la costumbre en estos casos, pero el doctor Rojas ha colmado la medida. Pero le agradezco aún más la oportunidad que me ha ofrecido de dar esta clase. Es una experiencia sumamente interesante la que intenta el doctor Nerio Rojas, al tratar de vincular distintas cátedras universitarias a un problema que puede ser abordado desde diversos puntos de vista.

Como el doctor Malagarriga, aquí presente, diré que no me propongo dar una conferencia; deseo hacer algo más útil: quiero dar una clase. El doctor Malagarriga para dar su clase se sentó, porque esa es su costumbre; yo me quedo en pie, porque así doy habitualmente las mías; en pie y con un pedazo de tiza en la mano.

Empezaré por dar una definición de probabilidad.

Para el *hombre de la calle* —tomando esta expresión de origen inglés como sinónimo de hombre culto, pero *no especializado* en la cuestión de que se trate— el concepto de probabilidad es un tanto impreciso: “Es probable que gane mañana tal caballo”. “Probablemente lloverá antes de fin de

semana". "Hay grandes probabilidades de que me vaya a Europa"... ¿Qué sentido tienen esas frases? ¿Quién ha dado la información referente a las condiciones del caballo? ¿Qué origen tiene ese anuncio de lluvia? ¿En qué se basan las esperanzas de ese viaje a Europa? La dosis de credulidad o de optimismo de que yo esté dotado, la buena o mala fe del que me dió los informes, en cada oportunidad, la mayor o menor extensión de los conocimientos del informante, tienen en todas esas situaciones una enorme importancia.

La verdad es que en los casos citados —y en otros mil que se presentan a diario— nosotros *estimamos, apreciamos, evaluamos*, hasta qué punto las circunstancias favorecen la producción de un determinado acontecimiento, más bien que la de otro que se opone a él.

Pero, naturalmente, el concepto de probabilidad que tienen los que lo hacen objeto de cálculo no puede ser tan vago; si no se hubiese logrado concretarlo más no se habrían podido realizar al amparo del cálculo de probabilidades tantas y tan bellas creaciones científicas. Tratemos, pues, de precisar un poco más.

Tengo una urna en la que hay 30 bolillas todas de igual peso y tamaño, de tal modo que una vez encerradas dentro de la urna —y mezcladas al azar— no exista ninguna circunstancia que favorezca la salida de una más bien que la de otra. Decimos, entonces, que las 30 bolillas son los 30 casos *posibles*, y todos ellos *igualmente posibles*.

Si entre las 30 bolillas hay 6 blancas y 24 negras —advertiremos que el color no influye en manera alguna para favorecer o contrariar la salida, es decir, no afecta su forma, su peso ni su tamaño— y nos interesa la salida de una bolilla blanca, diremos que las 6 bolillas blancas son los 6 casos favorables. Y llamaremos probabilidad a la relación 6/30, entre

los casos llamados favorables y la totalidad de los casos posibles.

El concepto de probabilidad se aclara ahora. Es una relación numérica fácilmente computable.

Pongamos otros ejemplos. Tenemos una baraja española de 40 cartas, en la que —como es sabido— hay doce figuras. La baraja es nueva, limpia, sin marcas de ninguna clase, y el operador es un hombre de buena fe. ¿Qué probabilidad hay de que saque una figura? Razonando como antes, diremos: los casos posibles —y todos igualmente posibles— son 40: el número total de cartas. Los casos favorables son 12: las figuras que hay en la baraja. La relación $12/40$, entre el número de casos favorables y el total de casos posibles es la probabilidad pedida.

Es evidente que si, en el primer caso, las 30 bolillas hubiesen sido todas *blancas*, y si en el segundo la baraja hubiese sido *arreglada* de tal modo que sólo hubiese en ella *figuras*: 40 figuras, habríamos llegado a obtener las probabilidades $30/30$ y $40/40$. Es decir, *uno* en ambos casos.

En cambio, si en el bolillero del primer ejemplo no hubiera habido ninguna bolilla blanca, y en la baraja del segundo se hubiesen reemplazado las figuras por cartas de otra clase, nuestras probabilidades se habrían reducido a $0/30$ y $0/40$, o sea a *cero* en los dos casos.

¿Qué quiere decir esto? Que la *probabilidad* es esencialmente un número fraccionario y positivo encerrado entre los límites 1 y 0 que corresponden a dos casos extremos: la *certidumbre* y la *imposibilidad*.

Y notemos que en los dos ejemplos dados —y en todos los que puedan presentarse— hay siempre, y en cada caso, dos *probabilidades contrarias* que se enfrentan. En el primero a la probabilidad de que salga una bolilla blanca se *opone* la de

que salga una negra. La primera es $6/30$; la segunda $24/30$, y, sumándolas, se obtiene *uno*: la certeza, puesto que la bolilla sacada tiene que ser blanca o negra.

En el segundo ejemplo a la probabilidad de sacar una figura se contrapone la de sacar una carta distinta. La primera probabilidad es $12/40$; la segunda $28/40$. Y juntas suman 1, puesto que la carta extraída será una figura o no lo será.

Hemos llegado, así, a precisar con claridad el concepto de probabilidad. Pero aun tenemos que ahondar un poquito más. Si nos quedamos ahí, nos servirá para poco: para calcular, de antemano, la probabilidad de ganar o de perder nuestra puesta en un juego de azar. Y eso siempre que la enumeración de los casos posibles y de los favorables no sea demasiado engorrosa, como suele ocurrir harto a menudo.

Pero el cálculo de las probabilidades tiene un alcance mucho mayor.

Supongamos que, en lugar de una sola experiencia, hacemos, en igualdad de condiciones, un número considerable de ellas; mil, diez mil, veinte mil... ¿Cuál es el problema que, entonces, se nos presenta? Limitémonos para mejor puntualizar a uno solo de los ejemplos dados: al primero.

Como es lógico, para que la experiencia pueda repetirse tantas veces, es preciso que las bolillas no se agoten, y para que las condiciones en que la experiencia se repite sean las mismas, que restablezcamos, después de cada extracción, la composición primitiva; es decir, repongamos la bolilla en la urna.

Como es evidente, en tales condiciones saldrán muchas

bolillas blancas y muchas negras. El problema consiste, pues, no en establecer la probabilidad de que salga una bolilla de determinado color, sino en dilucidar cuántas bolillas de cada color saldrán.

Ahora bien, *se demuestra* —y la demostración es fácil, aunque, desde luego, no es ésta la ocasión de intentar ni siquiera esbozarla— que el número de veces que cada color tiene mayor probabilidad de presentarse es proporcional a la probabilidad respectiva.

Es decir, que si las experiencias que se hacen son 30.000, la probabilidad mayor es la que corresponde a 6.000 bolillas blancas y 24.000 negras. Como las eventualidades que pueden presentarse ahora —cuántas bolillas de cada color saldrán— han aumentado considerablemente en número, esa probabilidad mayor —la probabilidad *máxima*— es relativamente pequeña, y raro será que se produzca exactamente la salida de las 6.000 bolillas blancas y las 24.000 negras. No obstante, sale un número de bolillas blancas y de bolillas negras suficientemente próximo a 6.000 y a 24.000 —digamos 5.965 y 24.035— respectivamente que se puede *prever con suficiente exactitud dentro de ciertos límites*.

Y éste ya es un paso hacia adelante de gran valor.

Pero aun hay más. Mientras dos matemáticos franceses —Pascal y Fermat— hacia 1654, sentaban las bases del cálculo de probabilidades, un inglés curioso y observador, el capitán John Graunt, estudiando los registros de nacimientos, bodas y sepelios de Londres, hallaba en éstos una sorprendente regularidad. Como cien años más tarde dijo, hablando de Graunt, un estudioso alemán: Süssmilch, esa regularidad estaba a la vista: tal como la América estaba al alcance de la mano de los europeos; pero hacía falta un Colón que tuviese

la idea de alargar la mano. Y en este caso, el Colón —así dice Süssmilch— fué Graunt.

Encuadrar las regularidades observadas por Graunt dentro de los principios del cálculo de probabilidades era ya un paso fácil de dar.

Cotejando con el número de personas que viven a cierta edad el de los que mueren, se casan, se suicidan... a la misma edad, se obtienen relaciones muy semejantes a las probabilidades. Y digo *semejantes* a las probabilidades —y no probabilidades— porque —como acabamos de ver— extrayendo 30.000 bolillas de una urna que contiene una quinta parte de bolillas blancas no obtenemos exactamente 6.000 bolillas blancas, sino un número *muy próximo* a 6.000, y cuya relación con 30.000, a la que —digámoslo de paso— se da el nombre de *frecuencia*, difiere levemente de la probabilidad.

Y si éso pasa con bolillas que son cosas inertes y todas iguales, ¿qué no ocurrirá tratándose de personas, cada una de las cuales —y por muy homogéneo que sea el grupo elegido— presenta con respecto a las demás sensibles diferencias?

Esas relaciones no son, pues, probabilidades sino *frecuencias*. Pero si el grupo observado es suficientemente numeroso y homogéneo, podemos basarnos en esas frecuencias para determinar *probabilidades*, utilizando ese moderno instrumento de precisión que es la estadística matemática.

Resulta, de lo expuesto, la posibilidad de calcular probabilidades de vida y de muerte. Utilizándolas convenientemente podemos establecer el instrumento con que —según la definición de un actuario célebre, George King— se miden dichas probabilidades, es decir, la tabla de mortalidad.

Tienen Vds. en sus manos una tabla de mortalidad.

Esa tabla contiene varias columnas de las cuales la más importante —*al parecer*— es la primera que indica, para un

TABLA DE MORTALIDAD

Edad, x.	Cumplen exactamente la edad, x.	Mueren entre las edades x y x + 1	Probabilidad de vivir un año más.	Probabilidad de morir dentro del año.
0	127 283	14 358	0.88720	0.11280
1	112 925	3 962	.96492	.03508
2	108 963	2 375	.97821	.02179
3	106 588	1 646	.98456	.01544
4	104 942	1 325	.98737	.01263
5	103 617	1 061	.98976	.01024
6	102 556	852	.99170	.00830
7	101 704	683	.99328	.00672
8	101 021	557	.99449	.00551
9	100 464	464	.99538	.00462
10	100 000	408	.99591	.00409
1	99 592	369	.99630	.00370
2	99 223	346	.99653	.00347
3	98 877	337	.99658	.00342
4	98 540	337	.99658	.00342
15	98 203	360	.99635	.00365
...	...	...	...	...
50	72 795	1 144	.98428	.01572
1	71 651	1 193	.98335	.01665
2	70 458	1 243	.98236	.01764
3	69 215	1 296	.98127	.01873
4	67 919	1 353	.98008	.01992
55	66 566	1 414	.97877	.02123
6	65 152	1 475	.97735	.02265
7	63 677	1 541	.97580	.02420
8	62 136	1 612	.97407	.02593
9	60 524	1 682	.97221	.02779
60	58 842	1 755	.97017	.02983
...	...	...	...	...
100	4	3	.25000	.75000
1	1	1	.00000	1.00000
2	0	...	...	...

cierto grupo inicial de recién nacidos, el número de los que van sobreviviendo y cumplen el primero, el segundo... el centésimo aniversario, hasta llegar a una edad determinada —la edad límite de la tabla— en que el grupo se ha extinguido *totalmente*. A su lado, en la columna siguiente figuran los que mueren entre dos edades consecutivas y cuyo número es igual evidentemente a la diferencia entre los que vivían a la edad menor, x , y los que alcanzaron la edad siguiente, $x + 1$.

Y de la comparación de las cifras de estas columnas obtenemos las frecuencias o, si se prefiere, las probabilidades que buscamos.

A primera vista parece que la tabla podría construirse sin mayor dificultad —teóricamente por lo menos— si se pudiese seguir un grupo suficientemente numeroso de recién nacidos —año tras año, cumpleaños tras cumpleaños— hasta su total desaparición.

Pero, a poco que se reflexione, se ve que el procedimiento ofrece muchos inconvenientes. En primer lugar, ¿cómo seguir a tan numeroso grupo durante tantos años? Admitamos, desde luego, que el encargado de *registrar* la evolución del grupo fuera no un hombre —cuya vida es efímera— sino una *institución social* de carácter permanente. Aún así, serían tantas las dificultades que se presentarían para seguir a todos y a cada uno de los individuos en su paso por la vida, que sería forzoso renunciar a ello.

Pero, admitamos que las dificultades de orden material han sido salvadas: supongamos que hemos podido seguir sin inconvenientes al grupo desde su origen hasta su total desaparición y que hemos podido construir la primera columna de nuestra tabla.

Esta columna una vez elaborada así —¡con tantos trabajos y fatigas!— no nos servirá para nada. Nos relatará un

aspecto de la historia de una generación determinada, pero no nos permitirá calcular una tabla de mortalidad, no nos pondrá en condiciones de calcular probabilidades de vida y muerte, de *medir* la intensidad de la muerte. ¿Por qué? Porque a través de los años —un siglo entero— que tarda en extinguirse esa generación, las condiciones de vida en el mundo han sufrido múltiples y renovados cambios, y no podremos asociar la mortalidad infantil, a la de los 25, 50, ó 70 años, por ejemplo, que se han producido en ambientes totalmente distintos.

¿Y entonces? Es preciso seguir otro camino para construir nuestra tabla y tratar de obtener, no una información de *carácter histórico*, sino los elementos necesarios para medir las probabilidades de vida y muerte —como quiere George King— en un momento dado.

Y el procedimiento a seguir es más fácil de lo que a primera vista parece.

Si se tiene un censo de población, en el cual las personas censadas están agrupadas por edades, podemos comparar con cada uno de esos grupos, el número de muertes ocurridas entre personas de cada edad, durante un año; año que, para mayor simplicidad, supondremos dividido en dos semestres, uno anterior y otro posterior al día del censo.

En la práctica las cosas no ocurren tan sencillamente, pero no es nuestro objeto resolver un problema técnico, sino explicar cómo se puede llegar a construir las probabilidades de vida y de muerte.

La relación entre las defunciones ocurridas a determinada edad y el número de las personas censadas a dicha edad nos da una *frecuencia*. Esta frecuencia no es aún la probabilidad de muerte, por dos razones. Primera, porque como todos los resultados obtenidos de una experiencia material requiere

una cierta elaboración para eliminar los errores de observación. Segunda, porque nosotros llamamos *probabilidad de muerte* a la relación entre el número de personas que fallecen a una cierta edad x y el de los que cumplieron exactamente esa edad; y las personas que en un censo declaran tener, por ejemplo, 28 años, no acaban —claro está— de cumplir esa edad en el momento en que se levanta el censo: la han cumplido hace más o menos tiempo, tienen, pues, todas las *edades* posibles entre 28 y 29 años.

El error no es, en general, muy grande, pero existe. Y su corrección es fácil por medio de procedimientos elementales de cálculo en los que, desde luego, no hay para qué entrar. Baste dejar sentado que de las relaciones así calculadas, podemos pasar sin dificultad a la determinación de las probabilidades de muerte.

Ya vimos, hace poco, que cuando se tiene una probabilidad determinada, se tiene la del acontecimiento contrario porque ambas suman uno. De las probabilidades de muerte pasamos, pues, a las probabilidades de vida con sólo restar aquéllas de uno.

Así, en la tabla de mortalidad H^m , la probabilidad de morir entre los 56 y los 57 años es igual a

$$0.02265$$

Luego, la de vivir un año más —es decir, llegar a los 57— cuando se acaban de cumplir los 56, es

$$1 - 0.02265 = 0.97735$$

En vez de un censo y las correlativas estadísticas mortuorias, podemos tener a nuestra disposición los ficheros de

una institución de seguros. Los procedimientos operatorios difieren, entonces, de los esbozados ha poco, pero coinciden en lo substancial: lo primero que se determina son las probabilidades de muerte —y, por lo tanto, las de vida—. Con ayuda de ellas necesitamos, ahora formar la columna de supervivencia. Tampoco aquí hay dificultad. Un recuerdo somero del álgebra elemental nos ayudará.

Si es $p(x)$ la probabilidad de sobrevivir un año a la edad x , y son $l(x)$ y $l(x+1)$, respectivamente, las personas que tienen, exactamente, x y $x+1$ años de edad, la probabilidad $p(x)$ será, de acuerdo con la definición dada,

$$p(x) = l(x+1) : l(x)$$

de donde

$$l(x+1) = l(x) \cdot p(x)$$

Para construir toda la columna de supervivencia nos basta, pues, tomar para una edad inicial arbitraria, un número grande —una potencia entera de diez— 100.000 1.000.000, por ejemplo, y luego ir determinando los valores sucesivos de la tabla por simple multiplicación.

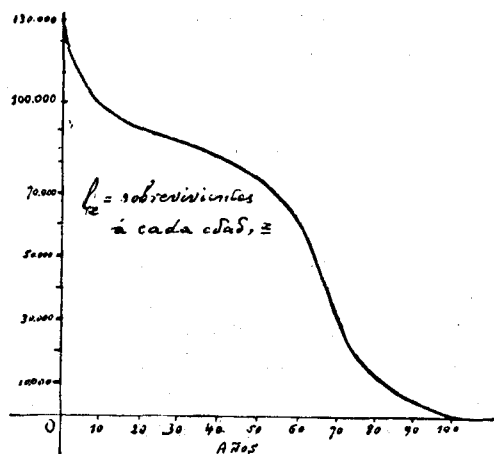
Así, en la tabla Hm la *base de la tabla* —el número arbitrario 100.000— corresponde a los 10 años. La probabilidad de sobrevivir un año es, a esa edad, 0.99591. El número de sobrevivientes a los 11 años es entonces,

$$l(11) = 100.000 \times 0.99591$$

En la tabla, por una corrección hecha posteriormente al tomar en cuenta decimales de orden superior, se ha puesto 99592.

Del mismo modo se calcula el resto de la columna.

La curva de supervivencia es, por definición, decreciente. El grupo básico —verdadero o supuesto— va desgranándose a lo largo del tiempo. En los tramos inicial y final —infancia y senilidad— la curva *cae* rápidamente: así opera la mortalidad. Hacia el medio de la vida el descenso es lento: la muerte, en ese lapso, apenas se hace sentir.

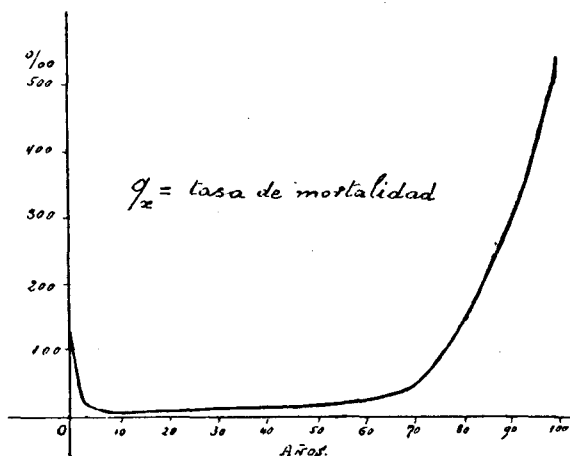


La curva que nos da la probabilidad de morir tiene la forma de una *jota*. Es que esas probabilidades son altas en la niñez, poco importantes en la juventud y en la madurez y otra vez altas —cada vez más altas— a medida que avanza la vejez.

¿Cómo se utiliza una tabla de mortalidad para calcular los seguros sobre la vida?

Muy fácilmente. Se *supone* que un número de personas igual, en cada caso, al que figura en la tabla para la respectiva edad en que se toma el seguro, concurren juntas a

concertarlo y pagan, año tras año, mientras viven, las *primas* del seguro. Con esas primas se van pagando —también año tras año— a los beneficiarios de los que fallecen las sumas aseguradas. Y, desde luego, se toman en cuenta los intereses compuestos. Como se ve, se trata de un cálculo que podrá ser largo y engorroso pero no difícil: es una simple ecuación de primer grado con una incógnita: la prima. Lo demás, número de sobrevivientes y de fallecidos por edad, valor que tiene hoy un peso pagadero dentro de tantos años —teniendo en cuenta sus intereses compuestos—, gastos previstos, etc., son cifras conocidas.



Para abreviar y facilitar los cálculos se usan tablas especiales —las de conmutación— cuyo interés es puramente técnico y que, por lo tanto, no haré sino citar.

Fácil es ver que siendo la mortalidad creciente, al establecer una prima constante para toda la duración del seguro, tal prima resulta, en los primeros años, superior a la reque-

rida para cubrir el riesgo del año —*primera natural*—. Pero, en cambio, corridos algunos años, la prima sería insuficiente si no se hubiesen acumulado —con sus respectivos intereses— los sobrantes que quedaron en los primeros tiempos. Esos sobrantes —cuya función reguladora es de una importancia que nunca se subrayará lo bastante— forman las llamadas reservas matemáticas: dinero perteneciente a la masa de asegurados y cuya administración está confiada a las compañías de seguros.

Es el manejo de esos capitales ajenos el que exige que las entidades aseguradoras sean fiscalizadas, eficazmente fiscalizadas, por el Estado.

CAPITULO IV

FUNCION DEL MEDICO EN EL SEGURO DE VIDA



FUNCION DEL MEDICO EN EL SEGURO DE VIDA

Por el Dr. NICANOR PALACIOS COSTA

Profesor titular en la Facultad de Ciencias Médicas

El Prof. Rivarola en su brillante conferencia nos ha destacado la función de la medicina y del médico en el seguro de vida recalcando con interesantes comparaciones la importancia fundamental de la intervención del médico consciente y responsable en la realización del contrato de seguro.

El examen médico es la piedra angular en el seguro de vida, lo he dicho en otras ocasiones y sigo afirmándolo aún hoy después de una larga experiencia. No creo en el seguro de vida sin examen médico salvo los seguros colectivos en que las grandes series compensan la selección adversa.

Insisto en esta manifestación porque en este último tiempo hay tendencia a pretender suprimirlo dejando que el médico director clasifique los riesgos sólo con la declaración del solicitante que si no es falsa es reticente sobre todo entre nosotros donde estas cosas son consideradas como una viveza.

¿Hay una medicina del seguro? ¿Podemos considerarla como una especialidad que merezca un estudio aparte? Es fácil contestaros, sobre todo a vosotros que, siguiendo este ciclo de conferencias, os habéis dado cuenta de que en la medicina del seguro son indispensables conocimientos de derecho, de estadística, de medicina legal, de higiene y medicina preventiva, que como bien lo demostró el profesor Rivarola han tenido tanta importancia en la consolidación y generali-

zación del seguro y tendrán aun más si se cumple también entre nosotros esa función de asistencia de los asegurados existente en Norte América y en Italia en forma casi perfecta.

Vale la pena enseñarla, tiene valor para el médico práctico conocerla y conviene que se hagan especialistas en esta rama de la medicina? El auge que está adquiriendo esta operación, lo que se puede afirmar sólo comparando los balances de nuestras grandes compañías en estos últimos años exige, sino la especialización, al menos su conocimiento.

Por otra parte el seguro de vida —dice Bastianelli— se basa en el concepto de la más alta solidaridad humana —la muerte es un daño seguro del que nadie puede prever el momento— juntándose para prevenir ese daño se transforma el daño individual en colectivo y disminuye por lo tanto su importancia económica.

El seguro de vida tal como se hace en estos últimos años, con las tarifas actuales, con las facilidades de todo género que se dan a los solicitantes, ha dejado de ser una operación peligrosa para ser una obligación moral que todo hombre digno debe realizar si piensa en los que quedan y aleja el egoísmo que perturba.

Hay dos maneras de actuar como médico en el seguro de vida: como simple examinador o como médico director. El primero con su prolijo examen permite que el segundo clasifique el riesgo y establezca el monto del rating, palabra nueva para los que no han actuado en el seguro — rating o evaluación quiere decir el resultado numérico de una serie de cifras que se agregan o se quitan a una determinada de antemano y que generalmente es 100 —impuestas por una serie de datos que son: antecedentes, constitución o complexión, edad, sexo, profesión, etc., datos que pueden ser positivos o negativos y que por lo tanto pueden aumentar o disminuir esa cifra inicial

de 100, que gracias a que puede ser y es reducida muchas veces permite que hasta 125 sea considerado rating inicial normal.

El médico examinador en el seguro de vida exige conocimientos especiales? En el fondo no. Pero es evidente que cuando el médico que examina conoce el mecanismo de la aceptación de riesgos sabe la importancia que tienen ciertos datos que para el clínico no lo tienen y sabe también toda la importancia que encierra un prolijo interrogatorio. No es necesario que haga un pronóstico porque éste se hace en grandes grupos y no en los individuos aislados.

Prolijo interrogatorio, tarea difícil en los candidatos, cuya mentalidad es totalmente distinta a la del enfermo que se somete a nuestros cuidados. Se cree o quiere hacernos creer que está sano y es entonces mucho más difícil que sea franco y se entregue sin reticencias como lo hace el enfermo que sufre y espera que por lo menos aliviemos sus padecimientos.

A cualquiera de vosotros que lea un cuestionario de los que empleamos para el examen le llamará la atención la repetición de las mismas preguntas aunque disimuladas con otros términos para poder desentrañar la verdad. Hay preguntas de un gran valor para el pronóstico, como los antecedentes de lúes, tuberculosis u otras enfermedades infecciosas, que deben ponerse en descubierto utilizando cualquier medio, si es necesario exámenes de laboratorio o exámenes radiológicos u otras pruebas que puedan sernos útiles.

Los antecedentes hereditarios tienen un gran valor, las estadísticas lo demuestran. La historia de familia como se la designa en nuestro lenguaje, puede agregar o substraer hasta 15 en la construcción del rating inicial.

En el examen médico propiamente dicho, el peso, la

estatura, las medidas del tórax y la circunferencia abdominal son los factores que constituyen la complexión que también interviene en la evaluación inicial y puede en muchos casos sino anular, recargar ese rating inicial.

Estudio prolijo de los reflejos y de la sensibilidad cutánea, los signos y reflejos pupilares; la marcha, los signos de Romberg y Argyll Robertson, temblores, etc., deben ser minuciosamente buscados y anotados.

El aparato circulatorio debe ser estudiado a fondo, la mayor parte de los siniestros precoces son producidos por afecciones circulatorias que no han sido diagnosticadas. El pulso la presión arterial y la auscultación y percusión cardíaca deben ser investigadas en detalle. Una simple taquicardia de más de 90 pulsaciones está probado que responde — cuando se ha descartado la emotiva — a una lesión cardiovascular o a una tuberculosis incipiente.

La tensión arterial es un dato que tiene una importancia considerable y en esto es interesante hacer notar la diferencia entre la interpretación clínica y lo que dicen las estadísticas; 160, 170, 180 milímetros de mercurio de tensión máxima son para un clínico tensiones que es necesario vigilar y controlar frecuentemente, y para el médico director son: las dos primeras, causas de recargos grandes y la última de rechazo del riesgo a cualquier edad. Por eso es necesario que estas sean tomadas por los aparatos a mercurio menos sujetos a errores.

El aparato respiratorio también debe ser estudiado a fondo. Son numerosos los casos en que a poco tiempo de practicado el examen, una tuberculosis estalla y obliga a la compañía a pagar durante largos años la renta, en el mejor de los casos, cuando no es un siniestro precoz.

Aparato digestivo, hígado, etc., se deben investigar además de los datos recogidos por el interrogatorio con una

prolija palpación del abdomen; la que nos permitirá descubrir cicatrices que nos denoten operaciones que puedan haber sido ocultadas en los datos suministrados por el examinado. A este respecto es necesario insistir en que podemos ser engañados y que en muchos, muchos casos, se nos ocultan datos importantes. El examen en la mujer debe ser completado con el estudio de los órganos genitales internos. Hay muchos casos de siniestros precoces en mujeres atacadas de cáncer de útero sólo despistable con un buen examen, tacto y espéculum.

Un buen análisis de orina, en los casos de seguro grande completo, en los otros parcial, practicado en este último caso por el médico examinador, completan nuestra historia clínica, pues no es otra cosa nuestro examen, una buena y detallada historia clínica.

Semiología y clínica, llevan al diagnóstico y a la clasificación, el pronóstico interesa al *médico director*.

¿Cómo actúa éste?

Con todos los elementos en la mano el médico director debe clasificar el riesgo. Hay distintos métodos. Simple división en grupos en los cuales las tarifas van en aumento o la evaluación numérica, método americano, que es el que usamos las dos compañías argentinas que aseguran no sólo a los sujetos normales sino también a los sub-normales o tarados.

¿Cuál es su origen y en qué consiste? En el año 1896, el doctor Rogers, Director Médico Jefe de la "New York", la compañía más fuerte de los Estados Unidos, y Hunter, su actuuario, pensaron que era posible la valuación numérica de los riesgos, y con ese criterio, aumentando las primas, extender las posibilidades del seguro de vida a las personas enfermas. Creó un comité especial que se ocupó de averiguar la suerte corrida por las personas a las cuales por enfermedad se

les había rehusado el seguro. Este comité constató que la mayor parte de ellas estaban con vida, que podían muy bien haberse aceptado, mucho más haciéndoles pagar una sobreprima o extraprima correspondiente al mayor riesgo a correr.

Estas investigaciones y las tablas de mortalidad con ellas formadas fueron la base de la valuación numérica, que fué construída teniendo en cuenta en cada sujeto la complexión — relación entre la talla y el peso — edad, sexo, e historia de familia, como jalones comunes, agregando a esto el estado físico, sus antecedentes personales, su profesión y costumbres.

Toma como mortalidad normal la cifra 100, y sobre esta agrega o subtrae en múltiplos de 5, los datos fundamentales ya mencionados. La posibilidad de la existencia de casos cuya mortalidad esté por debajo de 100, hace que sea posible aceptar como normales los casos que llegan hasta 125.

Para satisfacer estas exigencias se crearon las tablas de complexión, fundadas en los cánones griegos y romanos, con las modificaciones impuestas por la experiencia adquirida en la observación de miles de casos. Se creó un código médico en el que están anotadas todas las enfermedades de los distintos órganos y aparatos, donde los síntomas aislados tienen la importancia que merecen y que si bien nos coloca límites férreos de los cuales no podemos separarnos en los casos bien conocidos, nos permite emplear en muchos de ellos nuestro criterio y hacer experiencia anotando hechos que con el tiempo tendrán un gran valor para nosotros, para nuestro ambiente, y un gran valor no sólo para el seguro, sino también para la higiene médica, y sobre todo para la profilaxis.

La práctica del seguro tarado nos demuestra el valor de las estadísticas y nos enseña que el pronóstico, tan difícil individualmente, es posible en las grandes cantidades. La ciencia médica cambia su afórismo de que no hay enfermedades

sino enfermos, por otro completamente opuesto: el de que hay enfermedades y no enfermos.

El código médico de la "New York Life" es la expresión acabada de nuestro aserto. Las matemáticas superiores, puestas al servicio de la medicina, permiten ensanchar el campo del seguro de vida en forma tal que pocos serán los eliminados. Y si en nuestro medio todavía este tipo de seguro no ha dado todo lo que puede dar, es sólo cuestión de tiempo. Llegaremos como en Norte América y en estos últimos años en la Europa Central, a no rehusar sino aquellos riesgos cuya vida sea, según el cálculo de probabilidades, muy corta y su compensación imposible.

¿Cómo se traducen en forma práctica estos recargos impuestos por las taras existentes? Del modo más sencillo: aumentando la edad real del asegurado en tantos años como indiquen las tablas. Tomemos un ejemplo: un sujeto de 30 años portador de una lesión cardíaca compensada, pagará la prima correspondiente a los 38 de una persona sana. Para este cálculo existen las tablas actuariales, variables según la edad, el sexo, el plan de seguro, etc. Todo está previsto en el código mencionado, y al lado del recargo impuesto por la tara orgánica ocupan un lugar preponderante, como ya lo hemos dicho, la historia de familia, los antecedentes personales, la profesión, el lugar donde habita, y hasta los antecedentes morales. Tienen tanta importancia cualesquiera de éstos como las mismas taras orgánicas, y son tan rigurosos estos últimos que si un candidato confiesa que a su esposa le han provocado un aborto con su consentimiento y sin indicación médica, es rechazado.

Entre las profesiones hay algunas que llegan hasta impedir la emisión de la póliza, como el ejercicio de la aviación, por ejemplo, pero la mayoría de las profesiones peligrosas sólo

privan de los beneficios de la prima por incapacidad o de la doble indemnización por accidente, o por el aumento de la edad en pocos años.

La historia de familia puede aumentar o disminuir en un 15 % en los casos en que no existen antecedentes tuberculosos, pues estos últimos modifican substancialmente la evaluación inicial.

Con respecto al lugar donde habita el solicitante, varían no sólo las evaluaciones, sinó también las tablas de mortalidad, y por ende, las tarifas, existiendo distintas tarifas según el clima.

Las razas son también tenidas en cuenta para mejorar o empeorar las cifras iniciales.

Entre nosotros sólo dos compañías lo practican: "La Sud América" y "La Continental". Los cuerpos médicos directores de las mismas fueron instruídos por la misma persona: el Dr. León Coppet, médico francés, especializado desde hace treinta años y una de las más grandes autoridades en la materia.

En la Europa central y occidental, el seguro de riesgos anormales se ha desarrollado con cierto paralelismo al de Estados Unidos, por la coincidencia en la misma necesidad. Pero, por falta de la coordinación de muy grandes conjuntos estadísticos, como solo es posible en Estados Unidos, ese desarrollo no ha sido homogéneo, y en algunos países, como Francia e Inglaterra, sólo ultimamente se empieza a utilizar sistemáticamente la experiencia estadística.

En Alemania como lo ha destacado el Dr. Joseph Sturm en sus conferencias dadas en Buenos Aires, se dá mayor importancia a la constitución, expresada por la historia de familia y la complexión (relación entre el peso, la estatura y los perímetros del tronco en función de la edad) que en

Estados Unidos. La gran compañía de reaseguros Münchener Rückversicherungsgesellschaft ha sido en Europa de las primeras que trató el seguro de vidas anormales, y reasegura la cartera de gran número de compañías europeos. Además hay consorcios en muchos países como el CIRI en Italia; y había en Austria, Checoslovaquia, Holanda, Suecia, Noruega, Finlandia, etc.; con una organización internacional y congresos periódicos. En la Argentina, el reaseguro de los riesgos tarados, que ha iniciado hace tres años en gran escala una compañía argentina de reaseguros, e incluso para otros países Sud-Americanos, se practica por este método. En la complejión se valúa por separado el perímetro torácico, cuando es insuficiente, y el exceso de cintura se grava progresivamente, por sí mismo, y en relación al peso y la edad.

Las otras diferencias de este método con el Norteamericano se resumen en una mayor elasticidad. La valuación de cada anomalía oscila en un margen bastante amplio en casi todos los casos, aplicándose dentro de este margen las cifras que correspondan a juicio del Director Médico, según las demás circunstancias. Así como la historia de familia puede llegar a valuar desde un máximo más favorable posible de 25 (bonificación aceptable en ciertos casos excepcionales, para atenuar alguna deficiencia de complejión) hasta un máximo 50 % de sobre mortalidad, las alteraciones mórbidas o sus antecedentes deben ser apreciadas como un conjunto, tratando de basar la valuación en el diagnóstico y la impresión general tanto como en el análisis numérico de cada anomalía.

Este criterio se basa en la experiencia propia tanto como en la estadística Norteamericana. Esta última ha demostrado, por ejemplo, que la asociación de albuminuria e hipertensión o hipertrofia cardíaca leve determina una sobre mortalidad que, según sus grados respectivos, coincide casi exactamente



con la suma de la mortalidad determinada por cada una de ellas aislada. En cambio, la asociación de una lesión valvular cardíaca con una leve hipertrofia cuando no existen antecedentes de reumatismo, pero si de alguna infección focal, no determina una mortalidad mayor que la observada en esas mismas lesiones valvulares sin hipertrofia; pero cuando la endocarditis es de origen reumático la coexistencia de un hipertrofia leve eleva la mortalidad a más del doble. La causa de este contraste entre la evolución de las endocarditis reumáticas y las sin ese antecedente no ha sido aclarada, pero la diferencia es demasiado grande y demasiado cuantioso el número de observaciones para que pueda tratarse de una simple coincidencia.

Los norteamericanos rechazan ahora, en principio, a todas las endocarditis reumáticas. El método alemán aspira a tener en cuenta las circunstancias de cada caso y las acepta, con una valuación total que puede oscilar de 175 % a 495 % de mortalidad.

El doctor Sturm, ha hecho notar también que se ha aceptado más de un centenar con antecedentes de parálisis general progresiva y de tabes. El doctor Bunge me comunica que ha aceptado ya varios casos con antecedentes de parálisis general progresiva (tratada por la malarioterapia) y de tabes detenido durante años. Ha aceptado también algunas epilepsias, hemiplejias y otros casos de neurolúes estacionaria.

Los resultados registrados hasta ahora son buenos. Los siniestros de primer año —y lo mismo se está verificando con los de segundo año— no alcanzan al 30 % de las probabilidades teóricas de muerte de los asegurados en esa compañía argentina, que son cerca del doble que las normales a la edad de los mismos.

En un resultado tan favorable influye sin duda un doble

factor: primero la selección y la instrucción especial de los médicos examinadores que se hace en la Argentina, la que ha reducido los siniestros precoces en general a casi la mitad de los que se registraban antes. Segundo, el hecho de que los seguros clasificados como anormales son sin duda alguna, en su conjunto, los casos mejor examinados y diagnosticados. Esa influencia, que actúa durante los primeros años, hace de ellos "la luna de miel" de los seguros tarados, que, según los casos, tiende a desaparecer de los tres a los cinco años, persistiendo entonces solamente la de la valuación acertada. La experiencia demuestra que todavía se producen, entre los aceptados como normales, siniestros precoces atribuibles a alguna enfermedad crónica que, o bien ha pasado inadvertida ante un examen superficial e incompleto (por ejemplo interrogatorio deficiente, omisión por negligencia de la tensión arterial o de las reacciones de orina), o bien el asegurable ha engañado al médico examinador ocultándole antecedentes o síntomas de importancia.

Es natural que al ponerse en práctica el seguro tarado, exija del cuerpo médico examinador una mayor atención y una mayor dedicación, así como también exige de los directores médicos un control mucho más prolijo y una organización completa y perfecta de lo que se denomina el secretariado médico.

Lo primero se ha conseguido gracias al doctor Augusto Bunge, que de acuerdo con casi todas las direcciones administrativas y médicas de las distintas compañías, se ha dedicado a instruir y seleccionar los médicos en toda la república, visitándolos o manteniendo con ellos estrecha vinculación por correspondencia. Para el médico práctico resulta conveniente seguir las directivas de esta organización porque le asegura el

trabajo de 10 ó 12 compañías, las más importantes, y para los médicos directores es una seguridad el que pertenezcan a la organización. Su acción se ha hecho sentir de un modo innegable, disminuyendo las muertes en el primer año (las que la mayoría de las veces se producen por falta de examen), en una proporción considerable.

El secretariado médico se mantiene, por su parte, en estrecha vinculación con los médicos examinadores y por medio de una correspondencia muy especial les solicita ampliación de datos, rectificación o ratificación de síntomas necesarios para poder opinar en las mejores condiciones, y es una norma establecida tratar de conseguir todos los elementos necesarios para dictaminar a conciencia.

El asegurado debe ser examinado en su localidad, y cuando sin razones justificadas esto no se hace, el examen no se toma en cuenta. Cuando hay razones especiales, debe manifestarlas el agente, y en todos los casos es necesario averiguar entre los médicos de la localidad si ellos conocen alguna causa determinante: la ocultación de enfermedades, etc. La independencia entre el médico y el agente es absoluta y en ningún momento puede el agente intervenir en las cuestiones médicas.

Simplemente para demostraros el valor de un capítulo que para la generalidad de los médicos examinadores no tiene gran importancia, os voy a leer lo que la New York Life opina sobre los sobrepesos.

Al tratar asegurables con sobrepeso se debe tener conoci-

miento del peso que sería normal en los que solicitan un seguro. A continuación se da un cuadro del peso corriente para hombres de varias alturas y para años quinquenales basados en la experiencia de las compañías de seguros:

E D A D							
Estatura	20	25	30	35	40	45	50
1,57	61	63	65	66	67	68	69
1,63	64	67	68	69	71	72	72
1,68	68	71	72	73	75	76	76
1,73	72	75	76	78	79	80	81
1,78	76	79	81	83	84	85	86
1,83	81	84	86	88	90	91	92

EXPERIENCIA DE MORTALIDAD

La experiencia de la "New York Life" durante muchos años muestra que la mortalidad en los sobrepesos es marcadamente más elevada que en los normales. En 1913, 43 de las más importantes compañías de Estados Unidos y del Canadá dieron a conocer su combinada experiencia, bajo el título de "The Medico Actuarial Mortality Investigation" (Investigación médico actuarial de mortalidad). En este libro se demuestra que otras compañías lo mismo que la "New York Life" han experimentado una mortalidad mucho más alta que la normal entre personas que entran distintamente en la categoría de sobrepeso, a pesar de haber sido escogidas con muchísimo cuidado. También se ha demostrado que el sobrepeso de los jóvenes no tiene tanta importancia como el de la edad madura o edad avanzada.

En el año 1918 un comité compuesto de los médicos directores de la "Actuarial Society of America" y de la "Association of Life Insurance" hicieron un nuevo estudio del asunto de sobrepeso para lo que hicieron uso, no sólo de lo estudiado en el "Medico Actuarial Investigation", sino que también de datos adicionales suministrados por la "Metropolitan", "Mutual" y "New York Life". El cuadro que aparece a continuación es una buena demostración de los que se encontró:

EXTRA MORTALIDAD DEBIDA A SOBREPESO EN HOMBRES DE MEDIANA ESTATURA

EDAD AL ENTRAR	PORCENTAJE DE SOBREPESO		
	20 %	30 %	40 %
EXTRAMORTALIDAD			
20	5	20	40
30	17	35	60
40	25	50	77
50	25	50	77

Por el cuadro anterior se deduce que para colocar tales riesgos al mismo nivel que los corrientes, una compañía debe proveer para una extra-mortalidad importante. Por ejemplo, entre hombres de mediana estatura de 30 años de edad y de 40 % de sobrepeso se cubrirá una extra-mortalidad del 60 %.

Por la misma experiencia se demostró que la estatura del asegurado en relación con su peso influye sobre la mortalidad. No entraremos en detalles, pero sí diremos que los hombres altos y con sobrepeso dan una mortalidad más elevada que los hombres pequeños con el mismo porcentaje de sobrepeso, lo mismo que, de los hombres cuya perifería de abdomen es mayor que la del pecho debe esperarse una mortalidad más elevada.

El estudio de las causas de la muerte de las distintas per-

sonas con sobrepeso demuestra que su mortalidad se debe a enfermedades del corazón, apoplejia, enfermedad de Bright y diabetes. La mortalidad producida por enfermedades del corazón es aproximadamente tres veces mayor que entre las de peso corriente.

En vista de la experiencia actual de las compañías de seguros (no las impresiones u opiniones de los funcionarios de categoría) debe parecer razonable a los que solicitan un seguro de vida que aquellos que tienen sobrepeso deban abonar una prima adicional para cubrir la extra-mortalidad para no gravar a aquellos cuya mortalidad es normal.

En la mayoría de los casos el sobrepeso se debe al exceso de alimentación, a la mala alimentación, a la falta de ejercicio, etc., y puede ser modificada con régimen.

Es necesario que el médico examinador sepa que todos los cálculos están basados en la experiencia del promedio de grandes números y el caso aislado de un individuo no interesa.

Es un error muy común suponer que cuando un solicitante es clasificado como riesgo tarado o si una solicitud es rechazada, si esa persona sobrevive hasta una edad avanzada, esta circunstancia prueba un error de la Compañía al tratar el caso.

Si mil casos que sufrieran de la misma afección, digamos un soplo de corazón, fueran aceptados en sus seguros, sería cierto que la tasa de mortalidad entre ese grupo sería mayor que entre personas sin esa afección. A fin de poder salvar el

mayor número de siniestros que un grupo así obligaría, la Compañía tarifa con una clasificación especial todos los que tienen soplos de corazón, en otras palabras, a todos los que están expuestos a un extra-riesgo, desde el momento que no se sabe cuáles habrán de ser afectados por la extra-mortalidad. No se espera que cada individuo de este grupo muera en un tiempo más corto que el promedio de las personas normales, lo único que se sabe es que ocurrirán más muertes entre este grupo sub-standard durante un período determinado.

El hecho de que ciertas personas de este grupo alcanzan una edad avanzada, no prueba que se incurriera en un error de clasificación.

Creo que mis explicaciones os habrán dado la sensación precisa de la alta función social que cumple el médico en el seguro de vida. Lister decía que somos los protectores de viudas y huérfanos porque cuidamos, actuando con ciencia y conciencia, las reservas de la Compañía que son, no de sus accionistas, sino de sus asegurados.

CAPITULO V

SECRETO MEDICO Y SEGUROS

SECRETO MEDICO Y SEGUROS (1)

Por el Dr. NERIO ROJAS

Profesor titular de Medicina Legal

El sistema del secreto médico y el de los seguros, plantean cuestiones sociales, legales, y al mismo tiempo son instituciones que se rigen y que viven en campos diferentes, pero empalman en su aplicación y plantean con frecuencia dudas a la compañía aseguradora, dudas al médico de la compañía, y dudas al médico particular del enfermo. En tales condiciones, la medicina legal necesita estudiar por separado los problemas, pero sobre todo en su conjunción, para establecer la norma a la cual se ha de atener el médico en cada uno de esos casos.

I

Es siempre el problema del secreto médico, un grave asunto. Es un problema de conciencia y de ley, y ha tenido razón el jurista Moro Giafferi, cuando en un interesante trabajo sobre el secreto médico precisamente, ha dicho su sorpresa de que los dramaturgos no hayan tomado esos asuntos de la conciencia profesional para llevarlos a la escena, al mismo tiempo que ya han llevado otros conflictos de la conciencia.

(1) Versión taquigráfica.

Como método docente, me parece previo e importante que esclarezcamos primero y brevemente cada uno de estos aspectos, para después ver la manera de unirlos, es decir, el secreto, primero, después los seguros en general; dos palabras apenas bastarán.

El secreto absoluto, —dije hace años en una conferencia dada en París en la Sociedad de Medicina Legal—, es un cadáver y hay que enterrarlo alguna vez. El secreto es relativo, pero es relativo en condiciones diversas según los países, y es necesario conocer la doctrina de este asunto, porque de esa doctrina derivará el camino que hemos de seguir cuando nos enfrentemos con un problema planteado por los seguros. No entraré a la discusión doctrinaria de la cuestión del secreto, y previamente diré lo que surge de la legislación argentina, es decir, qué es aquí lo que define, lo que crea el delito de violación del secreto. Cinco elementos son necesarios para que se perfeccione el delito de violación de secreto profesional, y está comprendido en ese caso el secreto médico, ya que éste no está legislado especialmente en la legislación penal argentina, y debe considerárselo comprendido entonces en la forma genérica de “violación de secretos”.

Esos cinco elementos son: 1º) el autor; (si limitamos este problema al asunto del ejercicio del arte de curar) ha de ser un médico, un farmacéutico, etc., cualquier persona que ejerza una “profesión”, que desempeñe un “empleo”, un “oficio”, un “estado”, dentro del arte de curar, porque esos términos son los que usa nuestro código. El 2º elemento será que el secreto haya sido conocido en virtud del ejercicio de esa profesión, trabajo, empleo, estado. El 3er. elemento es dado por el carácter del secreto: que implique la posibilidad de perjudicar cuando es divulgado; no todo secreto implica la posibilidad de caer en el delito, sino que se requiere que el

secreto plantee la posibilidad de causar daño al ser divulgado. El 4º elemento es dado por la revelación consciente, la voluntaria, la deliberada, aunque no sea con la intención de perjudicar: basta el hecho de la revelación para que haya delito. 5º elemento: la "justa causa", o mejor dicho, la falta de justa causa; cuando no hay justa causa (legal o moral) para la revelación, eso es un delito. Cuando se reúnen los cinco elementos, el sujeto cae en el delito que nuestro Código penal prevé.

El nudo doctrinario, normativo, legal y moral, consiste en el problema de la "justa causa", que al mismo tiempo nos va a permitir orientarnos en el camino, en presencia de los casos del seguro.

Por otro lado he dicho: los seguros, como problema. Hay por eso los he puesto en plural, diversas formas de seguros. Hay los seguros sobre las cosas y los seguros sobre las persona. Los primeros no nos interesan a los médicos. Respecto de los otros hay que distinguir los seguros individuales, y los que se suelen llamar colectivos, vinculados a los que se llaman también sociales. El seguro individual es aquel en que la parte contratante es la directamente interesada e implicada en la situación que ha de plantear el riesgo. Tipo de eso es el seguro de vida, y como por ejemplo, el de algunas pólizas especiales de accidentes profesionales. En esos casos el contrato entre la compañía y el individuo es la ley: el contrato tiene valor de ley para la relación entre las personas; es un contrato privado, regido por normas legales, desde luego, pero ese texto del contrato, es ley para las partes.

En cambio, el otro tipo de seguro, es aquel en que el Estado es el que fija las normas por medio de leyes especiales. Son los seguros colectivos, de proyecciones sociales. El jurista, profesor de legislación industrial en la Universidad de

Lyon, doctor Paul Pic, ha dicho que respecto de estos seguros hay una trilogía. Esta trilogía está dada por el seguro contra accidentes del trabajo, el seguro contra invalidez, y el seguro contra la desocupación. Dentro de la categoría de invalidez, están comprendidas muchas formas de seguros. González Posada, en su estudio sobre los “seguros sociales”, dice sobre ésto algo que define una situación de derecho especial, que tiene directa relación con lo que vamos a hablar sobre secreto: “El asegurado no es un contratante que se presenta y con el cual se discuten las cláusulas del contrato y del cual puedan adquirirse noticias y antecedentes que permitan calcular el riesgo. Sólo existe el conjunto de los asegurados”.

Vds. advierten el mundo jurídico, —con una proyección práctica para nosotros los médicos, enorme—, que esta diferencia plantea, entre el primer tipo de seguros, como el seguro de vida, y estos otros seguros en que no hay la relación individual de los anteriores. Hay leyes especiales para estos últimos; así, las leyes de seguros sociales o leyes sociales para la invalidez o enfermedad; leyes especiales —con otro régimen— para accidentes del trabajo. Eso crea situaciones de derecho muy especiales que imponen normas distintas o posibilidades de normas distintas, para los casos en que el médico ha de actuar en la aplicación de una u otra de esas clases de seguros.

II

Veamos ahora, esclarecido ésto previo, cuáles han de ser las guías a que el médico ha de atenerse en los diversos tipos de seguros, y empecemos por el más importante, el de más utilidad para el problema del secreto, que es el del seguro de vida.

Nuestra legislación no prevé nada especial que se relacione con secreto médico y seguro de vida. Eso plantea ya una serie de dificultades, porque nos falta la norma expresa para desenvolvernos. Nuestra legislación, en el Código de Comercio, tiene artículos que implícitamente comportan posibilidades de conflictos de secreto, especialmente uno. Ese artículo es el 498, muy conocido, que dice lo siguiente: “Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas del asegurado, aun hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado de la cosa, hace nulo el seguro”.

El problema del secreto en relación con este asunto, no escapó, desde luego, a Brouardel, que fué en Francia uno de los médicos legistas que estudió con un criterio ortodoxo el problema del secreto médico. Brouardel, en su obra, ha planteado las diferentes eventualidades en que el médico se encuentra, sea médico de la compañía, o médico particular. Un autor italiano más moderno, Tovo en su parte de la obra de medicina legal publicada bajo la dirección de M. Carrara, alude a este problema y dice que el asunto del secreto es siempre un “delicado problema médicolegal” en materia de seguros.

¿Cuáles son los casos, las situaciones en que el médico puede encontrarse? Por lo pronto, dos. Uno, el *médico de la compañía* de seguros; el otro, el *médico particular* del interesado en el seguro. El caso del médico particular interesado en el seguro, se subdivide en varias situaciones diversas, que luego vamos a ver.

Estudiemos primero el caso del médico de la compañía. Es situación clara. El médico empleado de la empresa de seguros, es un representante de la compañía y a ella le debe

toda la verdad. El enfermo al someterse al examen del médico de la compañía, no va en las condiciones en que el enfermo va al consultorio, a hacerle revelaciones en su carácter de médico particular. Va a ver al médico de la compañía, sabiendo que es el representante de ella y por consiguiente no sólo sabe que el médico ha de revelar todo lo que sepa, sino que el enfermo busca a veces ocultarle la verdad. La situación de derecho es entonces distinta. Por consiguiente, el médico de la compañía de seguros actúa en ese caso en las condiciones legales y morales de un perito. Debe la verdad a quien le ha enviado, de quien depende, que es la compañía en la cual está empleado. En su revelación no hay, pues, delito.

Pero este asunto, que desde el punto de vista doctrinario me parece evidente, ha sido, sin embargo, motivo de discusiones. Y ha habido quienes han sostenido que debe el médico de la compañía también tener secreto.

Por lo pronto, es necesario aclarar que la situación del médico que informa a la compañía sobre los hechos que él ha comprobado por sí mismo en su examen, es en ese caso exactamente igual a la situación sobre secreto admitida en el ejercicio privado de la profesión, que a los efectos del secreto no hace diferencia entre lo que el enfermo le revela espontáneamente al médico y lo que el médico comprueba por su examen directo. La doctrina, en otro aspecto, es que lo que el médico ha de decirle a la compañía, se lo dice a una institución que por la ley también está obligada al secreto. El secreto se traslada de la conciencia y de la ciencia del médico, a la obligación de reserva de los funcionarios de la compañía. El secreto se diluye entre varias personas, y ya sabemos que no hay secreto de dos. Pero desde el punto de vista legal hay responsabilidad por delito de violación de secreto por parte de empleados de la compañía, si han revelado lo que el médico

confió en su informe. Hay así garantías para el cliente de la compañía: todos están obligados al secreto.

Sobre este asunto se ha planteado un caso muy análogo a uno sobre el cual fuí consultado y sucedido en la justicia militar. Este otro es el caso de un seguro; por eso lo quiero referir. Un empleado de compañía de seguros informó al futuro suegro, que el novio de su hija tenía sífilis, dato que había comprobado como empleado de seguros; y en esas condiciones el noviazgo se rompió. El caso no ha sido argentino, sino francés. Evidentemente, allí ha habido delito del empleado de la compañía, pero no del médico de la misma.

En vista de estas posibilidades, que son más que teorizaciones, puesto que alguna vez se han realizado, ha habido médicos y sociedades médicas, sobre todo en países de tradición absolutista en materia de secreto, como Francia, que han propuesto que el examen se haga en las condiciones más completas, pero que el médico no informe a la compañía los detalles de sus comprobaciones, y que se limite a decir si el sujeto debe o no ser asegurado, si es o no aceptable su caso para las condiciones de la compañía, sin revelar a la misma los hechos de carácter médico-diagnóstico que haya podido saber. Sin embargo, esta proposición, —que ha tenido defensores tan autorizados como Tardieu, quien hablaba de restringir las obligaciones del médico de la compañía—, no ha prosperado. El médico del asegurador dice todo lo que le piden y a veces más, cuando puede interesar.

Naturalmente, si el médico de la compañía, es por azar el particular del candidato a la póliza, debe excusarse de actuar como examinador de la compañía. Sobre ésto no hay dos opiniones; todos los autores, en todos los países del mundo, cualquiera sea el régimen legal del delito de violación de secreto, coinciden en esa conclusión. El médico debe

excusarse de actuar en ese caso. En la práctica así no se hace siempre, por comodidad, interés, tradición, etc.

El segundo conjunto de hechos es por la situación del médico particular del candidato a la póliza, o del que ya ha obtenido la póliza. Ese es un asunto que tiene más dificultades. El primer caso de esta posibilidad, es el del médico que es requerido cuando se ha iniciado el pedido de póliza, cuando todavía no está asegurado el individuo, y a quien se le solicitan datos como complemento de antecedentes. El segundo caso es cuando el sujeto asegurado, ha muerto. El tercer caso es cuando después de la muerte hay conflicto y el asunto va a los Tribunales y es allí, ante los Tribunales, donde el médico particular debe informar, como testigo.

Son tres situaciones muy distintas. La primera, la de la iniciación de la gestión de la póliza, fluye de esta práctica que tienen las compañías: le solicitan al asegurado posible, que manifieste los nombres de los médicos que lo han atendido con anterioridad, el candidato da esos nombres, y sin perjuicio de todos los antecedentes y observaciones que el médico de la compañía concretará por su parte, la compañía, por medio de su médico-director, se dirige al colega particular, pidiéndole antecedentes.

Sobre ésto se han planteado muchas discusiones. Hay autores de gran prestigio, que sostienen que ese médico particular no debe dar nunca el informe que la compañía solicita. De esta actitud categórica, negativa, fué el "leader", naturalmente, Brouardel. Con su alta autoridad influyó para que durante mucho tiempo, en Francia, esa norma se siguiera. Autores más modernos, franceses también, han postulado la misma opinión, entre ellos Vibert, que textualmente dice lo mismo que Brouardel. Se ha llegado a más. En Francia, el problema ha sido planteado por asociaciones gremiales médicas.

Una de las primeras ocasiones en que fué planteada, lo fué por la Asociación de Médicos de la segunda circunscripción de París. Con ese motivo, la Asociación Francesa de Medicina estudió la cuestión y dió categóricamente su opinión concorde con la doctrina general que había de defender también Brouardel: el médico no debía contestar. Finalmente, el asunto fué llevado especialmente en consulta a la Sociedad de Medicina Legal Francesa, la cual terminantemente también, —después de hacer estudiar el asunto por una comisión—, concluyó que el médico no debe dar esa respuesta, ni ningún informe a la compañía. Asimismo, en países donde hay menos tradición de secreto absoluto esa misma opinión en el sentido de negar, ha sido defendida. Así, en Italia, Madia, por ejemplo, concreta y categóricamente es de la misma opinión: no debe el médico particular, informar. En Bélgica, donde por la ley existe el secreto relativo, que es inexistente ante la justicia, autores como Heger Gilbert, profesor de Medicina Legal de Bruselas, en un libro recientemente publicado, es partidario concretamente de la misma actitud de rechazar el informe solicitado.

Otros autores, en cambio, han sostenido que el médico debe dar, a veces, ese informe. Puede darlo incompleto, se dice, pero no negarlo. Legrand du Saulle fué uno de los primeros en Francia en opinar así, y Legroux también fué partidario de que los médicos respondieran al informe solicitado. En Francia mismo, un autor más reciente, el abogado Perraud-Charmantier, en su importante obra sobre Secreto Profesional y sus Límites, da un punto de vista interesante, destacando el valor que para todos esos casos tiene la circunstancia de que el enfermo haya autorizado al médico a dar el informe solicitado. Y en esa posición se coloca para decir entre otras cosas, esta opinión que leeré textualmente: “El seguro de

vida es un contrato útil y no se ve por qué el medicus familiaris debidamente autorizado a hablar por su cliente, rechazaría ayudarlo eficazmente, aunque no sea sino para servir de contrapeso a la opinión tal vez desfavorable del médico de la compañía''. ¿Qué sucede en otros países? En Estados Unidos, por ejemplo, donde se han difundido tanto los seguros, donde se es poco restrictivo en materia de secreto, y donde ni siquiera la expresión de "secreto médico" se usa, adoptándose una forma de designación, que es la de "comunicaciones privilegiadas", y se es partidario del secreto relativo, se acepta en materia de seguros, aunque ha habido dudas, la información solicitada por las compañías.

Entre nosotros, ¿qué hemos de hacer en presencia de estas discusiones de autores igualmente reputados? Por lo pronto he traído los boletines usados por dos compañías que trabajan en la ciudad de Buenos Aires, y que debo uno a la amabilidad del Dr. N. Palacios Costa, y el otro a la del Dr. J. C. Tassart. Una de esas compañías tiene una fórmula que es usada por muchas otras empresas aquí y en el extranjero. En el informe que firma el solicitante, al final aparece impreso lo siguiente: "Renuncio en mi nombre y en el de cualquier beneficiario del seguro que solicito, a todas las disposiciones legales que impongan secreto a los médicos que me han asistido o examinado o que me asistan o examinen más adelante". Ya ven Vds. hasta dónde la fórmula es amplia.

La otra compañía usa una fórmula semejante. Dice el interesado al final de la misma: "Autorizo a la compañía para que requiera los datos e informes que desee de cualquier médico que me haya asistido, o me asistiera, y también autorizo a dichos médicos para que sin reserva alguna den los datos e informes que la compañía desee pedirles". También

esta segunda compañía usa una fórmula con la que se dirige al médico particular del solicitante, fórmula que firma el director y que dice al final:

“Al permitirme molestar con ello su atención, debo dejar expresa constancia que obra en mi poder una autorización firmada por el señor... para pedir “los datos e informes que la compañía desée de cualquier médico que lo haya asistido” y en la que también “autoriza a dichos médicos para que sin reserva alguna, den los datos e informes que la compañía desée pedirles”, cláusula corriente en la documentación de las Compañías de Seguros de Vida y con la que quedan salvados los escrúpulos del secreto profesional, aparte de que esta correspondencia es de carácter “confidencial”.

Vale la pena analizar estas fórmulas que usan las compañías aquí y en el extranjero. Esto se une directamente con una cuestión que se plantea siempre, o con mucha frecuencia, en materia de secreto médico, y es la de la autorización que da el enfermo. En este asunto se hace una gran confusión. Autorizar no es obligar. Dar la autorización para que el médico diga lo que sabe, no significa que por eso el médico esté obligado a hacerlo. Sin embargo, se suele creer lo contrario, y hasta hay jueces que así lo han creído, no sólo tomando la representación del enfermo interesado, sino en nombre de su autoridad de magistrado, diciéndole al médico, que debe declarar, que él, como juez, lo releva de la obligación del secreto. Es un error. Ni el juez ni el enfermo pueden relevar en el sentido de que por eso el médico esté obligado a declarar. Yo he tenido que plantear como testigo esta misma cuestión, pues en cierta ocasión un juez me hizo saber que él me relevaba del secreto. Le dije entonces a su secretario que lamentaba no poder hacerlo, porque el juez no tenía derecho a relevarme de un asunto que estaba en mi conciencia.

Sin embargo, en el reciente asunto del testamento García, ha ocurrido un caso semejante, cuando un juez de Buenos Aires, informado de que un escribano en París se negaba a dar datos amparado en el secreto profesional, libró un nuevo exhorto al juez de París, —y tan luego de París, que es donde se es más severo en materia de secreto—, haciéndole saber que él, como juez de la causa, lo relevaba (al escribano) del secreto. Por lo menos así se publicó el hecho.

Nada de eso tiene asidero legal. El médico es quien debe resolver la cuestión. El enfermo lo autoriza, pero eso no lo obliga al médico. Sin embargo, es necesario aclarar que esta autorización carece de valor, entre otras cosas, por dos razones fundamentales. Tiene tal vez el enfermo el derecho de autorizar; pero, ¿puede, —como en estas fórmulas transcriptas— autorizar en nombre de otra persona? Es evidente que no. Nadie puede autorizar en nombre de los intereses eventuales de un tercero, sobre todo cuando se trata de cuestiones secretas, como son las de orden médico.

El secreto, ¿pertenece solamente al enfermo? ¿No pertenece también, en muchos casos, a su familia? Supongamos que un hijo tiene una enfermedad hereditaria ¿tiene él el derecho, en nombre del padre, de autorizar una revelación que puede afectar a aquél? Evidentemente, no. Es una autorización de muy limitado valor moral y de ningún valor legal.

Tiene, sin embargo, valor moral, y es que en virtud de esa autorización el médico, que por otras razones ha decidido hablar, puede quedar más tranquilo. Eso es todo lo que modifica esta situación, porque es necesario tener en cuenta este otro hecho posible: el médico sabe del secreto mucho más que el enfermo. El médico conoce cosas que él le ha reservado al enfermo, y el médico autorizado por el enfermo, ¿se encontraría en la necesidad, si esa autorización lo obligara, a

decir todo lo que él solo sabe y que el enfermo ignora? Evidentemente, no.

Supongamos un hecho: una mujer que ha sido contagiada de blenorragia por su marido, —dentro de lo que es posible aceptar como probado que únicamente el marido pudo ser capaz de hacerlo— y el médico comprueba el carácter de esa infección; en virtud de esa causa infecciosa esa mujer tiene periódicos procesos abdominales agudos. El médico sabe de lo que se trata, pero la enferma ignora el carácter de esa infección. Llega un momento en que esa mujer quiere obtener un seguro de vida. Va a la Compañía aseguradora, ignorando que lo que tiene es de carácter blenorragico, y firma la solicitud que incluye la autorización del informe de su médico. Si esa autorización que firma es imperativa, ¿el médico habría de revelar el carácter de la enfermedad? Opino que no. Esta autorización servirá de poco; es una forma diplomática, elegante, justificada muchas veces, pero no es en virtud de esa autorización que el médico ha de sentirse obligado a hablar. Hablará en algunos casos.

La conclusión en este asunto es que el médico particular requerido por la compañía, puede hablar. En general, me parece que deberá callar y no contestar. Pero si decide hablar, no ha de hacerlo, como algunos han aconsejado, dando informes incompletos. Si él se decide a hablar ha de ser para decir toda la verdad, y no para decir una parte de ella y ocultar algo. Si tiene algún detalle que ocultar, niéguese ante la compañía a todo informe. Y como es muy común que haya algo que sea mejor ocultar, puesto que el interrogatorio no se refiere solamente a la persona, sino también a sus padres y antecedentes familiares, yo creo que hay que ser prudente, y adoptar, como norma, callar, con excepciones.

¿Cuándo no deberá hablar? Nunca, cuando falta la auto-

rización. Para eso, sí, sirve la autorización; pero no existiendo aquella manifestación, el médico no deberá nunca hablar, aunque sea para beneficiar a su cliente, ya sea que la autorización esté en la póliza, como es la regla, o que tenga una autorización privada. En caso de que sea privada, exíjala por escrito.

¿Cuál es el otro caso? Es el del médico tratante, pero ante la muerte del asegurado. Es común que la compañía o la familia beneficiada por el seguro, recurra al médico particular en virtud de que por una condición de la póliza, es obligación a su cargo probar la causa del fallecimiento. En ese caso la familia, además de esa causa que consta en la partida de defunción, deberá suministrar información sobre la forma en que se produjo el deceso, anteriores enfermedades, etc. Esto ha hecho que las compañías recurran al médico que ha atendido al enfermo. En los Estados Unidos esto es común, y en general, esos informes se dan. El asunto fué planteado, desde luego, en Francia, que es el país donde más se ha discutido y donde hay la teoría más rica; allí Brouardel, como siempre, fué ortodoxo, en el sentido que no se dieran los datos. El asunto fué llevado a la Sociedad de Medicina Legal, la que llegó a esta conclusión: "los médicos harán bien en negarse siempre y en absoluto a dar certificados indicando la naturaleza de la enfermedad por la cual ha sucumbido uno de sus clientes y las circunstancias en las cuales ha muerto". Vibert y otros autores, son de la misma opinión. Perraud Charman-tier, de acuerdo con la doctrina sostenida en el otro caso, dijo que cuando hay autorización, la situación cambia: "El seguro de vida es un contrato útil y no se ve por qué el *medicus familiaris* debidamente autorizado a hablar por su cliente, rechazaría ayudarlo eficazmente...". Pero cuando no hay autorización este jurista, y con razón, sostiene que si se da el in-

forme hay la probabilidad de caer en el delito de revelación de secreto. En Francia si hay revelación de secreto, se comete el delito cuando falta la autorización. Entre nosotros hay una razón: no hay "justa causa" si no hay autorización y si ese secreto puede causar perjuicios, el que lo revela puede incurrir en delito. En Francia se ha llegado a más: La Corte de Casación rechazó, no dándole ningún valor en el juicio, la presentación de un certificado obtenido en esas condiciones. Y no tiene valor, porque en Francia, repito, siempre se es muy severo en materia de secreto profesional. El asunto fué discutido ampliamente en los tribunales franceses en un juicio hace mucho en que la póliza establecía como condición para el pago, que el beneficiado presentara el certificado del médico que había atendido al fallecido, con todos los detalles de la enfermedad. Era una de las condiciones para el pago de la póliza, y el médico requerido por la compañía y por la familia, se negó a dar el certificado, se negó a todo informe, amparándose en el secreto profesional. La familia beneficiada por la póliza se presentó a los tribunales para requerir judicialmente la presentación de ese certificado, iniciando una demanda por eventual indemnización de daños y perjuicios si el médico se negaba a dar el certificado, en vista del perjuicio que ocasionaba al beneficiado, puesto que el pago dependía de la presentación de ese certificado. El asunto fué a la Corte de Apelaciones de El Havre y este tribunal estableció, entre otras cosas, que "la póliza que encierra tal cláusula no es oponible al médico, que es un tercero respecto del contrato de seguro de su cliente".

¿Qué hemos de hacer, en la Argentina, en casos análogos?

Aquí existen también los informes médicos respecto de la prueba de la muerte. Una de las compañías locales —a seme-

janza de las otras— tiene esta fórmula impresa con una serie de preguntas que no leeré, en las que están incluídos los antecedentes que se piden al médico sobre el fallecimiento de su cliente, los datos sobre la enfermedad que lo determinó, el tiempo que lo atendió, qué otros médicos intervinieron, todos los datos ampliatorios del certificado de defunción, sobre todo, los antecedentes de la enfermedad y de las otras ocasiones en que lo haya atendido con anterioridad.

El problema, en este caso del fallecimiento, es análogo al que hemos planteado en el de la gestión de la póliza. ¿Qué hace ante esta situación el médico particular? En este caso las normas han de ser análogas a las anteriores, pero, además de la autorización que dió el enfermo al hacer la póliza o la que ha dejado por escrito, será ahora también necesaria la autorización que dé la familia. Y es a menudo la misma familia beneficiada la que viene a vernos para requerirnos ese certificado.

Su autorización será el complemento de la que dió individualmente el autor de la póliza. Pero esta autorización, no implica obligación. El médico, por ese hecho, no tiene el deber de hacerlo. Puede negarse. ¿Qué ha de hacer el médico? De acuerdo con las normas seguidas en nuestra jurisprudencia, ¿cómo fija esa norma la doctrina argentina? Es la misma en todo caso de secreto: es la conciencia del médico. El único juez de ese asunto es la conciencia del médico. Tanto en este asunto, como en todos los otros de secreto profesional, es el médico que conoce toda la verdad y el único que la conoce, quien debe resolver si ha de hablar o ha de callar. Eso mismo ha sido establecido por la ley, sobre todo desde que está en vigor el nuevo Código Penal, que introdujo la frase: “Sin justa causa”, como uno de los elementos configuratorios del delito. Y, ¿quién ha de saber si hay o no justa causa para

hablar; si todo lo que se va a revelar está compensado por las circunstancias por las cuales esa revelación ha de hacerse? Unicamente el médico. Por eso nuestros tribunales, en varios casos, han establecido que es la conciencia del médico la que ha de decidir si ha de hablar o ha de callar. En este caso aplique el médico esa norma y sepa por si mismo si debe o no revelar el secreto. Pero, repito, no se decida a hablar si es que ha de tener algunas cosas que callar; en ese caso, debe callar todo. No es leal ante la compañía si él revela lo que le conviene al cliente y oculta lo que no le conviene. Sea leal con su conciencia: Si su conciencia le dice que hay algo que callar, calle todo; si le dice que debe hablar, diga todo. Ello dependerá de su sentido de la realidad, de su conciencia profesional y del carácter de los hechos que tiene que revelar. Para la configuración del delito, es necesario que se trate de una información que, divulgada, pueda causar daño. No se tratará del daño que pueda ocasionar al autor del seguro, que ha muerto, y, en todo caso, una revelación podría afectar al prestigio de su nombre, sino también del daño a los sobrevivientes. Todo eso ha de tenerlo en cuenta el médico para hablar o callar.

¿Qué ha de hacer el médico al ser requerido por la justicia, como testigo? El médico, como testigo, resolverá su conducta de acuerdo con las normas generales en materia de testigos. El médico, en países como Bélgica e Inglaterra, no puede ampararse, ante la justicia, en el secreto profesional; el secreto desaparece entonces, el médico debe hablar. Entre nosotros no es así: los textos legales, la tradición argentina y la jurisprudencia han reconocido que es la conciencia del médico la que ha de decidir. Hable o calle el médico, según los casos.

Sobre esto habría muchos ejemplos que dar, en materia concreta de seguros. Los médicos suelen aceptar dar su tes-

timonio o informes solicitados. He sido perito en dos casos de seguros, en que muchos de los puntos allí mencionados se establecieron en virtud de declaraciones de los médicos del cliente. Entre los casos recientes mencionaré el aparecido en "Gaceta del Foro" de 17 de agosto de 1938: El testimonio de los médicos aclaró los antecedentes de un asegurado fallecido, y en virtud de esos antecedentes dados por los técnicos, la póliza no se pagó, porque se descubrió que había habido ocultación por parte del asegurado. Y esa ocultación fué descubierta en virtud de los antecedentes que dieron los médicos tratantes. En el citado juicio hubo algo que me parece irregular: parte de la información de que se sirvió la justicia, fué el expediente que una empresa ferroviaria entregó al juez, expediente administrativo en el cual constaban las licencias de este empleado y donde estaban agregados los certificados que con motivo de las licencias, los médicos habían dado. Eso no tiene derecho a hacerlo ninguna empresa, entregar esos antecedentes a otros, aunque sea a la justicia; esos certificados han sido dados por los médicos al ferrocarril, para otros fines y dentro de las obligaciones del secreto, no para que después se difundieran; sin embargo, fueron una base de los considerandos del fallo mismo.

Respecto de la causa del fallecimiento, en materia de seguros de vida, el asunto está resuelto de hecho por un documento, que es el certificado de defunción. Existe jurisprudencia, desde luego con razón, estableciendo que es un documento público que hace fe.

III

El siguiente tipo de situaciones, en las cuales el médico puede encontrarse ante conflictos de secreto, es el accidente

del trabajo. Todas las leyes, en todos los países donde hay legislación de accidentes del trabajo, exigen la presentación de un certificado médico al iniciarse el expediente respectivo. Pero la situación de derecho del médico en relación con este asunto del secreto, es distinta en los diferentes países, según que la ley permita o no la libre elección del médico. Hay países con esa libre elección, como Francia, y esa libertad por parte del obrero está mantenida en la última ley de accidentes del trabajo, reformada y en vigor desde hace un año. En esa ley se mantiene el principio de la libre elección, que no existe entre nosotros. La relación de derecho, por consiguiente, es distinta en un país y en otro.

En general, la situación que se produce aquí, en la Argentina, en materia de accidentes del trabajo, es que el médico que atiende al accidentado, es al mismo tiempo el médico del patrón o el médico de la compañía. Es un facultativo empleado del patrón o de la compañía quien dirige el tratamiento, sea en un sanatorio o particularmente, y él debe dar el certificado o breve informe. Esa doble situación de médico tratante y médico en cierto modo perito, es la única que se presenta en medicina legal, en que el médico privado es al mismo tiempo perito. Y es curioso: ¿Cuál obligación prima en ese caso? ¿La de médico tratante, que como tal tiene obligaciones de secreto, o la de médico que actúa en representación de la compañía, y debe a ésta toda la verdad en su certificado? Es evidente que a pesar de ser médico tratante, debe primar su situación de médico de la compañía. ¿Por qué? Porque el médico ha ido hacia ese obrero en virtud de que la ley obliga al patrón a darle asistencia médica, y el obrero, al aceptarla, acepta todas las consecuencias. El médico, pues, en el certificado, ha de decir toda la verdad.

En algunos países se han planteado discusiones sobre

este asunto, y se ha sostenido que la ley no exige la obligación de revelar el secreto. Entonces, ¿por qué los médicos han de revelarlo? Sobre eso quiero citar la opinión de Balthazard. Como evolución doctrinaria de ese concepto en Francia, basta tomar la posición intransigente del tiempo de Brouardel, seguir la posición después cuando ha ido poco a poco disminuyendo el prestigio del secreto absoluto, y llegar hasta la actualidad. Balthazard, dice: "La ley no exige la violación del secreto profesional. Ella estipula solamente que el patrón depositará un certificado". Pero en Francia sucede que hay libre elección de médico por el obrero, pero también el patrón manda el suyo a controlar la situación. Sucede en la práctica, sin embargo, que ese médico particular es el que da el primer certificado y por eso se ha discutido si debe revelar toda la verdad o no. Es evidente que dados los fines de la ley, que es en beneficio del obrero, éste tiene interés en que esos certificados se den. Pero sobre ese certificado que las leyes exigen, hay autores, como Heger Gilbert, en Bélgica, que dice lo siguiente: "Corresponde al médico apreciar en razón del secreto profesional, si puede responder a otras cuestiones que aquellas estrictamente previstas por la ley". Pues ha de hacerse notar lo siguiente: que ese certificado inicial es muy escueto, no es una historia completa, y sólo sirve para la comprobación de los hechos fundamentales del accidente. Entre nosotros es el médico del patrón o el de la compañía, el que atiende y da el certificado. Debe informar.

Pero tenemos planteado aquí otro problema, y él deriva de que muchos de estos obreros accidentados son atendidos en un hospital. ¿Cuál es la situación de derecho del hospital respecto de esta posible violación de secreto? El médico de la compañía, casi siempre va al hospital a comprobar los hechos. El hospital, ¿le debe informar?

Podría sostenerse que el hospital debe ampararse, o puede ampararse en el secreto profesional y negar el informe. Desde luego, en el hospital, el secreto profesional debe ser siempre tan estricto como en la clientela privada, aunque en la práctica así no sea; pero legal y moralmente debe ser igual. Sin embargo, se ha creado en este caso una situación de derecho especial, y es que el hospital cobra a la compañía. Ya eso modifica sus obligaciones. Existe una ordenanza municipal, por la cual la compañía o el patrón han de pagar al hospital los honorarios por la atención del obrero. En consecuencia, los hospitales están colocados así en condiciones análogas al médico particular de la compañía. La práctica es que siempre, en los hospitales, se informa al colega.

IV

Unas palabras sobre la tercera categoría de seguros, la de los seguros o leyes sociales. En la Argentina, no hay esa legislación; hay una ley de protección de la maternidad, que tiene algunas analogías con esas leyes, pero no existe una ley integral de seguros sociales. ¿Qué hay sobre este asunto en el extranjero? En Italia funcionan los Institutos Fascistas de Seguros, en los cuales raras veces se plantean los problemas que en otros países se han encarado, respecto del secreto en este asunto. En Holanda, en materia de seguros sociales, sobre todo en los de enfermedad, el secreto médico es absoluto. En Suiza existe el decreto del año 1917, cuando se estableció el Tribunal especial de seguros, y se reconoció al médico el derecho de callar, de ampararse en el secreto profesional. En Francia ha habido discusiones sobre el asunto, e interesa recordar que la Confederación de Sindicatos franceses, estableció hace años

una "Carta" de bases para la lucha profesional. En una de esas bases, artículo 2º, se dice: "El derecho absoluto al secreto profesional, que no debe ser violado ni directa ni indirectamente". Esto se refiere a la lucha que los sindicatos médicos franceses sostuvieron cuando la preparación y aplicación de las "leyes sociales", un conflicto que aún no ha terminado y que tuvo aspectos económicos en relación con los honorarios y el libre ejercicio de la medicina y aspectos legales y morales sobre secreto profesional. En Chile hay el seguro obligatorio social y obrero, y allí una ley, la de "medicina preventiva" establece la garantía del secreto por parte del médico; pero hay un cúmulo de desorientaciones; no se ha fijado una doctrina sobre el asunto.

En las Jornadas neuropsiquiátricas reunidas en el Perú, a donde fui como relator de otro tema, con carácter oficial, se trató el problema de la deontología en materia de seguros sociales e incidentalmente se planteó la cuestión del secreto médico; las ponencias oficiales fueron de los doctores Ugarte y Fernández Dávila, del Perú y del doctor Arce Molinas de Chile, discusión en la que yo también intervine.

Entre nosotros no hay leyes de seguros sociales por enfermedad, invalidez, etc. Pero hay proyectos. Por eso me interesa, antes de terminar, dar lectura a un párrafo que convendrá que médicos y legisladores tengan presente para cuando llegue la ocasión de legislar sobre este asunto. La Asociación profesional internacional de médicos, que tiene representantes en casi todos los países, en uno de sus congresos, el del año 1931 exactamente, dijo entre otras cosas lo siguiente, que es útil para nosotros meditar: "Es necesario que en la preparación de leyes y reglamentos sobre seguro de enfermedad, la voz de los médicos —representados por sus agrupa-

ciones profesionales— sea oída. Los médicos son los pilares naturales de los seguros; tienen el derecho de hacerse oír. La Asociación insiste con toda energía, al comprobar los errores evidentes cometidos por la mayoría de las leyes existentes”.

Nada más.

CAPITULO VI

CAUSALIDAD Y CALIFICACION DE LOS RIESGOS OBREROS

CAUSALIDAD Y CALIFICACION DE LOS RIESGOS OBREROS

Por el Dr. LEON LATTES

Ex profesor titular de Medicina Legal y del Seguro de Pavia (Italia)

En cualquier cuestión de daños o lesiones al cuerpo humano en que esté envuelta una relación jurídica, la tarea del médico legista se resume casi siempre fundamentalmente en la resolución de dos problemas: valorar la causa del daño, valorar el grado del mismo, es decir las consecuencias del suceso.

Estos problemas se presentan en las aplicaciones del derecho común, civil y penal, como también en el especial, pertinente al contrato de seguro, colectivo o individual. Para ambas valuaciones, se pone en la mayor evidencia la diferencia que hay entre el criterio puramente biológico-clínico y el médicolegal, social y jurídico. Está excluido que en medicina legal se pueda razonar y concluir del mismo modo que el médico de cabecera genérico, para quien no existe relación jurídica y la investigación de las causas de un daño mira principalmente a su supresión; para el médico-legista es de importancia esencial el análisis exacto de los varios elementos y aspectos de la causalidad, no sólo de los inmediatos y concretos, sino también los indirectos y lejanos, desde que de este análisis pueden derivar conclusiones jurídicas opuestas.

La apreciación de la causalidad, independientemente de las situaciones médicas objetivas es distinta en el llamado daño civil, es decir, sujeto a las disposiciones generales del código civil; en el daño asegurado con póliza particular privada, y en el garantizado o asegurado por la ley; puesto que distintas son las disposiciones legales y distintos el espíritu social político con que tienen que ser interpretadas.

Sea como fuera, las comprobaciones médicas están en la base de cualquier apreciación jurisprudencial.

En primer lugar hay que considerar un hecho previo.

Entre las alteraciones patológicas del cuerpo humano, hay unas que se suelen denominar “espontáneas”. Es esta una expresión del lenguaje médicolegal, del todo ajena a la patología y a la clínica. En esas disciplinas se busca en todos los casos la patogénesis y la etiología de las situaciones o de los procesos morbosos; sería contradictorio con el pensamiento naturalístico o médico el admitir fenómenos patológicos verdaderamente “espontáneos”, es decir surgidos sin causas, por virtud propia. Hablando científicamente, pues, ninguna alteración o lesión morbosa puede ser en realidad espontánea. En medicina legal, en cambio, esta expresión tiene un exacto, no ilógico, sentido, sin violar para nada el principio determinístico de la causalidad.

Desde que en medicina legal se miran sucesos morbosos con el fin de ponerlos eventualmente en relación con ciertos hechos jurídicamente significativos, por ej. riesgos del trabajo, responsabilidad civil, delito, ellos se denominarán espontáneos cuando parezcan determinados por constelaciones causales ajenas al hecho jurídico de que se trata; el cual es, por lo general, una circunstancia exterior, particularmente traumática, bien individualizable.

Por ejemplo se contrapondrán las fracturas espontáneas

de la tabes o de los tumores óseos, en los cuales no falta una causa de la fractura, identificable en el proceso morboso que lentamente alteró la estructura del hueso, hasta hacerla incompatible con las mínimas necesidades estático-dinámicas de su función; a las fracturas traumáticas, donde la violencia exterior sobrepasó una resistencia normal; se contrapondrá aún una neumonía espontánea, donde la virulencia normal del neumococo, huésped normal del organismo, fué exaltada por razones más o menos averiguables, inherentes a la vida ordinaria, con la neumonía traumática, dependiente de un trauma al torax o también al cráneo, y a la reumática violenta, dependiente de una brusca exposición al frío.

El primer problema médicolegal de la causalidad es propiamente el de reconocer la eventual naturaleza espontánea de sucesos morbosos, que parezcan cronológica o topográficamente en conexión con sucesos o situaciones jurídicamente significativos. Ciertos sucesos que coinciden cronológica o topográficamente con otros, pueden no estar ligados con estos por ninguna relación causal, ni siquiera indirecta; y ser en cambio puramente coincidentes. En el ámbito del seguro o de las indemnizaciones civiles, es de trascendental importancia reconocer los sucesos coincidentes; lo que equivale a afirmar la falta de causalidad de parte de los sucesos sujetos o a seguro o a responsabilidad, principalmente de los accidentes del trabajo o no del trabajo.

Desde luego, este problema no se plantea frente a gruesos traumas que tengan efectos lesivos macroscópicos inmediatos, de los cuales se deba discutir; ni tampoco, inversamente, se plantea frente a enfermedades bien conocidas, en que se carece ciertamente de cualquier influencia exterior jurídicamente apreciable; decimos por ej. la hemofilia o la ataxia hereditaria. Mas el problema se presenta muy frecuentemente para todos

los procesos morbosos que, en el mayor número de casos son espontáneos, en el sentido mencionado arriba, pero que tal vez pueden hallar entre los elementos de su constelación etiológica, un componente exterior, es decir proveniente de riesgos asegurados o de delitos o de cuasidelitos, con color médico-legal, en primer lugar violentos o traumáticos.

La antigua filosofía escolástica ya prevenía defenderse del sofisma: *post hoc ergo propter hoc*. Pero es instintiva la tendencia del espíritu humano a suponer una relación causal entre dos hechos que se siguen de cerca. En el ámbito de los hechos asegurados, por ejemplo, en los accidentes del trabajo, no puede evitarse una apriorística presunción que los daños sobrevenidos en la actualidad del trabajo, es decir durante el trabajo, en el tiempo y en el lugar del trabajo, estén con él, en conexión causal. Pero esa presunción puede ser equivocada; nada hay lógicamente en contra: es claro que si un daño puede ocurrir espontáneamente, puede también verificarse en coincidencia puramente casual con el trabajo, sin que éste haya para nada contribuido.

El suceso más grave y más dramático que da lugar a discusiones, es la muerte repentina durante el trabajo. Es muy difícil desechar de la mente de los interesados la convicción que el fallecimiento repentino de un obrero, que ocurre mientras éste se encuentra atendiendo a su trabajo, pueda ser completamente independiente de él.

Sin embargo, es claro que si la observación práctica demuestra por ej. que un vaso cerebral puede estallar, o un corazón enfermo detenerse en la mitad de la noche, mientras el sujeto está en absoluto descanso, a fortiori, esto puede ocurrir mientras él está trabajando, sin que al trabajo se le pueda atribuir alguna participación causal. Cualquiera que sea la fórmula de las legislaciones de accidentes en los varios

países, su interpretación no suele cambiar; no es el lugar o el tiempo en que se verifica el daño lo que importa, sino la relación causal. Por lo que se refiere a la legislación argentina la redacción del art. 1º según el cual se habla de "accidentes" ocurridos durante el tiempo de la prestación del trabajo "y en ejercicio de la ocupación" halla su interpretación en el mismo artículo en la expresión "con motivo de la ocupación", y más claramente en la jurisprudencia.

"Lo que determina la profesionalidad de accidente no es el hecho de que suceda durante el tiempo y horas del trabajo, sino una relación más o menos directa entre el trabajo y el riesgo". Cám. civ. 2ª, Cap. 24 Julio 1933".

El análisis médico de la causalidad tropieza a menudo con un obstáculo ideológico: es decir que no está bien marcado el límite entre la simple coincidencia y la ocasionalidad más o menos indistinta.

Muchas tareas de trabajo incluyen un esfuerzo muscular, conatos repetidos de la prensa abdominal, que implican oscilaciones de la actividad cardíaca, de la presión sanguínea. Supóngase que durante uno de esos trabajos se verifique una rotura mortal de un vaso arterial o del corazón por supuesto dependiente principalmente de la preexistente alteración patológica de esos órganos. Podrá acaso el anatómo-patólogo demostrar que la lesión había llegado al extremo de su resistencia, así que oscilaba sobre el obrero la espada de Damócles de una inminente rotura; pero nunca podría excluir que la última gota que hizo desbordar la copa haya sido la oscilación laborativa de la presión sanguínea; con un contraste aparente muy grande en comparación con la condición sustancialmente idéntica de una rotura igual que se verifique por ejemplo en el sereno del establecimiento, sentado en absoluto descanso a su mesa, o en el empleado dedicado a

copiar una carta. En éstos es perfectamente claro que se trata de una pura coincidencia entre trabajo y daño; en los primeros en cambio no se puede negar que el trabajo haya acelerado, aunque tal vez muy poco, el suceso mortal, que se habría verificado más o menos pronto en manera espontánea, o bien en circunstancias ajenas al trabajo. Si, en estos últimos casos, la causalidad tiene que ser admitida o no, es cuestión muy discutible y discutida.

Hay que tener en cuenta dos principios fundamentales. El primero podría nombrarse "ley del todo o nada" en la indemnización legal. Fué afirmado, puede decirse en todas partes, el principio que, cuando el trabajo o el accidente legalmente protegidos, tomen parte, aunque muy parcialmente, en la génesis del daño, la indemnización tiene que ser integral, sin reducciones relativas al grado de participación concausal.

(Véase el decreto 29 Oct. 1932: "No es indispensable para establecer la relación de causalidad entre el traumatismo y el deceso que el accidente sea la causa única de la enfermedad, bastando a ese efecto que la provoque de una manera indirecta o grave y acelere su desarrollo.")

Afirmada la realidad de tal participación, la indemnización es debida integralmente, como si el accidente fuera la causa exclusiva del daño. En una situación del todo opuesta se encuentra el seguro contractual privado, en que para dar lugar a la indemnización pactada, la mayoría de las pólizas requiere que el accidente sea la causa "directa y exclusiva" del daño. El informe médicolegal debe pues afirmar o excluir la causalidad, mientras es claro que el análisis médico-biológico señala con la mayor frecuencia graduaciones de causalidad que van progresivamente de un mínimo a un máximo, de 0 a 100 %. Si esa graduación pudiera asumir exactos

valores numéricos, sería muy fácil establecer por ley o por contrato, desde qué porcentaje el daño tendría que gozar del beneficio de la indemnización. Desgraciadamente no es así; las situaciones médicas de esta naturaleza no se dejan encastrar en cifras; así que no se pueden alcanzar sino juicios cuantitativos excesivamente aproximativos y empíricos.

Pero un criterio directivo puede ser señalado por la jurisprudencia. El juzgar de cuando una participación causal llegue a ser tan escasa que sea de considerar insignificante u omisible, es cuestión de práctica jurídica, mucho más que médica. En los ejemplos mencionados arriba de muerte repentina en el trabajo por roturas vasculares, los médicos tienen tendencia muy comprensible a poner en particular evidencia las alteraciones patológicas preexistentes, siempre muy graves, que a sus ojos, constituyen la "causa" de la catástrofe; desvaluando la mínima, no específica, desechable, participación causal del hecho de trabajo. Pero el jurista puede razonar de otro modo, y sostener como inherente a la causalidad indemnizable aquel suceso, en que la participación del hecho externo resulte lógicamente averiguable, aunque mínima. Sin embargo, esto no elimina la tarea médica de afirmar o negar que esa participación se haya verificado en relación a las circunstancias exteriores, y de indicar, aunque aproximadamente, el grado de ella.

No se puede creer que este análisis de causalidad mínima atañe solamente a un suceso tan grave como la muerte repentina; hay otras configuraciones donde ella es encarnizadamente discutida. Es suficiente citar la lombo-artritis y la hernia. Todos los médicos saben que la hernia en la gran mayoría de los casos es determinada por una alteración preexistente, y, aún por lo más, congénita, y que sólo el último y visible fenómeno, la procidencia herniaria, puede relacionar-

se en manera no específica a un esfuerzo de la labor, aún mínimo. ¿En esas condiciones existe causalidad o no?; es decir, ¿existe la responsabilidad pecuniaria asegurativa o patronal?; alternativamente se ha dicho si o no; y la decisión no pertenece seguramente al médico sino al criterio *político* del intérprete jurista. El cual se encuentra en grandes vacilaciones para afirmar una causalidad total, allí donde es sin embargo, claro que, tratase de causalidad mínima, eventualmente nula. Eso indujo, por ejemplo, al legislador italiano, a cortar este nudo gordiano de una manera que puede decirse brutal, con eliminar sin más la hernia (salvo casos muy especiales) de la lista de las lesiones indemnizables.

El juicio crítico sobre la causalidad indemnizable depende, pues, de un segundo principio, relativo a la interpretación que se debe dar a la palabra “accidente”. Esta expresión incluye un elemento de casualidad, de excepcionalidad, de disformidad de la sucesión de los acontecimientos ordinarios, que es todavía mejor expresada por la palabra “infortunio” (etimología: in-fors = suerte).

Ahora bien, hay que formular la pregunta preliminar muy importante si la accidentalidad pueda buscarse en la causa del hecho o en sus consecuencias. ¿El trabajo normal con sus vicisitudes, sus alternativas de actividad y de paradas, de esfuerzos y de pausas, puede constituir por sí mismo un accidente?

Esto sería evidentemente absurdo. Desde que muchas personas sostuvieron que puede ser “accidente” solamente un acontecimiento excepcional, incongruo, que altere la marcha mecánica normal del trabajo; llegando así a la consecuencia que los esfuerzos de un trabajo normal no pueden constituir accidentes. Ajustándose a esa doctrina, para dar lugar a la indemnización habría preliminarmente que demostrar la

existencia de un acontecimiento incongruo, fortuito, en el trabajo. Pero es claro, por los ejemplos mencionados arriba (muerte repentina, hernia, etc.), que la incongruencia, la excepcionalidad puede consistir, no en la marcha del trabajo, sino en las consecuencias anormales que un trabajo normal produjo en el cuerpo del obrero. ¿Será entonces eso un accidente del trabajo?

También aquí pertenece al jurista indicar al médico la interpretación. Puede bien decirse que casi en todos los países prevaleció la propensión a considerar como accidente indemnizable el daño orgánico ocasionado por sucesos normales del trabajo; teniendo en cuenta también la circunstancia que el trabajo no tiene que ser considerado solamente en su objetividad intrínseca, sino en relación con el obrero que lo ejecuta. Un esfuerzo normal para un robusto peón, no lo es otro tanto para un tejedor o un ajustador mecánico; y un esfuerzo que fué normal por largo tiempo para un hombre sano, llega a ser anormal para el mismo, después que haya contraído una cardiopatía.

Se admite por lo tanto generalmente, a pesar que eso no se ajuste probablemente el derecho rígido, que no es necesario un suceso incongruo en el trabajo para que subsista el accidente; mas esto no disminuye la dificultad de la tarea médica, al contrario la aumenta, para establecer la relación de causalidad entre trabajo y lesión.

El difícil juicio diferencial entre causalidad o concausalidad y coincidencia debe ser afrontado, llegando a consecuencias muy importantes, para ciertas lesiones que están en relación eventual puramente indirecta con traumatismos del trabajo.

Hay enfermedades que pueden ser espontáneas, en el sentido mencionado arriba, o bien traumáticas, en el sentido que reconocen una participación causal en un trauma, en sí mismo bien averiguado, pero de consecuencias inmediatas directas insignificantes. Varias infecciones agudas (neumonitis, meningitis, etc.) o crónicas (tuberculosis), tumores, endocrinopatías, neuro y psicopatías abstractamente reconocen como factor causal eventual un traumatismo. Eso no se puede discutir; y encuentra también buenos argumentos científicos para sostener esta posibilidad patogenética.

Sin embargo, a pesar que podamos científicamente admitir y sostener la existencia de neumonías traumáticas, tuberculosis traumáticas, carcinomas traumáticos, sabemos por otra parte que los mismos traumas en la inmensa mayoría de los casos no determinan esos efectos e inversamente que en la inmensa mayoría de las idénticas enfermedades no se encuentra alguna posibilidad de patogénesis traumática. Tiene que existir un factor de concausalidad de predisposición, sin la cual el trauma no tiene esos efectos tan anormales.

Esto lleva a la consecuencia que todas estas formas pueden sin más ser excluidas de la indemnización contractual, puesto que las pólizas prescriben que el daño debe tener el accidente como causa única y directa.

Para el seguro legal será evidente la tendencia de los interesados a incluir una enfermedad observada después del trauma, en una patogénesis indemnizable. Pero aquí también tenemos que cuidar de los sofismas demasiado fáciles. Esta es la tarea exacta, muy delicada, de una sana crítica medicolegal, el analizar con absoluta objetividad las relaciones cronológicas, topográficas, etiológicas, de acuerdo con las cuales pueda afirmarse o negarse la relación de causa a efecto.

A menudo hay que profundizar, y referirse a situaciones

perfectamente individuales: si por ejemplo, cierto intervalo de tiempo es compatible con la manifestación y el desarrollo de un sarcoma a pequeñas células redondas, no será tal para un glioma samomatoso, tumor de desarrollo mucho más lento. Y los progresos de la patología contribuyeron mucho a rectificar algunas ideas que se admitían antiguamente sin suficiente discusión, en cuestiones verdaderamente muy importantes. Por ejemplo, mientras los datos experimentales hacen hoy día excluir por los competentes la posibilidad de la diabetes traumática, queda por ellos significativamente sufragado el origen traumático de los tumores malignos; salvo establecerla concretamente en cada caso.

La determinación de las causalidades o concausalidades específicas en que consiste la parte más delicada de la tarea médicolegal para los accidentes, presenta dificultades aun mayores con respecto a las enfermedades profesionales. En los accidentes, por lo menos en la mayoría de ellos, hay circunstancias de hecho bien circunscriptas en el tiempo, que pueden averiguarse por testimonios, certificados médicos de la primera hora; además, las consecuencias de los accidentes, fuera del caso de dichas enfermedades internas traumáticas, suelen tener caracteres bien visibles, provistos de una especificidad por lo menos relativa.

Eso no ocurre en las enfermedades profesionales. En éstas la causa nociva está diluída en el tiempo, actúa insensiblemente, y su existencia no es ni siquiera siempre cierta. Por lo común se presume por el trabajo a que está aplicado el obrero; mas, en los grandes talleres ocurre que sólo en unas secciones se manipulen las sustancias dañinas, y puede ser muy dudosa su difusión en las secciones vecinas. Así que ciertas legislaciones, para cortar las complicadas cuestiones de causalidad, excluyen sin más algunas secciones o algunas fases de la elabo-

ración, de la protección asegurativa (lo que sin embargo no parece siempre justo).

Pero la dificultad mayor está en el diagnóstico diferencial entre enfermedad profesional y enfermedad no profesional o espontánea; tarea médica, y médicolegal, a menudo difícilísima. Este diagnóstico diferencial en un gran número de casos es patogenético antes que sintomático; en otras palabras, son pocas las enfermedades profesionales en las cuales el conjunto de los síntomas sea tan característico que se puedan reconocer en base a ellos; por ejemplo, el síndrome, hoy muy raro, de la necrosis ósea fosfórica. Otras intoxicaciones son, a decir verdad, bastante fácilmente averiguables, por ejemplo las de plomo o de mercurio; especialmente cuando se trata de formas agudas. Pero la mayor parte de las causas de inhabilidad para quienes se pide la indemnización no tiene decisivos caracteres de especificidad; así las formas de anemia, de nefritis, de esclérosis vascular, de hepatitis, de neuritis, de parálisis, de psicosis, de molestias gastro-intestinales, etc., sólo raramente pueden ser atribuidas por caracteres que les pertenezcan propiamente, a su origen profesional, y menos que nunca a su exclusivo origen profesional, como está prescripto por la ley (art. 22º, ley 9688).

Asimismo, una clase de enfermedades que en apariencia tiene los más claros caracteres de profesionalidad, la neumoconiosis y formas semejantes (antracosis, silicosis, siderosis, etc.), no falta de dudas patogenéticas, por lo que atañe a la más común e importante consecuencia, la tuberculosis neumoconiótica, y en particular la sílico-tuberculosis. Dudas patogenéticas tan importantes que estas formas todavía están excluidas del seguro en una de las legislaciones protectoras más recientes, como la italiana. Es verdad que la distinción causal entre enfermedad profesional y enfermedad común no ase-

gurada, puede ser facilitada por el hallazgo concreto de la causa morbígena, la cual parecería demostrar su proveniencia profesional. Por ejemplo, la demostración química del plomo en las orinas, en el saturnismo, y análogamente en otras tecnopatías por metales; la de los huevos de anquilostoma en las heces de los mineros y ladrilleros; o bien de hechos clínicamente patognomónicos, que no interesan para la estimación del daño, sino solamente para dar luz a su origen; por ejemplo, el bordecillo de Burton, o las hematías punteadas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que todos esos hallazgos, por grande que sea su valor para las conclusiones patogenéticas, no tienen sentido absoluto; porque ellos demuestran sin más que la causa morbígena profesional actuó sobre el sujeto, pero para nada que ella haya determinado la invalidez de que él padece por una cualquiera alteración orgánica. En otras palabras, sabemos que existen portadores sanos de plomo, de arsénico y de anquilostoma, en quienes ni la impregnación tóxica, ni la presencia de los parásitos pudieron provocar una alteración funcional laborativa. Por eso es claro que no es lícita en cualquier caso la conclusión que un arterio-esclerótico o un nefrítico en que se encuentre el bordecillo de Burton o plomo en las orinas esté afectado de arterio esclerosis o nefritis saturnina, o bien que un gastrálgico anémico con algunos huevos de anquilostoma en las heces sea un enfermo de anquilostomiasis. Quizá habrá un cierto grado de presunción, pero la prueba tiene que ser lograda mediante una sutil y completa construcción clínica, que critique las varias patogénesis eventualmente posibles y llegue a una razonable síntesis y conclusión.

Desde luego, eso vale todavía más para aquellas tecnopatías como el sulfocarbonismo o el benzolismo, en que no se

encuentran ni siquiera elementos parciales de especificidad semeiológica.

Hay, en fin, una discusión médicolegal de trascendental importancia para la calificación del riesgo realizado, y por consiguiente para su indemnización. Se trata de la antigua cuestión de diferenciar los accidentes del trabajo de las enfermedades profesionales. De primera intención, sabiendo que hay una ley que prevé la responsabilidad patronal o el seguro en manera análoga para ambos, la distinción podría parecer vana, y, así, tal pareció tal vez a algunos magistrados. Pero este concepto tiene que ser considerado profundamente equivocado.

Las leyes sobre los daños del trabajo no prevén sencillamente la indemnización para todos los daños dependientes del trabajo; sostener que sea necesario y suficiente demostrar la existencia de relación de causa a efecto entre la enfermedad y el trabajo, para que se afirme el derecho a la indemnización (lo que ocurrió también en fallos argentinos), no tiene en cuenta las diferencias de régimen existentes en todas las leyes (comprendida la argentina) entre los accidentes y las enfermedades profesionales. El concepto de la necesidad y suficiencia de un nexo causal con el trabajo restringe excesivamente la aplicación del amparo legal para los accidentes y lo amplía excesivamente para las enfermedades.

Para los accidentes no se requiere que el trabajo sea la causa del daño; es bastante que sea la ocasión de él (*motivo* en la ley argentina); es decir, que ello constituya la razón por la cual el obrero fué expuesto al riesgo específico o agravamiento de un riesgo genérico. Entre los innumerables ejem-

plos donde el trabajo no es causa sino ocasión de daño, es suficiente recordar el uso de medios de transporte o caminos especiales para llegar al trabajo, la fulminación, el incendio o la inundación en el establecimiento, atentados de subordinados, etc. Todas esas circunstancias no constituyen causa de trabajo, sino simple ocasión, de que legítimamente surge el derecho a la indemnización.

Para la enfermedad profesional, en cambio, el trabajo debe ser la *causa exclusiva* del daño; lo que determina ya una diferencia muy radical. Además hay otra, muy importante, que constituye sin más el núcleo de la diferenciación; es el modo de acción de la causa lesionante.

Caracteriza el accidente, frente a la enfermedad profesional la causa violenta. Esta expresión se encuentra explícitamente en algunas leyes, por ejemplo, la italiana; falta, en cambio, en otras como la francesa, la alemana, la argentina; pero el concepto que ella incluye queda implícitamente en la contraposición entre "accidente" y enfermedad profesional; lo que está unánimemente aclarado por la jurisprudencia. La corte de casación francesa (21 de febr. 1912) por ej. define accidente: "toute lésion provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure". Idénticamente dice: Toda lesión proveniente de la acción violenta y súbita de una causa exterior (Suprema Corte de la Nación Argentina, 6 de julio, 1937). Se aclara además (Cámara civil 2ª, 30 de junio, 1933): "Por accidente debe entenderse toda lesión corporal proveniente de la acción violenta y súbita de una causa exterior, diferenciándose de la enfermedad profesional en que ésta tiene una evolución lenta, invisible, de iniciación indeterminable, pero que se atribuye a las condiciones en que el trabajo se realiza." Esta es la interpretación lógica y científicamente

exacta, y no se justifican para nada otras distintas que aparecen aquí o allá, por ejemplo, el decreto de 5 de enero, 1934. (decreto de justicia administrativa, asunto Oubiña Ramón). "El accidente originado por el trabajo puede ser el resultado de una acción rápida o bien afectar una forma progresiva, y su concepto comprende no sólo la lesión traumática y mecánica, sino también las afecciones patológicas o psíquicas que sean una consecuencia del régimen de labor".

Si se siguiera esta dirección equivocada, desaparecería completamente la distinción entre accidente y enfermedad prevista por la ley. Se necesita por lo tanto en todos los casos, establecer si la causa laborativa fué o no violenta. Todos saben que violencia no significa naturaleza traumática, ni acción instantánea, sino solamente concentración de la acción y delimitación en el tiempo; así que, por ejemplo, parece mucho más lógica la colocación de la infección carbunclosa entre los accidentes (si bien se trata de riesgo de trabajo) como hace la ley italiana, antes que definirla, según el reglamento argentino de 1916 (modificado en 1936) como enfermedad profesional, de la cual no tiene ningún carácter.

Ahora bien, el reconocer la violencia de la causa surgida en ocasión de trabajo, lleva como consecuencia a la responsabilidad patronal de pleno derecho, total para todas las clases de lesiones y de afecciones. Al contrario, el negar tal carácter de violencia, restringe la responsabilidad a aquellas formas que están indicadas en las listas oficiales, por otra parte muy distintas de un país a otro (6 en Italia, 10 en Francia, 26 en Alemania, 15 en la Argentina, etc.). Parece, por consiguiente, claro que si se trata de una causa no comprendida en la lista, a pesar de que sea cierta su naturaleza laborativa, no puede lograrse la indemnización; en otras palabras, aunque

pueda aparecer chocante, hay enfermedades seguramente profesionales que no gozan de protección, porque el legislador las rechazó.

He leído recientemente en los diarios un fallo de primera y segunda instancia, relativo a un caso de absceso pulmonar mortal debido a inhalación, de vapores nítricos, clorhídricos y sulfúricos, para el cual se otorgó la indemnización en base a la afirmación que existía relación de causa a efecto entre la enfermedad y el trabajo efectuado. Pero, puesto que los vapores ácidos no están entre las causas de enfermedades profesionales amparadas en la Argentina, parece claro que no podía ser bastante la afirmación de la relación causal; sino que necesitaba además la prueba que la causa hubiera actuado en manera violenta, es decir, en un tiempo breve, bien circunscrito; mientras que si la acción de los ácidos hubiera sido lenta, progresiva, no por una difusión anormal repentina de vapores, sino por la crónica deficiencia higiénica del establecimiento, tenía que ser excluído el accidente, admitiéndose sólo una enfermedad no protegida.

Razonar de otra manera significaría alterar la intención del legislador y sustituirse a él.

El análisis del modo de acción de la causa laborativa, que tiene, como acabo de decir, tan grande importancia, no es solamente una cuestión de circunstancias intrínsecas, sino en muchos casos, ciertamente los más difíciles, incluye la discusión de delicadas cuestiones patológicas y clínicas, para las cuales es competente el médico.

Es necesario, por lo tanto, que éste se encuentre perfectamente enterado de las repercusiones jurídicas y económicas de sus consideraciones, y ajuste sus investigaciones y deducciones a las necesidades impuestas por la ley.



CAPITULO VII

LOS SEGUROS SOCIALES



LOS SEGUROS SOCIALES

Por el Dr. LEON LATTES

Ex profesor titular de Medicina Legal y del Seguro de Pavia (Italia)

Los juristas discuten extensamente sobre los caracteres distintivos de los que comúnmente llaman seguros sociales, en contraposición con los seguros privados; no quiero seguirlos en esas discusiones que tienen valor más bien formal.

Es cierto que todos los seguros, en cuanto corresponden a un fin de previsión y miran a atenuar el daño de sucesos probables, o bien inevitables, si no inciertos en su vencimiento (como la muerte), tienen en sí un alcance de equilibrio social, y por esto sobrepasan en ciertos aspectos la esfera de los intereses puramente privados.

El carácter social no está ligado a la obligación del seguro; ninguna piensa decir que el seguro para la responsabilidad de los automovilistas, obligatoria en algunos países, toma parte de los seguros sociales. Al contrario, el más típico de ellos, difundido en el mayor número de países, el seguro de accidentes y enfermedades profesionales, no es obligatorio en la Argentina, donde la ley prescribe sólo la responsabilidad patronal.

Un carácter que tiene indudablemente que ser notado, es que los seguros sociales no se dirigen como los privados a todos los ciudadanos sin distinción, sino que están ordenados en

consideración de una categoría particular de personas, pertenecientes a las clases laborativas y propiamente a las que prestan trabajo retribuido, bajo la dependencia de otros, entre ciertos límites, y con algunas ampliaciones a trabajadores manuales autónomos (artesanos, pequeños propietarios agrícolas). Este campo personal de aplicación es consecuencia directa del fin político-social del seguro social, fin que consiste en el alivio de los antagonismos sociales.

Los seguros sociales, por lo tanto, como son comúnmente considerados, se diferencian de los demás, no solamente por el hecho de intervenir en ellos elementos de orden político-social que tienden a mantenerlos en la esfera del derecho público, y porque en su ordenamiento participan los poderes públicos, tanto en su arreglo legislativo, como también en la fase institucional y de gestión económica administrativa.

Como todos, también dichos seguros sociales tienen como objeto la hipótesis de la realización de un acontecimiento; acontecido el cual, surge la obligación del asegurador de proporcionar al asegurado una cierta prestación. Sin que esto pueda constituir un elemento diferencial absoluto, es verdad que en el seguro privado común, la prestación es por lo común puramente pecuniaria; asimismo ocurre en la fase primitiva de los seguros sociales. Pero, a medida que evolucionan y se perfeccionan, las prestaciones se vuelven más complejas, y asumen distinta fisonomía, empeñando siempre más la obra de la clase médica.

Los seguros sociales, como hecho político de gran alcance, son una construcción del siglo pasado, consecuencia de la gran industria y de las condiciones económicas donde las masas obreras se han encontrado. Además la transformación de ideologías político-sociales contribuyó a substituir a la tradi-

cional concesión voluntaria de socorros caritativos el derecho-deber de la asistencia.

Esta se practica con criterios que van más allá de las providencias destinadas a obviar al riesgo realizado, es decir, con carácter de reparación. En realidad, las prestaciones de los institutos aseguradores tienen el particular carácter de tener frecuentes y siempre más crecientes fines preventivos. A pesar de que éstos tengan una indiscutible influencia sobre el arreglo económico del seguro, no es posible ver en ellos prestaciones asegurativas. Ellos pasan los límites, para los asegurados, de los fines providenciales, y son la prueba más clara, que a éstos se unen, por evidentes razones político-sociales, actividades de otro carácter, es decir, administrativo-asistencial. A esto se junta otro elemento de notable importancia: el riesgo de cada asegurado en el seguro social no está valuado al fin de una determinación exactamente proporcional a la prima, la cual en cambio está fijada según criterios generales, globales, como algunos dicen con mal galicismo, forfaitarios. Este principio de la globalidad del arreglo asegurativo, además de la influencia que pueda tener para los cálculos actuariales, debe también ser tenido en cuenta por los intérpretes técnico-médicos, estimulándolos a evitar las individualizaciones excesivas, que en este dominio no serían acordes con las intenciones de las leyes, ni siquiera con el equilibrio de la gestión del seguro.

El riesgo que constituye el hecho puede tomar formas variadas; pero que pueden recogerse en dos categorías esenciales:

1º La que se manifiesta con hechos lesivos o alteraciones de la personalidad orgánica, transitorios o permanentes.

2º La que se concreta en reducción o cesación temporal de la relación económica laborativa.

Ambas constituyen sustancialmente una disminución dañina de la persona asegurada, y en cuanto a la reparación del daño, van mirando las prestaciones asegurativas en sentido estrecho, jurídicamente garantizadas.

Es claro que el riesgo de desocupación involuntaria, para el cual existe en muchos países el seguro, siendo su naturaleza puramente económica, permite providencias, también exclusivamente pecuniarias y es ajeno a la apreciación médica. Solamente los riesgos que caen sobre el conjunto sómato-psíquico del trabajador son los que caben en la esfera de la competencia médica, y van a constituir el objeto muy importante de la actividad sanitaria, no sólo en su aspecto médico-legal, sino también médico-clínico. En realidad, el fin tradicional del seguro, que consiste en la compensación de un daño sufrido por el aporte de una suma de dinero, quedó paulatinamente en segundo plano con las legislaciones modernas. Es verdad que el dinero puede facilitar el arreglo de muchos problemas personales; pero es claro que ello es un bien que por su naturaleza es sustancialmente inconmensurable con el daño de la integridad personal, de la salud o de la vida. Así los seguros sociales, con ritmo progresivo, afrontaron tareas preventivas siempre más amplias, actuando de acuerdo con la obra de defensa sanitaria de la población, y tratando de integrar las ventajas de cada uno con las de la colectividad.

En el terreno de los daños a la integridad personal laborativa estas tareas ulteriores se perfilan, además de la prevención de que ya se ha hablado, en los aspectos de la cura y asistencia médico-quirúrgica, de la readaptación eventual, realizada por la prótesis y la reeducación.

En realidad hay en el sistema ideal del seguro social ciertas eventualidades, ciertos riesgos que no se quiere para nada evitar; al contrario: son los de vejez y de la maternidad.

El seguro de vejez es una forma más o menos coactiva de garantizar una pensión de descanso a los trabajadores que sobrepasen una cierta edad. Además de las contribuciones integrativas otorgadas por los patrones, tiene una base mutualística, en el sentido que los pre-muertos pagan en beneficio de los sobrevivientes.

Ella se aplica automáticamente, siendo suficientes las verificaciones del estado civil. Constituye por cierto un grandísimo problema actuarial y político, como demuestra por ejemplo la discusión que desde largo tiempo se hizo en Francia sobre la forma y el monto asegurativo de las pensiones de vejez. Pero no cabe en el campo de la discusión medicolegal.

Análogamente el seguro de maternidad no contempla una eventualidad patológica, sino eminentemente fisiológica, que constituye en cierto modo un azar, un riesgo de gravamen económico para la familia del trabajador. El seguro mira el doble fin de ejercer la defensa biológica de la madre y del hijo, por providencias de amparo antes y después del nacimiento; y proveer simultáneamente a las necesidades de la familia en el período crítico en que la mujer tiene que abandonar su trabajo. Desde el punto de vista médico, se trata sólo de un problema de asistencia médico-clínica y de defensa higiénica, al cual, por razones ajenas, en varios países (como también en la Argentina) se dió forma de seguro. Pero en la aplicación no se verifican tampoco problemas particulares de medicina del seguro.

El sistema de seguros que interesa directamente, sea en sus principios inspiradores, sea en su cotidiana aplicación, al médico legista y al médico social, contempla los riesgos patológicos propiamente dichos, tales que pueden comprometer, transitoria o permanentemente, al integridad anátomo-funcional normal del trabajador.

El amparo legal de esos riesgos está previsto en la Argentina sólo muy parcialmente. Sin embargo, el movimiento político-social que indujo a muchos países, especialmente de Europa occidental, a ampliar paulatinamente la protección legal a las varias formas de daños a la salud de los trabajadores, no puede faltar de extenderse también en este continente. Puesto que la prevención de las enfermedades y su cura, el alivio económico al trabajador enfermo o inválido y a su familia, no son solamente manifestaciones de solidaridad humana fraterna y de espíritu caritativo, sino deberes muy bien definidos de la organización del estado, y condiciones de armonía social, es claro que los nuevos rumbos van a alcanzar, aquí también, en un tiempo más o menos cercano, la transformación en sentido público-asegurativo de la asistencia a los trabajadores. Es justo, pues, presentar los principales problemas médicos inherentes a estas realizaciones.

Se trata de problemas grandiosos en los cuales están empeñadas profundamente todas las fuerzas políticas y financieras de una nación; así que una aplicación errónea puede dar lugar a daños incalculables, y a desequilibrios más graves de los que se quisiera corregir. Es, por lo tanto, comprensible la prudencia y progresividad con que los hombres de Estado se aventuran a tomar medidas legislativas de tan grande alcance social y económico. Esta progresividad ha impedido en todas partes, llegar a la extrema consecuencia de asegurar uniforme y globalmente todas las situaciones patológicas en que pueda encontrarse el trabajador, de cualquier causa que les provengan; pues pareció necesario hacer algunas distinciones, que tienen gran repercusión medicolegal.

La más importante es la subdivisión de los riesgos en dos grandes categorías: los que dependen y los que no dependen del trabajo.

En realidad todas las legislaciones que sistematizaron esta materia, partieron del punto de vista que los daños causados u ocasionados por el trabajo deben pesar exclusivamente sobre la industria, es decir, sobre el patrón, lo mismo que los desarreglos y el desgaste de las máquinas. Por esto se pusieron a cargo de los gastos generales de la empresa las indemnizaciones dependientes de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales.

Los riesgos patológicos extra-laborativos se distinguen en el de enfermedad común, y en los inherentes a los posibles resultados de la enfermedad: la muerte y la invalidez.

Abstractamente esos riesgos son completamente ajenos a la empresa, quedando en la esfera privada de cada trabajador; y podría, pues, muy bien justificarse que asumiera forma exclusivamente mutualística, aunque impuesta por el Estado; lo que se realizó extensamente en muchas partes.

Pero hay que tener en cuenta que nos hallamos frente a una alta finalidad social, y que el patrón tiene también interés indirecto en que sus dependientes conserven o recuperen su buena salud, y sean aliviados de las graves preocupaciones económicas por el porvenir suyo y de su familia, si el restablecimiento no se verificara.

Se justifica, pues, que en todas las legislaciones sobre el seguro de los daños extra-laborativos (enfermedad, invalidez) se haga pesar el cargo de la previdencia no sólo sobre los trabajadores directamente interesados, sino también sobre el patrón y, eventualmente, sobre la colectividad estatal.

De esto sigue que, por grande que sea el esfuerzo de unificación técnico-administrativa de los varios seguros (como se verifica en Hungría), el gravamen queda necesariamente a cargo de personas o entidades distintas, según que se trate de enfermedades del trabajo o no. No sólo eso, sino que siendo

distintas las fuentes de financiación, el monto de las prestaciones en cualitativa y cuantitativamente distinto. Esto implica la necesidad, frente a cualquier lesión o enfermedad, de establecer si ella tiene una causa en el trabajo o no; problema que se hace mayormente urgente en los países (como la Argentina) en donde las enfermedades no laborativas, no son para nada protegidas. Es por consiguiente fatal la tendencia a incluir posiblemente todos los daños en la esfera de protección. Es este el problema de la causalidad de que hablé la otra vez, el cual padece de una ulterior complicación por la necesidad, siempre de naturaleza medicolegal, de distinguir el accidente del trabajo de la enfermedad profesional.

Por razones análogas se plantea el problema de distinguir la enfermedad de la invalidez. Conceptos que parecen de primera intención netamente distintos; desde que, se dice, la enfermedad es un proceso morboso en curso de evolución; mientras la invalidez es un estado patológico estabilizado, con resultante inmutable de debilitación o falta anatómica o funcional. Desde luego, en la práctica la distinción es en muchos casos muy difícil, excepto para las enfermedades agudas. Cuando se entre en el campo de las enfermedades crónicas, o en el de los síndromes consecutivos a hechos agudos, por ejemplo: epilepsia cerebropática, cardiopatías valvulares postraumáticas, parálisis poliomielíticas, etc., no es fácil establecer los términos, al mismo tiempo medicolegales y jurídicos que separan los dos conceptos. Sin embargo, donde existen los dos seguros, ellos están gestionados por entidades distintas, y están puestos a cargo de cajas distintas, así que la diferenciación medicolegal se impone necesariamente.

Es verdad que para simplificar la solución de este problema, las leyes han puesto límites bastante restringidos al

seguro de enfermedad (3 a 6 meses), sin preocuparse demasiado del perfil doctrinario patológico de ella.

Bajo este aspecto, toma una posición particular el seguro contra la tuberculosis, como está hasta ahora organizado en Italia. En anticipación al seguro general de enfermedades, que es sólo muy parcialmente realizado, Italia ha afrontado la tarea de la lucha contra este azote social, coordinando las prestaciones al asegurado y a su familia, con todas las medidas posibles de profilaxis higiénica, edilicia, sanitaria. Alrededor de la mitad de la población goza de la protección asegurativa, lo que, desde una decena de años contribuyó mucho a disminuir sustancialmente la mortalidad específica.

En la interpretación de las leyes de seguro social, hay un punto fundamental, que debe ser muy meditado por los médicos por ser antes ajeno a sus puntos de vista habituales. Ello concierne al objeto mismo del amparo asegurativo. Es espontánea en los médicos, la tendencia a considerar el daño con criterios puramente biológicos, es decir, como enfermedad en sí misma, en sus efectos anatómicos y funcionales. Esto es sustancialmente erróneo, puesto que es principio fundamental de las leyes asegurativas, que se deba tener en cuenta sólo las repercusiones económico-sociales de la enfermedad. Corresponde a este principio la valuación de la capacidad laborativa del obrero; pero también ese criterio es excesivamente limitativo. Hay casos, por ejemplo de lesiones estéticas, donde la capacidad de trabajo no está para nada comprometida, en que subsiste un daño económico, porque está disminuída la capacidad para emplearse. Lo que debe ser subrogado por el seguro no es la capacidad de trabajo, sino la capacidad de ganar un salario mediante el trabajo, es decir, la capacidad lucrativa.

Eso está muy bien afirmado por fallos argentinos; por ejemplo:

“Toda valuación de la incapacidad que se base en la función del órgano afectado y prescinda de la potencia laborativa es contrario al principio de la ley de acc. del trabajo, porque ésta al fijar la compensación que corresponde al obrero no toma en cuenta los órganos perdidos, sino la capacidad industrial que le resta para ganar el sustento diario (Cám. civ., 2º capít. 16 Jul. 1926)”.

Pero no se debe creer que la aplicación de este principio es siempre en ventaja del trabajador; lo demuestran las encarnizadas discusiones, que tuvieron lugar para rechazar la indemnización de la pérdida de un testículo, o de lesiones genitales femeninas, que pueden razonablemente aceptarse como insignificantes para la aptitud lucrativa; sin embargo, adoptado un principio hay que sacar todas las consecuencias que pueden derivar de él.

El problema socialmente más interesante y más discutido, es de cómo se debe entender y valuar la aptitud lucrativa con respecto a las tareas laborativas.

¿Cuál es el trabajo que tiene que ser considerado?, ¿el que estaba cumpliendo el obrero en el momento en que padeció el daño, o bien cualquier otro a que podría dedicarse? Es decir, como se expresa brevemente, ¿el trabajo específico o el trabajo genérico?

Es claro que cuando se trata de daños o enfermedades temporarias (por accidente o enfermedad), no puede suponerse que el obrero vaya a cambiar oficio, por un breve plazo de tiempo; así que la incapacidad debe calcularse e indemnizarse para todo el tiempo en que no es posible que él asuma otra vez su ocupación habitual. Resultó antisocial y no aplicable la llamada incapacidad temporaria parcial; la cual, sin

embargo, teóricamente es una realidad muy cierta. Pero es claro que no es práctico, en general, ante un obrero temporalmente incapaz para sus tareas habituales, darle otro temporario oficio en el mismo taller. Pero, cuando se pase a las condiciones de incapacidad permanente, las cosas deben ser consideradas de otro modo. Si un obrero queda definitivamente inapto para sus tareas, ¿cuáles deberán ser los fines del legislador y cuáles las medidas para alcanzarlas? Aquí justamente debe triunfar el punto de vista ampliamente social, que no coincide con los criterios rígidamente jurídico-individuales. Según los principios del derecho común, el responsable de un daño tiene que repararlo integralmente, en todas sus repercusiones contingentes e individuales; siendo el fin de la reparación, la compensación humanamente realizable del desequilibrio llevado al perjudicado. Mas, si de las esferas del derecho civil, se llega a las de las leyes sociales, los puntos de vista individuales deben ser puestos en segundo plano. El fin de ellos no está limitado a una compensación del daño, necesariamente mucho menos individualizado que en el derecho civil, sino que especialmente consiste en su eliminación lo más rápida y completa que se pueda, y en la vuelta del lesionado a una actividad laborativa. Todos los estímulos morales y legales tienen que tender a eso, a fin de que no se disipen ni se desperdicien inútilmente preciosas fuerzas de trabajo. Ahora bien, uno de los medios que la ley puede utilizar con este fin, es el de inducir indirectamente al lesionado a cambiar su oficio, cuando la lesión padecida le impida definitivamente proseguir en el precedente. Este fin es justo, moral, social, y también económicamente para el trabajador mismo. En la realidad jurídica práctica ello se concreta adoptando la aptitud al trabajo genérico, antes que la aptitud al trabajo específico, como base para la indemnización. Es claro que com-

pensar a un lesionado con el 100 %, porque es inhábil a su trabajo particular, siendo todavía capaz de dedicarse fructuosamente a otro, choca contra muy evidentes oportunidades sociales, y no estimula al lesionado a aprovechar sus sobrantes fuerzas de trabajo.

Es por lo tanto socialmente peligroso el principio que tal vez se ve aplicado; por ejemplo: Regl. prov. B. A. art. 26: “la disminución en la capacidad de ganancia se apreciará por la diferencia entre el jornal que ganaba el obrero en el momento del accidente y el que podrá continuar ganando después de éste”, y por el cual el obrero tiene aparente interés en permanecer ocioso, para lograr la mayor indemnización.

En la mayor parte de los países europeos, por lo que se refiere a los accidentes y enfermedades profesionales, se toma por base la capacidad al trabajo genérico, y no la específica. Esto, sin embargo, queda mucho más en la interpretación jurisprudencial que en las leyes; pero está apoyado por la promulgación de tablas, que atribuyen un valor de porcentaje fijo a cada lesión, sin referirse al trabajo específico.

En la Argentina en cambio, hay una tendencia opuesta, como aparece en el art. 57 del Reglam. Nacional adoptado idénticamente por varias provincias (Mendoza, Córdoba, etc.): “se entenderá clasificada la incapacidad en cuanto a la indemnización como referente a la profesión habitual y no a otra accesoria o accidental”.

Pero en la aplicación se ve continuamente la injusticia de aplicar rígidamente uno u otro principio. Ambos pueden, en casos especiales, resultar gravemente perjudiciales al obrero, a la equidad, a la ventaja social, en relación a la mayor o menor posibilidad personal de cambiar profesión.

Todos ven que la pérdida, por ejemplo, de un dedo no tiene igual valor para el linotipista o el carretero. ¿Pero se

llegará a dar 100 % al primero y nada al segundo, llevando a sus extremos las doctrinas del trabajo específico? Esto no es equitativo ni realizable y se explican así las vacilaciones de la jurisprudencia, también allá donde como en la Argentina, un texto oficial ha adoptado netamente uno de los dos principios. Es fácil reunir estas contradicciones; por ejemplo:

“No procede indemnizar al obrero que después del accidente vuelve a trabajar en el mismo oficio y con el mismo jornal, a pesar del informe que le asigne una incapacidad de carácter puramente anatómico”. (Cám. comer. Cap. 25 de junio, 1930; aplicación del trabajo específico en daño del obrero).

“La incapacidad parcial y permanente debe indemnizarse aunque el obrero haya reanudado su tarea después de su cura aparente”. (Cám. civil. 2º capít. 9 dic. 1929; aplicación del trabajo genérico en ventaja del obrero).

“Tiene derecho a ser indemnizado el obrero que a consecuencia del accidente ha quedado con el dedo índice de la mano en actitud viciosa y con rigidez casi absoluta, aunque haya continuado en su puesto y ganando lo mismo o más que antes”. (Cám. civil, 1º cap. 16 mayo, 1930; aplicación del trabajo genérico en ventaja del obrero).

“Si de la apreciación pericial se infiere que la pierna ha sufrido una disminución funcional cuyo grado de incapacidad puede apreciarse en 48 % en lo especial para los trabajos de peón de albañil que desempeñaba el obrero, este último porcentaje es el que debe tenerse en cuenta al fijar la indemnización.” (Cap. fed. Cap. 6. Junio de 1930; aplicación del trabajo específico en ventaja del obrero).

“La lesión sufrida en el brazo no produce una incapacidad equivalente a la pérdida de este miembro; si la víctima después de sufrir la lesión se reincorporó a la empresa de que

dependía reanudando su trabajo''. (Cám. com. de la capital. 28 de nov. de 1930; aplicación del trabajo específico en daño del obrero).

Resulta claro, por esos y muchos otros fallos, que el magistrado argentino no está convencido que deba siempre tenerse en cuenta la aptitud al trabajo específico; que por otra parte el médico a menudo no logra apreciar, desde que ella tiene conexión no sólo con las condiciones orgánicas, sino también con la técnica industrial.

Pero también los países más adherentes a la doctrina del trabajo genérico, como Francia, Italia, Alemania, van buscando temperamentos a fin de corregir su excesiva rigidez, y queriendo tener en cuenta hasta lo posible, y con fines netamente sociales, las posibilidades que queden al trabajador de cambiar oficio.

Esta tendencia parece particularmente manifestada en el seguro contra la invalidez, en que las varias leyes están puestas en el justo medio entre los dos extremos del trabajo genérico y específico, adoptando implícitamente el concepto de *categoría profesional*, y teniendo en cuenta además las condiciones particulares, por ejemplo: la edad y la residencia. Entre otros dice el texto alemán, análogo al italiano, húngaro, holandés, noruego, etc. "Debe considerarse inválido el asegurado que por enfermedad o por otra alteración o debilitación de sus fuerzas somato-psíquicas no puede más ganar, por medio de una actividad que corresponda a sus fuerzas y posibilidades, y le sea eventualmente pedida, bajo consideración de su cultura y del oficio precedente, un tercio del salario habitual de personas de la misma categoría física y psíquicamente sanas, de cultura similar, y de la misma región".

Hay que recordar que una interpretación análoga de la invalidez se encuentra expresada claramente en un texto ar-

gentino, el art. 28 del reglamento para los accidentes de la provincia de B. A. en que se atenúa la rigidez de las tarifas, diciendo: "Los porcentajes se tendrán en cuenta como mínimo de indemnización desde un punto de vista general, pero ella será fijada en cada caso teniendo en cuenta las condiciones personales del damnificado, su profesión, su edad, su sexo, sus diversas aptitudes para el trabajo y las oportunidades de utilizarlas". Este texto, en época ahora lejana (1917) ha afirmado un principio que tuvo en todo el mundo gran desarrollo, y promete armonizar aún mejor, atenuando las injusticias, los intereses de los trabajadores con los de la sociedad.

Me he limitado a tratar de algunos puntos principales concernientes al seguro social, que pueden interesar a los médicos, como colaboradores esenciales en la aplicación de las providencias asegurativas actuales y futuras, absteniéndome de hacer fáciles referencias de legislación comparada.

Hay que añadir algunas palabras. Los textos de ley son siempre sumarios; afirman pocos preceptos y principios generales; pero la realidad de la vida es mucho más variada y mucho queda confiado a la ejecución.

Las leyes de seguro social tienen un grandísimo valor ético y político; deben contribuir al equilibrio social, rindiendo la vida menos dura a la clase trabajadora.

Pero pueden llegar a ser fuentes de graves inconvenientes y desequilibrios, cuando se intente disfrutarlas o deformarlas en una u otra dirección. Un gran médico social, en una ciudad que está atrayendo la atención universal, Erwin Liek, de Danzig, señaló los gravísimos daños económicos, morales y políticos que una incorrecta aplicación puede producir: desmoralizando al pueblo, y habituándolo al ocio y al engaño.

La nación no necesita de una vasta categoría de supuestos inválidos y “subsidiados”, que se queden en el disfrute de la previdencia, en daño de la masa de los asegurados y del bienestar económico de todos los ciudadanos. El evitar esta deformación de providencias altamente benéficas es papel de arte política, legislativa y educativa. El asegurado debe ser educado para mejorar su sentido de responsabilidad y comprender que, para sí mismo, está personalmente interesado en el buen éxito del seguro, y que los pedidos injustificados damnifican no sólo a la sociedad en su conjunto, sino, más de cerca, a sus propios compañeros de trabajo.

Juntamente debe aparecer muy claro a los patrones y a los aseguradores el interés general que el lesionado o el enfermo sea prontamente curado y sanado, y devuelto a la vida del trabajo y además que él reciba las compensaciones económicas que le son justamente debidas. Para ambas partes los intereses personales inmediatos en contraste, deben coordinarse y eventualmente subordinarse a la ventaja común, bajo una equilibrada tutela de la magistratura.

Prejuicios de clase, demagógicos u oligárquicos, son sustancialmente funestos al armónico desarrollo del seguro social, al que está tan íntimamente ligado el equilibrio de la producción y por consiguiente la paz social.

Es verdad que la aplicación de las leyes de protección social no debe verificarse en base a normas jurídicas rígidas, como ocurre en el derecho común, sino inspirarse en una razonable y casi familiar amplitud de interpretación en favor de la clase obrera, económicamente más débil; y debe además ser elásticamente evolutiva, siguiendo las rápidas transformaciones del ambiente del trabajo. Pero “el propósito de lograr la defensa del obrero, el más respetable y digno de ella,

no debe llegar a falsear los principios de la justicia, sin ayuda de los cuales la vida no sería posible" (Bielsa).

No puede admitirse que ciertos principios de interpretación jurisprudencial sean con excesiva facilidad derribados, dejando la impresión que se quiera siempre dar razón a la misma parte. Es suma garantía para todos los ciudadanos que el sentido jurídico domine sobre el político.

Ese sentido de justicia debe idénticamente guiar a los médicos del trabajo, los cuales, por encontrarse en personal y continuo contacto con las necesidades de los trabajadores, se sienten comprensiblemente dispuestos a perdonar sus tentativas de hacer prevalecer intereses momentáneos personales.

Sin embargo, ellos deben convencerse que su tarea es de vigilar altísimos intereses morales y económicos de la nación, y que el éxito del seguro queda en gran parte en sus manos. Muchísimo tienen que hacer en la función preventiva, y mucho en la terapéutica; no olvidándose que el tratamiento de los asegurados se desarrolla para diagnóstico, pronóstico y curas, en una atmósfera médicolegal bien distinta de aquella en que se encuentra el enfermo privado. Más especialmente por lo que se refiere a los juicios sobre las indemnizaciones pecuniarias, deben recordar que la defensa de los obreros no tiene como fin hacerlos lograr la mayor suma de dinero y de ventajas, sino defender los legítimos intereses de las clases trabajadoras en su compleja solidaridad. Así también los médicos de los seguros, si quieren cumplir obra social, no defenderán mezquinos egoísmos patronales, sino los intereses generales de la producción nacional. Serán aptos a la muy importante tarea de reguadores de intereses opuestos, en cuanto se formen el ánimo de un alto árbitro, que quiere rendir justicia a todos. Entre las funciones del médico del trabajo, es eminente la de lograr confianza de ambas partes,

inevitablemente en conflicto, y también de la magistratura juzgante; y de desarrollar con seriedad científica, con la persuasión, en sus actos, propaganda eficaz para que todos, atenuando los egoísmos particulares, reconozcan y respeten a la justicia. Solamente así las providencias de asistencia y seguro social pueden alcanzar los grandes beneficios que se esperan para el bienestar del pueblo trabajador.

CAPITULO VIII

EL PERITAJE MEDICO-ASFALOLOGICO

EL PERITAJE MEDICO - ASFALOLOGICO

Por el Dr. ALEJANDRO RAITZIN

Profesor adjunto de Medicina Legal (Buenos Aires)

(Versión taquigráfica)

De acuerdo con lo anunciado para este ciclo especial de conferencias, voy a ocuparme del peritaje médico-asfalológico.

Previamente quiero decir dos palabras sobre la “Asfalología Médica”, nombre con que actualmente se designa a la Medicina del Seguro. Este nombre ha sido compuesto y propuesto por el doctor León Coppet, antiguo y experimentado médico francés de seguros, quien lo propuso en el Congreso Internacional de Medicina del Seguro, reunido en Londres en el mes de julio de 1935, en donde fué aceptado por unanimidad y sin objeciones de ninguna especie, como consta en las actas de dicho Congreso, publicadas bajo la dirección del doctor Otto May, Secretario de dicho Congreso.

La palabra “asfalología”, tiene una raíz griega “asphalés”, que quiere decir seguro. De manera que la asfalología sería el tratado, sistema o ciencia del seguro. La asfalología médica se ocuparía, desde luego, de la medicina del seguro, así como la asfalología actuarial de la parte matemática, fi-

nanciera y económica de los seguros, y la asfalología jurídica, de sus aspectos legales o jurídicos.

Yo me he afiliado, por así decir, a este nombre, y he tratado y seguiré tratando de difundirlo en la medida de mis modestas fuerzas, a pesar de la resistencia que este nombre encuentra, unas veces sin motivos explicables, y otras con motivos más o menos aceptables. Yo ignoro, desde luego, qué motivos tendrán los que lo rechazan sin motivo. Sólo sé que los que lo rechazan con motivo, lo hacen sobre todo por una razón de orden ortofónico, por así decir, esto es, de corrección en el sonido, porque les resulta desagradable la cacofonía, o repetición silábica que hay en este nombre. Yo me he acostumbrado a él, y no me molesta ni más ni menos que cualquiera de los tantos otros tecnicismos que a veces oigo y me rompen los tímpanos, y otras veces uso, aunque me dejan disártrico. De cualquier manera ya veremos la suerte que le depara el destino a este nombre en esta ciencia que se ocupa, precisamente, de prever el destino.

Y veamos ahora nuestro tema de hoy. Yo tengo un poco la impresión de que me traigo una pequeña "boite a surprise", porque contrariamente a lo que quizá espera la mayoría, no es de los peritajes médicolegales propiamente dichos, que indudablemente existen y se presentan en la medicina del seguro, de lo que me voy a ocupar, sino de la tarea común, ordinaria, de los médicos del seguro, la que en mi concepto es de un carácter esencialmente pericial, por el espíritu que la guía, por la técnica y por su finalidad asesora.

Esta opinión es quizá demasiado personal en algunos de sus aspectos. Pero no se crea que es totalmente una originalidad mía; en todo caso no estoy solo, sino muy bien acompañado, como lo prueba, entre otras cosas, la inclusión de la Medicina de los Seguros en la enseñanza oficial de la Medi-

cina Legal, que se hace en casi todas las cátedras europeas; como lo prueba la inclusión de la Medicina de los Seguros en los textos clásicos de la Medicina Legal, como sucede en el gran tratado recientemente aparecido el año pasado, el Tratado de Medicina Legal, de Carrara, Canuto, Romanese y Tovo, en el que todo el segundo tomo está casi íntegramente dedicado a la medicina del seguro, y como lo prueba finalmente la organización de este ciclo especial de conferencias sobre la medicina del seguro, que se desarrolla precisamente en esta misma Cátedra de Medicina Legal, por iniciativa de nuestro talentoso profesor de la materia, el Dr. Nerio Rojas.

Huelga casi filiar las afinidades de la medicina del seguro y la medicina legal, y el carácter pericial de la tarea ordinaria de los médicos del seguro. Pero para que no se me crea con un "parti pris" sospechoso y demasiado coloreado por el interés personal —por ser yo mismo un médico legista— voy a repetir la opinión del Profesor Tovo sobre el juicio diagnóstico y pronóstico, que sobre la calificación del riesgo hacen los médicos del seguro, en los seguros de vida. Según el Profesor Tovo, ese juicio pronóstico, —voy a decirlo en italiano, textualmente—: "importa nella sua ellaborazione criteri analitici e sintetici improntati ad una típica mentalità medicolegale"; importa en su elaboración, criterios analíticos y sintéticos que llevan impresos una típica mentalidad, un típico espíritu, medicolegal.

Hay, en mi concepto, varias razones en virtud de las cuales debe considerarse como de carácter pericial la tarea ordinaria que realizan los médicos de los seguros. Una de estas razones es, en primer lugar, que la función que realizan los médicos de los seguros, en su tarea ordinaria, es una función asesora realizada por un técnico, y todo lo que en el ejercicio de la profesión no tiene una finalidad terapéutica,



higiénica, o profiláctica, o de investigación científica desinteresada, sino el objeto de asesorar o ilustrar sobre aspectos técnicos —ya sea a los jueces, como a personas o instituciones— es de carácter pericial.

No se debe confundir por eso a la tarea ordinaria de los médicos de los seguros, con la tarea ordinaria de los médicos, ni creer que los médicos comunes hacen, también, sin saber y sin querer, a lo Mr. Jourdain, peritajes médicos cuando atienden a sus enfermos. Cuando un médico asiste a su enfermo, hace clínica médica; cuando un médico asesora a los jueces, hace peritajes médico legales; cuando un médico asesora a instituciones privadas, hace peritajes privados. Debemos considerar a la tarea ordinaria que realizan los médicos de los seguros, como un peritaje privado hecho ante las Compañías de Seguros. Hay, finalmente, otra razón más todavía para considerar que es de carácter pericial esta tarea técnica que realizan los médicos del seguro, y es que éstos sintetizan su opinión en una especie de certificado médico, o de informe médico; y nada más médicolegal por su espíritu técnico y por su finalidad, que un informe médico, o un certificado médico.

Igual que los peritos ante los jueces, los médicos son asesores técnicos de las Compañías de Seguros, y como todo asesor técnico, deben ser perfectos peritos en la materia. Eso quiere decir que los médicos de los seguros no solamente deben conocer la medicina, sino también la medicina del seguro y todas las materias que tienen una relación directa con la medicina del seguro. Así como los médicos legistas deben saber todas las cuestiones de derecho que se relacionan con la medicina, del mismo modo los médicos de seguros deben conocer, por lo menos no ignorar, todas las cuestiones de la asfalología

médica, de la asfalología actuarial y de la asfalología jurídica que se relacionan con la asfalología médica.

Esto reclama ya un estudio especializado. Se ha ido ya la época en que los médicos podían ser una especie de enciclopedia médica viviente. En la actualidad ningún profesional puede ejercer con verdadera seriedad científica y eficiencia la profesión, si no ha ahondado en forma y a fondo alguna de las múltiples ramas de nuestro cada vez más frondoso arte médico. Ni las especialidades escapan a la fragmentación sucesiva, y cada uno de estos segmentos reclama a su vez un estudio intensivo para su perfecto dominio y agotamiento. La medicina legal, por supuesto, no ha escapado a esta evolución típica de la medicina moderna, y así vemos como continuamente van apareciendo nuevas subespecialidades dentro de la general, a medida que se ahonda el cauce de algunos de sus capítulos, por una parte, y, por la otra, vemos como se le van agregando paulatinamente nuevos capítulos que reclaman a su vez, un estudio intensivo para su perfecto agotamiento y dominio, y para poder actuar en ellos con eficiencia. Debemos considerar a la medicina asfalológica como el capítulo más recientemente incorporado al presupuesto ordinario de la medicina legal.

Independiente de los peritajes de hecho que realizan los médicos de seguros en sus funciones ordinarias, pueden presentarse para éstos, naturalmente, la oportunidad de hacer peritajes médicos legales propiamente dichos. Estos peritajes se hacen, desde luego, con la técnica más o menos habitual. Estos peritajes son frecuentes en los seguros sociales, (seguros de accidentados del trabajo, seguros de enfermedades profesionales, etc.). Son menos frecuentes en los seguros privados, como los seguros de vida, los seguros de accidentes en general, los seguros de enfermedad, etc. Pero aún en

éstos pueden presentarse a veces por prescripción expresa de la ley, como la del artículo 498 del Código de Comercio, que figura en todas las pólizas de seguros de vida, y en virtud de las cual se establece que las controversias jurídicas entre el asegurado y la compañía deben ser sometidas a juicio de peritos, juicio que en algunos casos, y de acuerdo con la jurisprudencia, puede prevalecer aun sobre la opinión de los mismos jueces. Me ha tocado, precisamente, intervenir en uno de estos peritajes, de cierta importancia, no solamente por los intereses en juego, sino también por la calidad de los peritos que he tenido que enfrentar, y he tenido el honor y la satisfacción de ver aceptadas ampliamente mis conclusiones periciales, no solamente en primera instancia, sino también en segunda instancia.

La medicina del seguro no se aplica a todas las formas de seguros que existen. En ese sentido nos conviene recordar en este momento que los seguros se dividen de una manera general, en dos tipos: los seguros sociales, y los seguros privados.

Los seguros sociales tienen por rasgo característico el estar inspirados en principios de política social, cuya finalidad es crear medios de previsión pública para salvaguardar a las clases económicamente débiles contra ciertos acontecimientos o contingencias que las invalidan o incapacitan corporalmente. Otro rasgo característico de estos seguros, pero de un valor relativo, es el de la obligatoriedad; pero eso ocurre en algunos países; en el nuestro, no.

Los seguros privados tienen por rasgo característico el de la libre estipulación, lo que también es relativo, ya que en algunos países existe también cierta obligatoriedad con respecto de los seguros privados.

Los seguros sociales comprenden, de una manera general,

los seguros de accidentes del trabajo, de enfermedades profesionales, los seguros de vejez e invalidez, etc.

Los seguros privados comprenden a su vez, de una manera general, los seguros personales o de personas, los seguros reales o de cosas concretas, y los seguros patrimoniales o de valores abstractos.

Los seguros personales o de personas, comprenden: los seguros de vida, de accidentes en general, y los seguros de vejez e invalidez.

Los seguros reales, o de cosas concretas, comprenden: los seguros de transportes, los seguros contra incendio, los seguros contra granizo, los seguros de ganado (estos dos últimos forman los seguros agrícolas), y algunas otras ramas menores del seguro, como ser los seguros contra robo, los seguros de lluvia y sequía, los seguros de cristales, los seguros de máquinas, de útiles diversos, etc.

En cuanto a los seguros patrimoniales, o de valores abstractos, comprenden los de responsabilidad civil, los seguros de créditos y los reaseguros, esto es, el seguro de los seguros.

Entre los seguros patrimoniales o de valores abstractos, hay uno, el de responsabilidad civil, que tiene un particular interés para nosotros, los médicos. Felizmente vivimos todavía aquí en el mejor de los mundos con respecto de ciertas contingencias profesionales. Pero en otras partes los médicos se ven frecuentemente enjuiciados por daños y perjuicios cometidos en el ejercicio de la profesión, por cuyo motivo se aseguran contra ese riesgo, tomando un seguro de responsabilidad civil.

La medicina del seguro, la asfalología médica, no se aplica a todas las formas de seguro que existen, sino solamente a los seguros personales, tanto de los sociales como de los privados.

Yo no me voy a ocupar en esta oportunidad de la medicina de los seguros sociales; ello no tendría ningún objeto, porque esto es ya una cuestión corrientemente estudiada en Medicina Legal. No me voy a ocupar tampoco de todas las formas de seguros privados personales que existen, sino solamente de la medicina de los seguros de vida. Creo que esta rama es la menos conocida por nosotros y la que tiene un interés más inmediato para nosotros los médicos legistas.

Aceptado —así lo espero por lo menos— el carácter pe-ricial de la tarea ordinaria de los médicos de seguros, veamos ahora en qué consiste, especialmente en el caso de los seguros de vida.

Esta tarea consiste fundamentalmente en la calificación de los riesgos y en la clasificación de los postulantes. Esta tarea fué relativamente sencilla en la época en que las Compañías sólo aceptaban seguros de riesgo normal. Pero en la actualidad esta tarea se ha hecho muy complicada y difícil, porque las Compañías aceptan también seguros de riesgo anormal o tarado. Y esta calificación ya reclama conocimientos especiales y la aplicación de ciertos procedimientos técnicos especiales. En un principio, el criterio prevaleciente en la calificación de los riesgos, fué el criterio exclusivamente clínico. Pero ulteriormente el criterio clínico fué desplazado por el criterio estadístico. Y en la actualidad predomina un criterio mixto: clínico y estadístico a la vez.

No voy a detenerme para destacar la importancia que tiene la estadística, no sólo para la medicina del seguro, y los seguros en general, sino también para la medicina en general. Bastará con que diga hoy que la estadística es el eje alrededor del cual giran todos los seguros y toda la medicina del seguro, pudiendo decirse que todo el progreso, todo el enorme desarrollo alcanzado en la actualidad por los

seguros, lo mismo que los alcanzados por la medicina asfalológica, se deben precisamente al aprovechamiento de las observaciones y de las enseñanzas de la experiencia estadística.

Para la calificación de los riesgos y la clasificación de los postulantes, las compañías tienen a su servicio dos clases de médicos: los médicos examinadores, o médicos de confianza; y los médicos seleccionadores, o médicos revisores.

Los médicos examinadores, o médicos de confianza, examinan a los candidatos, y los médicos seleccionadores o médicos revisores, examinan los informes presentados por los médicos examinadores o de confianza.

Si bien la calificación de los riesgos y la clasificación de los postulantes es obra de los médicos seleccionadores o revisores, no se puede decir que la tarea de los médicos de confianza, carezca de importancia. Por el contrario: de la competencia, de la honestidad, de la seriedad del médico de confianza, de la exactitud de sus informes, depende en gran parte la calificación de los riesgos y la clasificación de los postulantes. Así lo han comprendido las Compañías de Seguros, y en muchos países las Compañías no sólo fichan a los asegurados, sino también a sus médicos examinadores, o de confianza. Cada médico tiene su ficha, en la que se anota cada seguro que se hace por su intermedio. Cuando muere el asegurado, se examina y se controla la exactitud del informe hecho por el médico, y la exactitud de su diagnóstico y pronóstico. Esta es una manera de controlar y seleccionar no sólo a los asegurados, sino también a los médicos que tienen a su servicio las Compañías.

A los efectos de la calificación de los riesgos, los seguros y los asegurados, se dividen en dos grandes tipos: los seguros de riesgo normal, y los seguros de riesgo anormal.

Los seguros de riesgo normal son los que en el examen

del estado actual de la salud y de las condiciones internas, o corporales, o personales, y de las condiciones externas, o ambientales, del individuo, revelan que tiene una probabilidad de vida que concuerda con las tablas de la mortalidad normal.

Los riesgos anormales se dividen, a su vez, en dos tipos: los riesgos anormales acomodados, o adaptados, y los riesgos anormales tarados, o agravados.

Los seguros de riesgo acomodado, o adaptado, son aquellos en que el examen del estado de salud del candidato, y el de sus condiciones generales y especiales, revelan una pequeña inferioridad, un pequeño aumento en la mortalidad, pero que puede ser compensado mediante un pequeño recargo en las primas, y de esta manera ser adaptado o acomodado todavía dentro de los seguros de riesgo normal.

Los seguros de riesgo anormal tarado, o agravado, ya son aquéllos en los que el examen del estado de salud y de las condiciones generales y especiales del candidato, revelan, un aumento de la mortalidad que excede los límites de tolerancia de las tablas de mortalidad normal.

En un principio las Compañías sólo aceptaban los seguros de riesgo normal. Actualmente las Compañías aceptan también los seguros de riesgo anormal, tarado o agravado.

Para hacer la calificación de los riesgos y la clasificación de los postulantes, deben los médicos asfolólogos, examinar los siguientes elementos, factores, o condiciones que intervienen, influyen y se combinan en la determinación del azar de cada riesgo. Estas condiciones o factores, se dividen en condiciones generales y en condiciones especiales. Las condiciones generales se dividen a su vez en condiciones internas, corporales o personales, y en condiciones externas, o ambientales.

Las condiciones generales internas, o corporales, o per-

sonales, son en primer término, la edad, y además: los antecedentes hereditarios o familiares, la constitución física, morfológica principalmente, los antecedentes personales, y el sexo.

Las condiciones generales externas, o ambientales, son: la ocupación, oficio o profesión del sujeto, lugar de residencia, los hábitos de vida, (si usa o no alcohol, tabaco, drogas, etc.), y la posición social.

Entre las condiciones generales hay una, todavía, que también debe ser examinada, porque es un elemento de juicio importante, en la calificación de los riesgos: es el riesgo moral, o subjetivo, como se lo llama también. Consiste en examinar los antecedentes de moralidad personal y familiar del sujeto; en ver si tiene un interés especulativo en el seguro, y si hay relación entre el capital asegurado y la capacidad financiera del sujeto.

En cuanto a las condiciones especiales, o factores especiales, se refieren principalmente a las taras, anomalías y enfermedades que puede presentar el estado actual del sujeto y sus antecedentes personales, principalmente.

Yo no me voy a detener en el estudio detallado de cada uno de estos elementos de juicio que deben ser examinados a pesar de que hay en ellos observaciones y enseñanzas recogidas por la experiencia clínica y estadística de las Compañías, que son de gran interés no sólo para la medicina del seguro, sino también para la medicina y la ciencia en general. Eso me llevaría tiempo, y prefiero dedicarlo a aspectos de un interés más inmediato para nosotros. Me refiero a los distintos métodos, o procedimientos técnicos, para la calificación de los riesgos, especialmente de los riesgos tarados, que existen.

Ya se ha dicho que en un principio las Compañías sólo aceptaban seguros de riesgo normal y que rechazaban invariablemente los de riesgo anormal o tarado. Esta manera de

operar de las Compañías limitaba, naturalmente, de una manera extraordinaria, sus actividades comerciales, por una parte, y por la otra, los beneficios del seguro, puesto que excluía una enorme cantidad de postulantes tarados, por condiciones o anomalías especiales. Como esta manera de operar no satisfacía ni los intereses comerciales de las Compañías, ni tampoco los intereses médicos y sociales de los seguros, fué poco a poco imponiéndose en la técnica del seguro, la actual orientación sobre los seguros de riesgo tarado, orientación que se impuso gracias a los progresos logrados en la medicina asfolológica, y sobre todo por la aplicación de ciertos procedimientos técnicos especialmente ideados para la calificación de los riesgos tarados.

Como los casos rechazados por exceder los límites de la mortalidad normal, no presentan una sobremortalidad homogéneamente superior, sino que esa sobremortalidad varía de grado, de número y de forma, según las taras y según la distinta evolución de cada una de estas taras, fueron formándose, poco a poco, una serie de grupos, que aunque distintos entre ellos, presentan una sobremortalidad media, constante e igual para cada uno de ellos.

La tarea de los médicos asfolólogos en la calificación de los riesgos y en la clasificación de los postulantes no consiste en un diagnóstico y pronóstico de cada caso aislado; el objeto de la calificación de los riesgos es solamente determinar a qué grupo de sobremortalidad o mortalidad media corresponde el caso, para poder así incluirlo en el grupo pertinente. Esta es la verdadera tarea de los médicos del seguro, principalmente de los médicos seleccionadores, o revisores. Una vez que han cumplido esta tarea, cesa en realidad para ellos toda otra intervención, porque ya pasa la calificación médica a los actuarios, los que hacen a su vez la calificación actuarial

o técnica del seguro, para tarificarlo, financiarlo, de acuerdo con la sobremortalidad del caso y el plan del seguro elegido por el solicitante.

Los procedimientos que existen para hacer esta calificación de los riesgos y esta clasificación de los postulantes, son principalmente tres: el método primitivo; el método numérico, o "numerical method", o método estadístico —como ha propuesto llamarlo últimamente uno de sus creadores, el doctor Rogers—, que es el método empleado por la escuela médico-asfalológica norteamericana; y por último, el método combinado, o clínico-estadístico actual de la escuela médico-asfalológica europea, o alemana, representada principalmente por el doctor Joseph Sturm, —director médico de una de las compañías de reaseguros más grandes del mundo, la "Munich"—, a quien tuvimos el gusto de escuchar en esta Facultad el año 1937.

El método primitivo es el más antiguo. Es un método que tiene una base esencialmente clínica, empírica; no tiene ninguna base científica, ni sistemática para avaluar cada uno de los diversos factores que influyen y se combinan en la determinación del riesgo. En este método, el médico se limita a expresar al pie del informe si considera al seguro como óptimo, bueno, mediocre, o malo. Este es un método que sólo puede ser aplicado en aquellas Compañías que aceptan únicamente riesgos normales, salvo que por excepción acepten algún caso aislado de riesgo tarado. Pero en las Compañías que operan en gran escala con riesgos tarados, no tiene aplicación posible; su uso se prestaría a muchas arbitrariedades; una de ellas sería que un mismo riesgo podría ser calificado de distinta manera por los mismos médicos de la misma Compañía.

El otro método, es el numérico, o "numerical method", de Rogers y Hunter. Es el seguido por la escuela médico-as-



falológica norteamericana y empleado por todas las compañías estadounidenses de seguros. Es un método que, por otra parte, se ha extendido a todas las partes del mundo. Fué ideado por el doctor Oscar Rogers, Médico Director de la "New York Life Insurance Co.", y por el Actuario jefe y vicepresidente de la misma Compañía, Mr. Arthur Hunter. Este método ya lleva su medio siglo de aplicación, y su creación marca una etapa importante en la evolución histórica de los seguros. Puede decirse que el desarrollo actual de los seguros y los progresos de la medicina asfalológica, se deben a la aplicación de este método numérico en la calificación de los riesgos.

Este método tiene una base antropométrica, clínica, estadística y matemática, y consiste fundamentalmente en avaluar mediante una determinada puntuación, cada uno de los diversos factores que intervienen, influyen y se combinan en la determinación del azar de cada riesgo. De acuerdo con sus creadores, el Doctor Rogers, y Míster Hunter, los factores o elementos de juicio que principalmente intervienen en el azar de un riesgo son, por lo menos, nueve.

Estos factores son: la constitución física del candidato, representada por la relación que existe entre el peso, la talla y la edad del sujeto, por una parte, y la circunferencia abdominal y la circunferencia torácica en su expansión inspiratoria máxima, por la otra; el segundo factor está constituido por los antecedentes familiares, especialmente la edad y la causa de la muerte de los antecesores más inmediatos. El tercer factor, los antecedentes personales. El cuarto, la ocupación. El quinto, los hábitos del sujeto. El sexto, el estado actual del sujeto. El séptimo, el lugar de residencia. El octavo, el riesgo moral. Y, finalmente el noveno factor, el plan del seguro.

En los seguros normales, el riesgo común tiene una espectación de la mortalidad representada por un porcentaje dado. A este porcentaje standard que le corresponde al riesgo común, se lo considera como el 100 % de la mortalidad. Quiere decir que si un grupo de personas sanas tiene por su edad un 2 % de mortalidad, ese 2 % es el 100 % de la mortalidad normal. Ahora, si ese 2 % llega a aumentarse por cualquier circunstancia, o influencia de algún factor, al 4 %, por ejemplo, se considera que ese aumento de mortalidad, o de sobremortalidad, exactamente el doble en este caso, representa una sobremortalidad del 200 %. Y si aumenta al 6 %, es decir, tres veces, es que hay un 300 % de aumento. Y si llega a haber 10 % de aumento, en lugar de 2 %, es decir, cinco veces la mortalidad normal, es que hay una sobremortalidad del 500 %. Esto se comprenderá mejor con un ejemplo vulgar: cuando un individuo gana con \$ 100.—, otros \$ 100.—, es que gana el 100 %; si gana el doble, gana el 200 %; y si gana \$ 500.—, o sea, cinco veces más, es porque gana un 500 %. Este mismo criterio se aplica al concepto de la sobremortalidad.

El primer paso en la calificación de los riesgos mediante el método numérico, consiste en avaluar la sobremortalidad que le corresponde a cada uno de los factores que intervienen en la determinación del riesgo. El segundo consiste en debitar tantos puntos a cada factor, como porcentaje de sobremortalidad representa.

Un ejemplo nos va a ilustrar mucho mejor que muchas explicaciones, la manera como se hace la calificación numérica del riesgo, mediante el método numérico de Rogers y Hunter.

Supongamos el siguiente caso que se presenta para un seguro de vida de veinte años, de pagos limitados. Se trata de un empleado de Banco, un sujeto en quien el examen de la

constitución física revela un sobrepeso de 30 %; que en sus antecedentes personales registra un ataque de reumatismo gotoso ocurrido dos años antes. Sus antecedentes familiares revelan que sus padres son sanos, longevos, y que sus hermanos también son sanos. La ocupación del sujeto, empleado de Banco, no ofrece inconveniente. Como riesgo moral, no hay antecedentes malos. El lugar de residencia tampoco es desfavorable; no reside en un clima tropical, en cuyo caso sí correspondería un recargo, como se hace cuando se trata de seguros de residentes en regiones tropicales. El plan del seguro, por otra parte, es un plan que no revela ningún interés especulativo, es a largos plazos, y de pagos limitados.

Veamos como se hace la calificación mediante el método numérico de Rogers y Hunter. Ya hemos dicho que todo riesgo tiene una calificación básica del 100 %, que le corresponde naturalmente por la edad; de manera que ya le debíamos como calificación básica a este riesgo, un 100 %; o sea cien puntos. (Véase Cuadro N° 1). Hemos dicho que en este caso el sujeto tenía un sobre-peso del 30 %: en realidad tiene

CUADRO N° 1

Calificación básica	100 %	
Constitución física	20 %	
Antecedentes personales	—	 10 %
Ocupación	75 %	
Estado actual	— %	 10 %
Lugar de residencia (clima) ..	—	—
Riesgo moral	—	—
Plan del seguro	—	—
Califican del riesgo	—	—
	— %	 10 %
	195 %	30=165

un exceso de peso comparado a su talla y a su edad; este 30 % de sobre-peso significa, de acuerdo con las tablas especialmente elaboradas por las Compañías, sobre la base de su experiencia estadística, un aumento del riesgo que es avaluado en un 20 %; eso significa para el sujeto un 20 % de sobremortalidad, que se lo debitamos en esta especie de cuenta que se abre en cada calificación. En los antecedentes familiares hemos visto que este sujeto tiene a los padres vivos y longevos, y ésto, de acuerdo con la experiencia estadística de las Compañías, significa una disminución del riesgo que éstas avalúan también en un 10 %. Todo esto es hecho sobre la base de tablas elaboradas con la experiencia estadística y clínica de las Compañías. El hecho de tener padres sanos y longevos, significa una disminución del riesgo avaluado en un 10 %, que lo acreditamos en esta cuenta ya abierta, y lo restamos así de la calificación básica del 100 %. Observando los antecedentes personales, se constata que dos años antes el candidato ha tenido un ataque de reumatismo gotoso. Eso, de acuerdo con la experiencia estadística de las compañías y de las tablas especialmente elaboradas para estos casos, significa para este sujeto, una sobremortalidad avaluada en un 75 %; en consecuencia, se lo debitamos. Veamos la ocupación del sujeto: ya hemos dicho que se trata de un empleado de Banco; por consiguiente hay una disminución de riesgos —en todo caso si existe riesgo será para el Banco— pero para la compañía aseguradora significa disminución— que las compañías avalúan, siempre sobre la base de sus experiencias estadísticas, en un 10 %, que le acreditamos en su cuenta, es decir, restamos diez puntos de la calificación básica. Los hábitos del sujeto, son buenos; pero las compañías no acreditan nada por los hábitos buenos, y en cambio debitan los malos. Proceden en eso como el común de la gente: sólo

cuentan lo malo y no cuentan para nada lo bueno. Los hábitos, pues, son buenos: no se debita ni acredita nada. El estado actual del sujeto no revela fallas de ninguna especie al examen. El lugar de residencia: el sujeto no vive en una región tropical; no corresponde debitarle nada, pues no hay aumento de mortalidad por este concepto. El riesgo moral: no existe tampoco. El plan del seguro revela que no hay un interés especulativo: es un seguro a largos plazos y de pagos limitados, y todo ello, de acuerdo con la experiencia estadística de las compañías, significa una disminución de riesgo que avalúan en un 10 %, lo que le acreditamos restando otros 10 puntos de la calificación básica.

Haciendo la suma de los porcentajes o puntos debitados, y de los acreditados, nos encontramos con: + 195
— 30

lo que hace un total de + 165, y en consecuencia la calificación numérica de este riesgo sería de 165 %, lo que significa que debe ser garantizado por una póliza que tenga recargos en las primas, suficientes para garantizar una sobremortalidad del 165 % sobre la normal.

La calificación de los riesgos, según este método, no es tan simple como en este ejemplo esquemático. Muchas calificaciones hechas mediante este método ocasionan más de un dolor de cabeza aun a los médicos más experimentados. Por otra parte, no siempre se encuentran los médicos con casos en los que hay taras simples, como en este, sino ante taras múltiples o combinadas; ya ahí las cosas cambian de aspecto porque la calificación de las taras múltiples o combinadas no es nunca igual a la suma de las taras simples. Cuando un sujeto tiene combinada una albuminuria con hipertensión arterial, la calificación numérica de esta tara múltiple o combi-

nada no es lo mismo que la suma de las dos taras parciales.

Las Compañías, sobre la base de su experiencia clínica y estadística, han hecho también las tablas correspondientes para la calificación de cierto número de taras múltiples o combinadas, tanto para las que acabo de mencionar, como para los casos de afecciones cardíacas y antecedentes de reumatismo articular; sobrepeso y asma; sobrepeso e hipertensión arterial; etc.

Uno de los elementos más difíciles para la calificación de los riesgos, es la calificación del estado actual y de los antecedentes personales. Es precisamente alrededor de la calificación de estos dos factores que comienza, no diré la disidencia, sino la divergencia de criterio entre la escuela médico-asfalológica norteamericana, y la escuela médico-asfalológica europea, o alemana. Los médicos asfalólogos norteamericanos califican el estado actual y los antecedentes personales, por enfermedad, y tienen a tal efecto elaboradas las tablas correspondientes de la sobremortalidad que corresponde a cada una de las enfermedades. En cambio, en la escuela médico-asfalológica europea no se hace la calificación por enfermedad, sino por las modalidades individuales de evolución que tiene cada una de las taras. En esa forma, estudiando cada caso aislado y sumándolo a los casos similares, se ha podido llegar a expresar también en las tablas la sobremortalidad que corresponde a una cantidad de taras, cada vez más numerosas, y también cada vez más graves.

Con este método combinado, clínico - estadístico, de la escuela médico-asfalológica europea, en realidad la clínica ha vuelto a sus fueros, después de haber sido desplazada por el criterio estadístico predominante en la escuela médico-asfalológica norteamericana. Se ha llegado así a armonizar las más

modernas nociones de la clínica, con las enseñanzas más completas de la experiencia estadística.

Gracias al empleo de estos procedimientos y combinando el método numérico para la calificación de ciertos factores, con el método clínico-estadístico para hacer las calificaciones, especialmente del estado actual y de los antecedentes personales, se ha podido extender los beneficios del seguro a una cantidad de postulantes tarados por anomalías y enfermedades cada vez más numerosas y graves. En la actualidad, las Compañías aceptan riesgos tarados por antecedentes de tuberculosis pulmonar, por afecciones cardíacas y vasculares; por hipertensión, diabéticos, sujetos operados de tumores malignos, como ser cáncer y sarcoma; sujetos operados de úlceras gástricas y duodenales; sujetos enfermos de parálisis general progresiva que han sido malarizados, etc.

Gracias a la combinación de los dos métodos, las Compañías han podido expandir sus actividades comerciales, y adoptar formas de seguros cada vez más audaces, generosas y amplias. En un principio, por ejemplo, las Compañías aceptaban los seguros de vidas taradas, sólo por sumas importantes. Ahora, últimamente, aceptan también los seguros de vidas o riesgos tarados, sin examen previo, y por sumas modestas. Y eso lo han hecho precisamente, para extender los beneficios del seguro al mayor número posible de vidas taradas, que son generalmente las que más necesitan del seguro. En estos casos se ha suprimido el examen clínico previo y se lo ha reemplazado por formularios —que contienen una serie de preguntas redactadas en forma sencilla y minuciosa—, que son llenados por el mismo candidato; estos formularios son suficientes para que el médico de la Compañía se dé cuenta de las taras y antecedentes del sujeto, y sobre la base de las respuestas hechas por los propios interesados, hacen los médicos la califi-

cación que pasa luego al actuario para que éste haga los recargos en las primas que correspondan por la sobremortalidad y por el plan de seguro solicitado.

Las Compañías de seguros no han parado ahí en sus actividades. En los últimos años las Compañías han organizado también los llamados Servicios de Sanidad, cuya finalidad es salvaguardar la salud de los asegurados, mediante exámenes periódicos, tratamientos y préstamos en dinero para ayudarlos a someterse a operaciones si las necesitan, o para permanecer en estaciones climáticas. Estos Servicios de Sanidad existen ya en la mayoría de las Compañías norteamericanas, y en muchas europeas y asiáticas. Las Compañías gastan sumas fabulosas en el mantenimiento de sus servicios de sanidad. Pero la experiencia comercial y estadística ha revelado para el caso de las Compañías de Estados Unidos, que por cada dolar que gastan recuperan en realidad dos.

Este tipo de actividad de las Compañías aseguradoras entroncan ya con las actividades médicas, sanitarias y sociales del Estado, a quien favorecen indirectamente, así como al público en general.

Estos son a grandes rasgos los problemas más importantes que registra la Medicina del Seguro, especialmente la de seguros de vida, que, naturalmente, los médicos deben conocer en detalle, para poder actuar con eficiencia como peritos privados ante las Compañías, o como peritos propiamente dichos ante los Jueces, cuando los seguros y los asegurados son sometidos a la acción judicial.

Lamento no poder entrar en otros detalles. El tiempo de una hora no es suficiente para ello. Las cuestiones que se presentan en la Medicina Asfalológica son sumamente complicadas, y no es tarea fácil ni siquiera recoger en ella un puñado de cosas elementales y traerlas, como lo he hecho yo en esta disertación. He dicho.

CAPITULO IX

**COLUMNA VERTEBRAL Y ACCIDENTES
DEL TRABAJO**

COLUMNA VERTEBRAL Y ACCIDENTES DEL TRABAJO

Por el Dr. ALBERTO RODRIGUEZ EGAÑA

Profesor adjunto de Patología Quirúrgica. Auxiliar de Enseñanza de Traumatología para Médicos Legistas. Cátedra del Prof. Dr. Nerio Rojas Cirujano del Hospital Parmenio Piñero

Antes que nada deseo dejar constancia de mi agradecimiento al profesor Nerio Rojas, quien al invitarme a colaborar en este ciclo de conferencias sobre “Medicina del Seguro y del Trabajo” por él organizado; me ha brindado junto con esta tribuna —testigo de sus éxitos docentes— una magnífica oportunidad de dirigirme a un auditorio de cuya calificación es exponente, el volumen científico y la capacidad docente de los que la han ocupado antes y de los que han de ocuparla después que yo.

Es regla casi invariable, que la calidad del auditorio está siempre de acuerdo con la autoridad del que expone, y si en el caso de esta noche —que lógicamente debiera ser la excepción que la justifica— ella se repite una vez más, no ha de ser seguramente porque yo reúna los requisitos que ella exige.

La elección del tema: “columna vertebral y accidentes del trabajo” además de que él ha sido siempre caro a mis inquietudes científicas y de que pueda tratarlo en base a una experiencia de varios años de práctica hospitalaria en ese interesante capítulo de la patología ósea y articular, se debe

en especial y sobre todo a la importancia práctica que él tiene en lo que atañe a la función del médico como asesor de la justicia.

Esa importancia es manifiesta, y a ella contribuyen varios factores, de los cuales los principales son:

- 1º Frecuencia con que el médico perito se ve abocado a resolver situaciones de incapacidad por accidente de trabajo, en las que la columna vertebral es ocasión o es causa.

A este respecto ilustra una estadística de los tres últimos años de la Oficina de Médicos de los Tribunales de la que formo parte; en la que sobre 708 accidentes de trabajo que han ido a examen radiográfico, 68 lo eran de la columna vertebral, lo que da una proporción de 10,39 %.

- 2º Frecuencia con que cirujanos, traumatólogos, ortopedistas y aun médicos generales, tienen que hacer con situaciones de algias lumbares, ciáticas o isquiáticas, que dependen casi siempre de lesiones de la columna lumbar.

- 3º Transformación que la utilización de los Rayos X y el mejoramiento de la técnica radiográfica, ha impuesto al concepto etio-patogénico de las lesiones de la columna, en lo que se refiere a los síndromes dolorosos del plexo lumbo-sacro.

Vosotros sabéis como yo, que el reinado de la cía-tica y del lumbago esencial o idiopático empezó a declinar desde las postrimerías del siglo próximo pasado, para ceder el sitio, en el primer decenio del que vivimos, al del lumbago y de la ciática sintomática de

las lesiones de la columna. Y sabéis también que esa transformación ha sido producida sobre todo, por el estudio anátomo-patológico hecho "in vivo" por la radiografía.

4º Complejidad del conjunto anátomo-fisiológico que constituye la columna vertebral con sus 24 componentes, desde el Atlas a la Quinta lumbar inclusive. Complejidad que además de serlo del conjunto, lo es también de cada una de las piezas que lo forman. Para darse exacta cuenta de ello, basta pensar que cada vértebra está constituida por: un cuerpo, dos pedículos, dos láminas, dos apófisis transversas, una apófisis espinosa y cuatro apófisis articulares, como elementos óseos y que ellas están unidas entre sí por tres articulaciones: una anterior, la intersomática con su elementos intermediario, el disco intervertebral y dos posteriores: las invertebrales o apofisiarias.

5º Dificultad del diagnóstico clínico y radiográfico de la columna, para lo que se requiere gran sentido crítico y gran experiencia clínica y dificultad de adaptar la sintomatología, casi siempre subjetiva acusada por los enfermos a las comprobaciones radiográficas.

El tema a tratar es de una amplitud extraordinaria y como tal es difícil poder abarcarlo en su totalidad dentro de las exigencias de horario de una conferencia magistral.

Podéis tener una idea de su amplitud, con sólo leer el cuadro que transcribo a continuación, que corresponde a la clasificación publicada por Fitte en su relato al IX Congreso Argentino de Cirugía, hecha sobre el patrón de la de Fumagalli de 1930 aparecida en "Archivio di Ortopedia" y de la pre-radiológica de Kocher de 1896.

TRAUMATISMOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Traumatismo de la columna sin lesión nerviosa.

Distorciones.
Luxaciones sin fracturas.

FRACTURAS PARCIALES

- a) Fractura de las apófisis espinosas.
- b) Fractura de las láminas y pedículos.
- c) Fractura de las apófisis articulares.
- d) Fractura de las apófisis transversas.
- e) Fracturas aisladas del cuerpo vertebral.

FRACTURAS TOTALES

- a) sin desplazamiento fragmentario, oblicuas y por aplastamiento.
- b) con desplazamiento fragmentario.
 - Anterior
 - Lateral
 - Posterior
- c) con luxación
 - Anterior
 - Lateral
 - Posterior

Traumatismos de la columna con lesiones nerviosas concomitantes.
Traumatismos expuestos de la columna.

A ella es necesario agregar todavía todas las posibles lesiones con aspecto médico legal discutible en las que el trauma interviene como factor ocasional para producir o agravar lesiones articulares u óseas de importancia, que nos interesan especialmente desde nuestro punto de vista y en las cuales el nexo de causalidad entre trauma y lesión, es, ha sido y posiblemente seguirá siendo motivo de polémicas inagotables.

Trataremos, pues, el tema en forma incompleta dejando de lado todas las lesiones groseras de los cuerpos vertebrales, sean fracturas con desplazamiento o sin él, sean luxaciones; las que por su magnitud no se prestan a dudas de ningún género con respecto a su origen traumático; así como las consecuencias de orden nervioso que de ellas puedan derivarse.

Nos ocuparemos en cambio especialmente, de las fractu-

ras parciales o parcelares, en especial: las de las apófisis transversas, que son las más frecuentes; de la espondilitis traumática, tipo Klümmell-Verneuil, en la que el nexo de causalidad entre trauma y accidente se presta a discusión por estar éste siempre cronológicamente a distancia de aquél y por fin todas las lesiones por trauma único o por trauma repetido en las que la causalidad es discutible, a saber:

La espondilosis osteofítica con sus dos variedades: la lumbartria de Leri y la dorsartria de Tissier, los distintos tipos de heteromorfismo regional, en especial la debatida cuestión de la sacralización de la quinta lumbar, las alteraciones del "tropismo regional" de las articulaciones apofisiarias y sus lesiones de artrismo (artritis apofisiarias de Putti), algunas lesiones de orden congénito en las que el trauma puede haber actuado como factor agravante: como las raquisquisis y las espondilolisis con su consecuencia la espondilolistesis y por fin las lesiones del disco intervertebral, para terminar con algunas consideraciones de orden médicolegal sobre cada una de ellas.

Como veis a pesar del desmembramiento, el programa es todavía amplio, trataremos de cumplirlo sin abusar de vuestra paciencia.

Las fracturas aisladas de las apófisis espinosas, son de una frecuencia muy relativa; personalmente he tenido oportunidad de observar una sola, de la quinta lumbar, en la que debí actuar como médico perito. Fitte en su relato al IX Con-

greso, dice haber observado tan sólo dos, una de la cuarta cervical y otra de la segunda lumbar. Wagner y Stolper sobre 125 fracturas de la columna cervical, ha encontrado 10, y sobre 500 del segmento dorso-lumbar tan sólo 7. Fumagalli en su artículo del 1930 ya citado, ha conseguido reunir 4 observaciones solamente.

Ellas se producen de predilección en la columna cervical, en especial en las apófisis correspondientes a la sexta o séptima o en la primera dorsal, más raramente en la región dorsal, y excepcionalmente en la región lumbar.

El mecanismo invocado para explicar estas fracturas, son dos: el directo, por choque sobre la apófisis lesionada, y el indirecto, por acción muscular. El segundo mecanismo se produciría, sea por choque de la porción distal de una apófisis espinosa sobre la que está directamente por debajo, en un movimiento de hiperextensión brusca de la columna, o por acción muscular, como se ha observado a veces a causa de la contracción brusca y exagerada de los músculos romboide y trapecio, en especial.

La frecuencia de las fracturas de la espinosa de la séptima cervical que se observa sobre todo en los trabajadores manuales que tienen que ejecutar movimientos bruscos de lanzamiento del brazo derecho (cavadores, peones carreteros, poceros), ha hecho que los alemanes designen a este tipo de lesión con el nombre de Schleuderbruch, porque el movimiento ejecutado es semejante al del lanzamiento de la honda (de ahí el nombre).

En nuestra observación la fractura se produjo por contusión directa debida a la caída de unas bolsas sobre la espalda del sujeto, que estaba en posición de flexión de la columna.

El diagnóstico clínico la mayoría de las veces es imposible, él se hace siempre por el radiograma, en especial cuando

se ve al lesionado a distancia del trauma originario. La incidencia más útil para tener la certidumbre del diagnóstico es la de perfil.

El traumatismo es en general manifiesto, sea cualquiera el mecanismo que actúe y no caben dudas en la mayoría de las observaciones en cuanto al factor causal, razón por la cual no nos extenderemos en consideraciones a ese respecto.

Las fracturas aisladas de las apófisis transversas son, por mucho, más frecuentes que las anteriores. Nosotros hemos tenido oportunidad de observar varias, sea en las consultas hospitalarias, sea en nuestra oficina de Tribunales actuando en calidad de peritos.

Desde que se hacen sistemáticamente exámenes radiográficos a todos los traumatizados de columna de cierta importancia, las observaciones se han multiplicado en forma evidente, y actualmente en contradicción con lo que sucedía en la era preradiográfica, en que se tenían por raras; hoy se puede decir que ellas son de una gran frecuencia.

Entre nosotros Fitte en su relato ya citado y en comunicaciones a la Sociedad de Cirugía ha podido coleccionar 41 observaciones, 37 unilaterales y 4 bilaterales, con un total de 86 fracturas. La estadística de Chavannaz del año 1929, en un estudio muy completo sobre el tema ha conseguido recopilar 128 observaciones publicadas en toda la literatura médica mundial.

Ellas son especialmente frecuentes en la región lumbar, contribuye a ello disposiciones anatómicas especiales.

El mecanismo de producción de estas fracturas apofisarias ha sido motivo de controversias, que aun no han termi-

nado. Hay dos teorías que todavía permanecen de pie, a saber: la de la acción indirecta por contractura muscular y la de la acción directa.

El primer mecanismo es seguramente el que interviene con mayor frecuencia y por ello conviene conocer cuáles pueden ser los músculos que actúan para producirlas.

Los músculos que toman inserción sobre estas apófisis son numerosos y extendidos a toda la columna, a saber: el ileo-costal, el dorsal largo, los transversarios espinosos y los intertransversarios; ellos ocupan toda la columna, son por lo tanto comunes a los segmentos cervical, dorsal y lumbar. En esta última región se agregan dos músculos más, uno de ellos muy poderoso; el psoas-iliaco y el cuadrado de los lomos; lo que explicaría en parte dada la potencia del primero, el porqué de la mayor frecuencia de la lesión en el segmento lumbar.

En la región cervical, los procesos laterales de las vértebras no tienen mayor desarrollo y la acción muscular con un brazo de palanca menor es menos eficaz, de donde las lesiones son raras. En la región dorsal las apófisis transversas están articuladas con las costillas y en consecuencia parcialmente protegidas por éstas contra las acciones vulnerantes directas.

La forma de producirse el traumatismo, es capaz casi siempre de indicar cual es el mecanismo de producción.

La sintomatología de las fracturas de las apófisis transversas, varía de acuerdo con el momento en que se efectúa el examen.

El dolor es siempre un signo inmediato y limita los movimientos de la columna y la marcha, obligando a los lesionados a buscar el reposo. Al examen se comprueba una limitación de la movilidad activa de la columna en su segmento lumbar, con contractura muscular de grado variable. Los puntos dolorosos a la palpación corresponden a la localización

lateral de las apófisis y son siempre laterales o paramedianos con relación a la línea de las espinosas.

En general desde los primeros momentos, o mejor aun, desde el 2º ó 3º día de producida la lesión, aparece un signo clínico de gran importancia: es el signo de Arnaud, que consiste en un dolor que se despierta provocando la contracción del psoas, lo que se consigue oponiendo una resistencia al muslo del enfermo cuando éste trata de levantarlo estando en posición de cúbito dorsal. A veces aparecen parestesias en la región lumbar por irritación de las raíces nerviosas.

El radiograma es como siempre en todas las lesiones traumáticas de la columna, el único elemento de juicio indiscutible y en especial cuando se ven los enfermos a distancia del accidente originario. Es el único capaz de hacer formular un diagnóstico de certidumbre. La incidencia mejor para el diagnóstico es la de frente.

En los casos de contusión directa el nexo de causalidad con el accidente no se presta a discusiones en una buena mayoría de lesionados; tan sólo en los casos de acción indirecta por contractura muscular pueden suscitarse algunas dudas, las que pueden ser aclaradas si se tiene cuidado de hacer un interrogatorio cuidadoso, haciendo especificar bien al lesionado las circunstancias en qué se ha producido el accidente.

Voy a ocuparme ahora con algún detenimiento de una afección cuyo origen traumático está hoy ya perfectamente establecido y que, en consecuencia, tiene gran importancia para el médico perito, el que debe conocerla bien, so pena de cometer errores en perjuicio del trabajador y si quiere poner a salvo de críticas su prestigio profesional: me refiero a la

lesión conocida con el nombre de “Enfermedad de Kümmell-Verneuil” o “Espondilitis traumática”.

Descrita por primera vez por Hermann Kümmell de Hamburgo en 1891, en un relato al “Congreso de naturalistas y médicos alemanes en Halle”, fué tratada nuevamente por Verneuil en colaboración con Forestier (quienes desconocían la publicación del autor alemán) en 1892 en un trabajo presentado a la “Academia de Medicina de Francia” con el título de “Fractura de la columna vertebral por causa muscular, desconocida durante un tiempo largo y revelada por la aparición de dolores neurálgicos en la cintura y una giba tardía”.

Es una enfermedad cuya evolución clínica se caracteriza por las siguientes circunstancias:

- 1º Un trauma localizado en la columna, generalmente de cierta importancia, seguido durante algunos días de síntomas dolorosos discretos.
- 2º Un *intervalo libre* de bienestar relativo, a veces bastante largo (meses o años), durante el cual el lesionado retoma su trabajo, en el que se desempeña sin mayores alternativas.
- 3º Aparición de una deformidad progresiva localizada en la columna, consistente en una cifosis a gran radio, con reaparición de los dolores de los primeros días, que se exacerban con el andar del tiempo, con la consiguiente inaptitud para el trabajo.

Esa evolución clínica es típica y en la mayoría de los casos la sucesión de los hechos se produce en la forma descrita, con variantes en la duración de los distintos períodos.

La existencia del intervalo libre, hace siempre difícil la interpretación de la relación de causalidad con el accidente, si el médico que ha de informar, no conoce el cuadro clínico y la

evolución que la enfermedad adopta. De ahí la importancia de su conocimiento.

Mucho se ha escrito y se ha dicho con respecto a la patogenia de esta curiosa enfermedad, por lo que sería excesivamente largo tratarla "in extenso"; me limitaré, pues, a citar tan sólo las teorías principales, que han sido aceptadas o sancionadas por la observación clínica.

Kümmell hablaba de alteraciones tróficas por osteitis raquídea, de origen traumático, sin fractura vertebral; pero sin especificar ni explicar el mecanismo íntimo de su producción. Más tarde modificó su concepto de acuerdo con las teorías emitidas por Schmorl.

Para Verneuil era indispensable la existencia previa de la fractura en uno o dos cuerpos vertebrales —casi siempre desconocida en el primer examen—, la que daba ulteriormente origen a las lesiones vertebrales traducidas por el aplastamiento de la vértebra afectada, con la consiguiente jiba.

Schmorl de Dresden acepta la teoría de las alteraciones tróficas de origen traumático y explica los hechos en la siguiente forma:

El trauma produciría pequeñas fracturas o grietas en las caras superior e inferior de los cuerpos vertebrales y aplastamiento del disco intervertebral, con reintegración inmediata de éste a su forma primitiva. (Intervalo libre.) Posteriormente el disco y en especial la porción correspondiente al "núcleo pulposo", por el hecho de la tensión de su contenido y la elasticidad propia del tejido, tiende a entreabrir las fisuras óseas y hace hernia a través de ellas en el interior del tejido esponjoso del cuerpo vertebral; con lo que debido a esa invasión de tejido cartilaginoso el hueso se reabsorbe, se enrarece, se reblandece y se produce entonces la deformación del cuerpo vertebral, traducida exteriormente en la deformidad objetiva-

mente aparente: la jiba. A ello contribuyen poderosamente en este período, la posición de pie y la marcha.

Esta teoría es seductora; ella explica bien los hechos y los hace coincidir con la evolución conocida de la enfermedad: fracturas de poco monto que se reintegran en algunos días, después de un intervalo libre, osteitis rarefiante, malacia vertebral y por último deformación cifótica.

Leriche complica un poco la cuestión al hablar de trastornos vasomotores con vaso dilatación previa y osteitis rarefiante ulterior. Para este autor no es indispensable que exista una fractura previa del cuerpo vertebral. Para él la enfermedad no sería sino una localización vertebral de la osteoporosis post-traumática por hiperhemia, exactamente igual a la que se observa en los traumatizados del carpo y del tarso. Sería en definitiva una malacia post-traumática semejante a la que Sudeck describiera con anterioridad, de localización predominantemente carpiana.

Nuestras preferencias están en favor de la existencia previa de fracturas somáticas: grandes o pequeñas, que han pasado desapercibidas en un primer examen radiográfico y nos satisfacen ampliamente las concepciones de Schmorl por su simplicidad.

En favor de ellas podríamos aportar una observación personal, que pertenece al Servicio del profesor Enrique Finochietto en el Hospital Rawson, en la época en que actuábamos en él. Son también ilustrativos a este respecto una observación de Bressot de Constantina a la Sociedad de Cirujanos de París; en la que un examen radiográfico inmediato al trauma no revela solución de continuidad vertebral y que 26 meses después, hace un Kümmel típico con jiba, y una de Robineau a la Sociedad Nacional de Cirugía de Francia, que hace una jiba a los 3 meses del trauma originario y en la que un exa-

men radiográfico, hecho en esa oportunidad, fué negativo. La escasa magnitud de las lesiones vertebrales, de acuerdo con la concepción de Schmorl, hace explicable la falta de objetivación radiográfica de las lesiones.

Las características evolutivas de la afección nos ahorra la necesidad de entrar en detalles de la sintomatología clínica. Insistiremos solamente en la necesidad de efectuar un interrogatorio bien dirigido con objeto de poner de manifiesto la existencia del trauma originario, el que a veces puede haber sido de tan poca importancia como para pasar desapercibido, aun para el mismo lesionado. El buen criterio clínico del médico examinador es capaz de subsanar este inconveniente, si existiere, insistiendo en el interrogatorio.

La aparición de la jiba y la reaparición de los dolores del primer momento, cuando el antecedente traumático existe, unido a un período de aparente bienestar general son suficientemente elocuentes como para despertar las sospechas, y hacer formular un diagnóstico de presunción, que la radiografía ratificará en una buena mayoría de los lesionados. La enfermedad es casi siempre a localización predominantemente dorsal, las localizaciones lumbares y cervicales son raras. Casi nunca existen fenómenos de compresión medular concomitante.

Esa sintomatología, que es común a una buena mayoría de enfermedades vertebrales, hace indispensable hacer diagnóstico diferencial con otras afecciones óseas de la columna, como ser: las espondilitis tuberculosa y tífica, la cifosis heredo-traumática de Bechterew, la espondilosis rizomélica o anquilopoyética, la menisco-ligamentitis anquilosante, la campocornia de Souques, y la platiespondilia congénita o adquirida.

¡Ello es posible! Todas estas afecciones tienen características clínicas propias, en cuyo detalle no voy a entrar por-

que me llevaría muy lejos y sería salirme del programa trazado.

La radiografía bien localizada, con sus dos incidencias de reglamento, es absolutamente indispensable, ella debe ser la base del diagnóstico.

La imagen radiográfica es típica y revela la existencia de una deformación localizada a una o dos vértebras, generalmente dorsales que traduce lo que Kümmell llamó "*el signo concluyente de la enfermedad*".

En la imagen de frente hay una vértebra que llama la atención por la diferencia de altura de su cuerpo, con relación a las que están por encima y por debajo. En la imagen de perfil la deformación es más típica todavía y ella se traduce por la existencia de una *vértebra en cuña*, con un aplastamiento hecho a expensas de su porción anterior, con conservación de su opacidad y una apariencia regular de la cortical y de la estructura ósea. En todos los casos la integridad del disco intervertebral es característica y la altura del espacio claro intervertebral está conservada. No hay, salvo muy contadas excepciones, osteofitosis perisomática.

Del punto de vista médicolegal, cuando existe el antecedente traumático bien identificado, con un intervalo libre y deformación ulterior de la columna; el caso no se presta a dudas de ningún género, no queda sino llevar al ánimo del juez la convicción con un informe bien fundamentado. En los casos dudosos, la radiografía con su imagen característica es capaz por sí sola de dilucidar la cuestión.

Al lado de las lesiones evidentemente traumáticas que acabamos de pasar en revista, hay toda una serie de afecciones

de la columna, cuya patogenia no ha sido aún totalmente esclarecida; pero que de acuerdo con los conocimientos actualmente adquiridos, pueden entrar dentro de las afecciones de origen reumático.

Estas lesiones vertebrales se traducen, dicen Oudard, Hesnard y Coureau, "generalmente por dolores en las regiones renales, con irradiación a lo largo de los troncos nerviosos lumbares, abdomino-genitales, crurales, etc. Son dolores la mayoría de las veces violentos, que sobrevienen por crisis y despertados por causas nimias".

Las lesiones raquídeas son extendidas, difusas o localizadas.

Pehu y sus colaboradores hacen de todas ellas una unificación, aceptando la patogenia reumática y englobándolas dentro del término genérico de "Reumatismo vertebral crónico progresivo".

Este tipo de lesiones, junto con las que trataremos más adelante como vicios de heteromorfismo regional, se encuentran a diario en los obreros que pleitean en procura de una indemnización por accidente de trabajo; ellas son "el pan nuestro de cada día" para todos los que nos ocupamos de estas cuestiones que tienen relación con el trabajo. Aquí podéis ver expuestas un buen número de placas radiográficas que he seleccionado del enorme material de que disponemos en nuestra oficina de Tribunales, ellas son las más típicas.

Todas estas lesiones, localizadas o no, anquilosantes o no, casi todas álgicas, son de gran importancia práctica para el médico legista, que tiene que apreciar y dilucidar la relación de causalidad con un accidente, grande o pequeño, intenso o leve, único o repetido, que nunca falta y que es invocado por los lesionados como factor causal de todas las manifestaciones dolorosas.

De todas ellas la más frecuente es la localización lumbar, que ha sido individualizada por André Léri, bajo el nombre de "Lombartria", y que hasta cierto punto merece esta individualización por algunos caracteres que le son propios y que sirven para identificarla.

Ella data de la época de la pasada guerra (1914-1918) como consecuencia de exposiciones prolongadas al frío, en medios húmedos y en condiciones precarias de vivienda. Es en la práctica civil, atributo de los obreros sometidos a esfuerzos violentos y prolongados, en condiciones de trabajo en medios poco propicios (humedad y frío).

En la mayoría de estos enfermos, lesionados o no, el diagnóstico originario es el de Lumbago o Ciática esencial. Ellos se quejan de dolores intensos, paroxísticos en las regiones lumbar, lumbo-sacra, glútea y en la cara posterior de ambos muslos. En general se presentan en actitud de flexión de la columna, con rodillas flexionadas y en la imposibilidad de inclinar el cuerpo para recoger un objeto del suelo, sin adoptar previamente esa posición con los miembros inferiores.

La lordosis lumbar normal está disminuída o desaparecida totalmente hasta ser reemplazada por un cierto grado de cifosis y discreta desviación escoliótica localizada en la región lumbar. Cuando el sujeto se inclina hacia adelante, dice Léri, "la región lumbar dibuja un arco de círculo muy acusado de corto radio y la región dorsal otro menos marcado a gran radio, entre ambas hay una verdadera depresión. En vez de ser regularmente curva la línea espinosa es ondulada".

Esto último es para su creador, un signo patognomónico. No hay rigidez vertebral absoluta, casi o ninguna contractura, casi o ninguna atrofia muscular.

Estos son los síntomas clínicos que predominan y que están bien especificados en el trabajo de los autores citados

y del que los reproducimos por coincidir con los observados por nosotros y a los que no tenemos nada que agregar.

Radiográficamente esta afección tiene también algunos caracteres que pueden considerarse como patognomónicos, ellos son:

- 1º Aspecto típico de la vértebra, con una forma semejante a ese juego, que estuvo tan en boga entre nosotros hace algunos años: "el diábolo", de ahí su nombre de "vértebra en diábolo". El cuerpo vertebral está ensanchado en la proximidad de sus superficies superior e inferior (osteofitosis en corona), y como acanalado en su porción central por desgaste de su parte media. Es una imagen típica, inconfundible, bien evidente en la incidencia de frente.
- 2º Existencia de lo que se ha llamado gráficamente "picos de loro", o neoformaciones osteofíticas que se ven en estados evolutivos distintos, hasta llegar a convertirse en verdaderos puentes de unión entre dos vértebras vecinas. Ellos no son característicos de la lumbargia, pues se observan con relativa frecuencia en otros tipos de lesiones. (Espondilitis infecciosas, tuberculosis, sífilis, gonococcia, tifoidea, micosis).
- 3º Las vértebras presentan generalmente un desgaste asimétrico en una de sus mitades, lo que produce la desviación escoliótica y una decalcificación lacunaria en la esponjosa del cuerpo, que le da un cierto parecido con los nidos de abejas, según la comparación de su creador.

Una forma muy semejante en sus caracteres clínicos y radiográficos a la que acabamos de estudiar, es la descrita por Tissier en el Congreso de Lieja en 1905, en su relato sobre "Las formas clínicas del reumatismo crónico" y que por su

similitud con ella ha merecido posteriormente el nombre de "Dorsartria". Es de localización exclusivamente dorsal.

El aspecto médicolegal de estas afecciones será tratado en conjunto con las que le siguen, por su semejanza y dificultad de probanza en lo que a causalidad traumática se refiere.

Estudiaremos a continuación los vicios de heteromorfismo regional en su manifestación más frecuente y más debatida: la sacralización de la quinta vértebra lumbar, que es prácticamente la más importante del punto de vista médicolegal, dado que las otras localizaciones topográficas, como la lumbarización del sacro, la dorsalización de la séptima cervical y la occipitalización del atlas, son raras, por no decir excepcionales.

El sacro a seis vértebras o lo que es lo mismo con cinco orificios, es conocido desde la más remota antigüedad bajo el punto de vista anatómico puro, con Vesalio, con Falopio y con Colombo.

En su aspecto clínico, la cuestión está más próxima a nosotros. Adams en 1910 operó por primera vez un enfermo con sacralización de la transversa de la quinta lumbar y escoliosis, para tratar una ciática rebelde, extirpando dicha apófisis con buen resultado. Goldswait en 1911 ejecuta la misma operación con el mismo objeto y con igual resultado.

En los años 1912, 1913 y 1914, Klein Schmidt, Denucé, Calvé y otros observan y describen anomalías de conformación asimétrica con localización dolorosa del lado afectado.

La era verdaderamente proficua de la cuestión desde el punto de vista clínico y médicolegal, empieza con el hermoso trabajo de Mario Bertolotti, radiólogo de Turín en la "Ri-

forma Médica" del año 1917. Dicho autor estudia entonces ampliamente la cuestión de los distintos vicios de desarrollo vertebral, dedicando una especial atención a las manifestaciones del heteromorfismo regional.

Desde esa época data el concepto del síndrome doloroso en el territorio nervioso correspondiente a la quinta raíz del plexo lumbo-sacro, como consecuencia del estrechamiento del conducto óseo, por vicio de desarrollo del proceso transverso. Desde entonces, dicho síndrome caracterizado por algias ciáticas lleva el nombre del autor italiano, y desde entonces las observaciones aisladas primero y los trabajos de conjunto después, han llenado sendas páginas en todos los idiomas, que han sido publicadas en todas las revistas médicas del mundo. El árbol ha llegado a adquirir una frondosidad tal, que hace imposible abarcarlo en toda su magnífica exuberancia.

La sacralización de la quinta lumbar es la anomalía más frecuente en el segmento lumbar de la columna y lógicamente ella debía a raíz del concepto de Sicard de la "neurodocitis", polarizar la atención de los observadores sobre la génesis vértebral de la ciática. Así sucedió. Durante casi veinte años ese concepto reinó con un absolutismo digno de mejor causa.

Y sin embargo dice Putti, el talentoso ortopedista de Bologna, no debía ser así: "porque la lógica y los hechos prueban que la verdad está en otra parte", y agrega las consideraciones que siguen, para oponerse al concepto ciatigogenético de la sacralización.

1º "Se ha demostrado que muchas veces existe sacralización sin algias ciáticas y también que en muchas ciáticas no existe la sacralización".

2º "En la mayoría de los casos en que se ha extirpado la apófisis, el mecanismo de acción de la intervención no

ha servido para aliviar a la raíz nerviosa de una hipotética compresión, sino que ha actuado suprimiendo la neoartrosis formada entre el proceso transversal y los huesos de la cintura pelviana”.

3º “Los ejemplos de síndromes de la llamada sacralización dolorosa que curan a pesar de mantenerse intactas las condiciones anatómicas que la producen, son muchísimos”.

4º “Hasta hoy no ha sido demostrado con un hecho anatómico incontestable, que la sacralización sea la causa del sufrimiento radicular”.

5º “El estudio de la embriogénesis raquídea demuestra la estrecha correlación evolutiva que existe entre sistema óseo y sistema medular y radicular; de donde a un vicio o anomalía de diferenciación que se traduce por la sacralización y formación de uno o dos nuevos agujeros sacros, debe corresponder lógicamente una hipoplasia de las raíces correspondientes”.

6º “Los sostenedores de la importancia de la sacralización en la génesis de la ciática, dicen que los efectos son tanto más graves cuanto que la anomalía es más perfecta y más completa. Esto que está en desacuerdo con la observación diaria, está también en contra de la lógica; puesto que la estabilidad y la inmovilidad de la cintura pelviana que la anomalía produce, tanto más cuanto más perfecta es, eliminaría en vez de facilitar los motivos de irritación de la raíz nerviosa”.

7º “A “*priori*” y por analogía la sacralización debería llegar progresivamente a las formas más graves de la ciática. La atricción, la presión y el aplastamiento que los bordes de la apófisis producen sobre la raíz nerviosa; traerían a la larga trastornos evidentes en la función del tronco nervioso que constituye la porción principal del nervio ciático y en

consecuencia signos inequívocos no sólo de orden subjetivo, sino que también algunos de orden objetivo, es decir: signos motores y manifestaciones tróficas”, los que no se ven en la práctica. Los trabajos de Scaglieti, de Schmorl y de Ingebristen así lo prueban.

En contra de la acción de la sacralización sobre la génesis de la ciática se cuentan hoy muchos autores, que como el citado anteriormente aportan hechos precisos, indiscutibles, que muestran hasta la evidencia el error de concepto que durante muchos años ha desviado la cuestión, simplificándola demasiado para que pueda ser aceptada sin apelación. Ellos forman hoy una legión tanto o más numerosa que la de los sostenedores de algunos años atrás. Citaré algunos nombres: Meyer Börstel, Störr, Schüller, Ingebristen, Scaglieti, Lupo, Albanese, Schmorl y muchos otros.

El concepto actual de la cuestión ha cambiado fundamentalmente. Ella puede concretarse en la frase que Putti en su trabajo último sobre “Lomboartrite e Sciatica vertebrale” escribe con bastardilla y que reproducimos en su idioma originario: “*Quando la sacralizzazione provoca disturbi, questi sono effetto dell’artrite che può insorgere nella neo-artrosi formata dall’apice dell’apofisi con le ose pelviche con cui si pone a contatto, cioè dell’artrite apofisaria*”.

“La artritis apofisaria, agrega, no es una hipótesis, ni una concepción teórica, sino un hecho bien evidente en el radiograma, que se manifiesta por una densificación de los márgenes de contacto de la neoartrosis, con erosiones marginales, con formación de osteofitos, en una palabra con todo el cuadro radiográfico de la artritis crónica deformante. No es un fenómeno nuevo ni singular, porque es un hecho bien conocido lo precarias que son la biología y la mecánica de

estas neo-artrosis distróficas mal estructuradas, frágiles, vulnerables”.

El concepto es seductor y al par que pone una nota novedosa, satisface ampliamente al más exigente de los críticos, si como nosotros ha tenido oportunidad de seguir durante una prolongada observación a sus enfermos; apartándose un tanto de esa rigidez de la fórmula primitiva de la comprensión nerviosa por un túnel óseo anormalmente pequeño, que tantos puntos vulnerables tiene como hemos visto.

Del punto de vista práctico, pues, podemos llegar a la conclusión que para aceptar la relación de causa a efecto entre sacralización y síndrome doloroso ciático, hoy deben exigirse algunas constataciones objetivamente aparentes en la radiografía, las que pueden resumirse así: megaapófisis uni o bilateral en contacto con los huesos pelvianos o con formación de una neoartrosis pélvico-apofisiaria que muestre en el radiograma la existencia de los signos de la artritis crónica deformante, o sea: densificación de los bordes de contacto, irregularidad de las superficies, erosiones marginales, osteofitos periarticular.

Con estas condiciones puede aceptarse la acción de la sacralización sobre el síndrome doloroso; que no es de origen nervioso como se creía, sino puramente articular; sin ellas la cuestión es discutible.

Otras de las adquisiciones recientes en la esfera de los síndromes dolorosos lumbares, ciáticos e isquiáticos es el

concepto de la escuela de Bologna, con respecto a la existencia de lesiones o procesos articulares localizados en las articulaciones intervertebrales posteriores o apofisiarias (artritis apofisiaria de Putti), en un todo semejantes al tipo de las artritis crónicas deformantes que se observan en otras articulaciones, como la cadera y la rodilla.

Desde hace varios años los investigadores italianos, habían observado esas lesiones y reconocido o sospechado el nexo de casualidad con las algias ciáticas y lumbares, pero no pudieron llegar a ninguna conclusión de orden práctico por falta de comprobaciones anátomo-patológicas. La radiografía vino a llenar esa laguna, efectuando comprobaciones de gran valor probatorio sobre el estado de las articulaciones posteriores de la columna en sujetos con síndromes dolorosos lumbo-ciáticos. Es, esa anatomía patológica hecha "in vivo", la que ha dado gran impulso al conocimiento de esa clase de las lesiones articulares.

El concepto de Sicard sobre funículo y funiculitis de origen exclusivamente nervioso se ha transformado, para dar lugar al de la lesión articular previa productora indirectamente de las algias. Es la obra de la observación radiográfica sistemática de la columna vertebral en todo sujeto afectado de una ciática o de un lumbago.

Para Putti y su escuela, el elemento esquelético que contribuye a la constitución del mal llamado agujero de conjugación, toma una parte principal en la génesis de los fenómenos de neurodocitis; porque es necesario que sea considerado no como un simple agujero óseo sino como un verdadero canal, o lo que es lo mismo, como un cilindro óseo hueco en cuyo interior se aloja el tronco nervioso radículo-plexual.

Este canal está constituido: 1º por una semicircunferencia superior o craneal y una semicircunferencia inferior o

caudal, unidas por dos pedículos o pedúnculos; uno superior y otro inferior, a los cuerpos de dos vértebras vecinas, 2º por una pared anterior, constituida en parte por la porción correspondiente de los cuerpos vertebrales y en parte por la porción posterior del disco intervertebral que separa ambas vértebras y 3º por una pared posterior constituida por la confluencia de las dos apófisis articulares, con su articulación correspondiente. (Articulación intervertebral posterior o apofisiaria).

De ello resulta que el canal de conjugación no tiene proporciones fijas e inmutables como la de cualquier agujero óseo, sino que goza de una cierta variabilidad de forma y de tamaño, que depende de la elasticidad de su pared anterior constituida en parte por el disco intervertebral y de la movilidad de su pared posterior en la articulación correspondiente.

La forma y la proporción del canal están condicionadas a la variabilidad normal o patológica de las dos paredes que lo constituyen, de las cuales: la anterior por estar formada por una articulación de tipo anfiartrótico tiene límites restringidos de modificación, mientras que la posterior que contiene una articulación de tipo diartroïdal con movimientos pluridireccionales, los tiene amplios.

En esas condiciones es fácil concebir que toda lesión o proceso articular que se desarrolle sobre la pared posterior del canal en cuestión, debe lógicamente repercutir sobre su contenido, contribuyendo a producir un estado inflamatorio crónico que se traduce por el síndrome algico.

Cualquiera de las articulaciones posteriores de la columna puede afectarse por el proceso crónico, pero es evidente que las de la región lumbar, son las que se afectan con mayor frecuencia, de ahí que el tipo de síndrome doloroso del plexo

lumbo-sacro sea también el de más frecuente observación. Es un hecho archiconocido, que el lumbago y la ciática son entre los síndromes álgicos, los más frecuentes.

¿A qué se debe la mayor frecuencia de la localización del proceso articular sobre el segmento lumbar del esqueleto vertebral?

Condiciones anatómicas especiales que están supeditadas a exigencias mecánicas del conjunto, explican bien esta predilección. Los trabajos de la escuela de Bologna con Putti a la cabeza, las han estudiado al detalle. Las articulaciones intervertebrales posteriores o apofisiarias adoptan disposiciones especiales en la orientación de las facetas articulares, en los distintos segmentos de la columna, según el predominio de algunos movimientos sobre otros.

En la región cervical donde los movimientos de lateralidad y rotación predominan sobre los de flexo-extensión, las facetas articulares se orientan en el plano frontal; en cambio en la región lumbar donde sucede lo contrario (predominio de la flexo-extensión) la orientación de las facetas articulares se hace en el plano sagital; y en la región dorsal, por fin, en la que los distintos movimientos se hacen por igual, se orientan en un plano oblicuo intermedio, que se va acercando al sagital a medida que desciende; transformación que se hace progresivamente, sin saltos bruscos.

Esta distinta orientación segmentaria de las facetas articulares, sufre en algunos sujetos variaciones que resultan de disposiciones anormalmente congénitas (dismorfismo apofisiario), que es lo que se ha llamado trastornos del "*tropismo*", (del griego tropo-girar).

Ahora bien, el segmento lumbar de la columna es el que con más frecuencia ostenta esas manifestaciones de dismorfismo apofisiario, esos trastornos del tropismo articular y

es por ello también, que sus articulaciones son frecuentemente atacadas por procesos crónicos inflamatorios, a igual que cualquiera otra de las grandes articulaciones de los miembros. En toda articulación afectada de una artritis crónica deformante, existe casi siempre un motivo anatómico que no es sino la expresión de una incongruencia articular preexistente. La clínica lo demuestra a diario.

Esa es la razón porqué con el andar del tiempo o con motivo de pequeños y múltiples traumatismos repetidos o con el de un único de mayor consideración, esas articulaciones manifiestan y exageran sus trastornos hasta llegar a constituir la artritis crónica deformante con sus características anatomo-patológicas clínicas y radiográficas, las que es necesario saber despistar.

La anatomía patológica de este tipo de localización articular ha sido especificada por los estudios hechos sobre columnas frescas maceradas por Lange en su libro "Die Wirbelgelenke" en 1934, por Güntz en "Archivs fur Orthopedie und Unfall Chirurgie" en 1935, por Shore en el "British Journal of Surgery" en 1935 y radiográficamente por los trabajos de la escuela de Bologna.

De las estadísticas de dichos autores se deduce que la afección comienza en general en el tercer decenio de la vida, para completarse durante el cuarto, y que la localización más frecuente es la del segmento lumbar.

Los caracteres anátomo-patológicos del artritismo aporisiario son los mismos que la de cualquier otra artrosis deformante de los miembros y constituyen dice Putti, "un proceso degenerativo crónico progresivo, que produce una lenta usura de las superficies del revestimiento condral, asociada a fenómenos de reacción ósea y condral de los márgenes de las superficies articulares y en última instancia la defor-

mación de los componentes articulares y reducción de la interlínea, sin producción de anquilosis”.

La artritis apofisiaria tiene también su representación radiográfica que puede ser resumida en los caracteres siguientes, bien especificados por los autores italianos:

a) “Alteraciones estructurales globales del tejido apofisiario, con densificación de las líneas marginales y rarefacción lacunaria del cuerpo de la apófisis. En una palabra un cuadro semejante a lo que desde los trabajos de Sudeck, se conoce con el nombre de “atrofia inflamatoria”.

b) “Alteraciones de los márgenes y de las superficies articulares en forma de irregularidades, dentelladuras y desaparición de la sombra lineal del contorno de las facetas articulares”.

c) “Modificación de la proporción de las apófisis, que están engrosadas, hipertróficas, con contornos exuberantes, por sitios más transparentes, por sitios más opacos”.

d) “Deformación primero, después disminución y por fin, desaparición de la interlínea articular”.

e) “Anomalías, malformaciones y vicios del tropismo del sistema articular, que en realidad no entran dentro del cuadro del artrismo apofisiario, pero que deben tenerse en cuenta por su importancia de causa generadora”.

Como el diagnóstico de la afección se fundamenta sobre todo en la imagen radiográfica, es necesario siempre disponer de radiogramas con muy buen detalle óseo y tomados con incidencias que favorezcan la identificación de las articulaciones apofisiarias, sin lo cual no es posible formular un juicio sobre el origen de los trastornos dolorosos.

Dos o mejor tres películas con distintas incidencias son indispensables, a, saber: una antero-posterior o dorso-ventral de conjunto, que tome toda la región lumbar y porción infe-

rrior de la dorsal, impresionada de manera de aproximar la columna a la película haciendo desaparecer la lordosis lumbar fisiológica, lo que se consigue con la flexión de los muslos; una lateral derecha en el plano sagital y una oblicua que localice toda la columna lumbar.

El estudio e interpretación de los radiogramas requiere una cuidadosa observación de todos ellos, dedicando atención primero a la visión de conjunto y después a cada una de las articulaciones en particular, procediendo con método de arriba hacia abajo y comparando el estado de cada una de ellas con relación a las demás. Toda película deficiente debe ser rechazada, porque ella puede inducir a errores de interpretación.

Del punto de vista clínico, la afección tiene también caracteres que le son propios, de los cuales los principales son: el dolor, la contractura muscular y algunos discretos trastornos motores y sensitivos.

El dolor es localizado por los enfermos en la región lumbar y lumbosacra con irradiaciones hacia las regiones glúteas y a la cara posterior del muslo, en algunos casos pueden verse irradiaciones dolorosas hacia las pantorrillas y borde externo del pie. La irradiación hacia la pared abdominal y cara anterior del muslo no son frecuentes. El dolor es casi siempre homolateral, es decir, que ataca el lado de la articulación más afectada, otras veces es bilateral o mediano y ello depende entonces de lesiones articulares bilaterales simétricas.

La contractura muscular localizada a los músculos de las goteras vertebrales, origen de las rigideces segmentarias de la columna, es el fenómeno clínico predominante de la afección, trayendo como consecuencia actitudes anormales del segmento lumbar.

A su estudio ha dedicado Putti en su trabajo tantas veces citado, especial atención, estableciendo sus características de acuerdo con el tipo de lesión observada.

Ella puede ser simétrica, cuando interesa las masas paravertebrales de ambos lados, o asimétrica cuando es unilateral, o alternante cuando se localiza a un lado o a otro en forma periódica.

La contractura simétrica inmoviliza la columna en actitud frontal, con acentuación de la lordosis lumbar fisiológica, con aplanamiento o con tendencia a la cifosis, que es la actitud más frecuentemente observada, ella corresponde a las lesiones bilaterales.

La contractura asimétrica trae siempre como resultado la producción de una escoliosis, pero según que el lado contracturado sea homo o contralateral, la escoliosis será homóloga o directa y heterologa o cruzada.

Del estudio efectuado sobre 411 enfermos por Putti, ha podido deducir la siguiente estadística: contractura heterolateral o cruzada, localizada por consecuencia al lado opuesto de los fenómenos dolorosos en 43.30 % de los casos; contractura homolateral o directa, localizada en consecuencia en el lado afectado por el dolor en 27.73 % de los casos; contractura alternante tan sólo en 1.45 % de los casos, de cuyas comprobaciones concluye en resumen, que “los tipos de contractura unilateral, tanto la hetero como la homolateral, son consecuencia de una misma causa: la artritis apofisiaria, prevalentemente unilateral” y que “la existencia de una o de otra es consecuencia del mayor predominio de los fenómenos artríticos sobre los neurodóceicos”.

Los trastornos motores y sensitivos, son siempre muy discretos y no cuentan mayormente en el cuadro sintomático,

los primeros se observan en general en el territorio de los músculos inervados por el ciático popliteo externo.

Para completar la exposición debemos ocuparnos de una lesión de la columna que puede ser de origen congénito o traumático: la espondilolisis, que conviene que el médico perito conozca porque ella puede dar lugar a situaciones médico-legales al producirse una posible complicación de ella: la espondilolistesis.

Nosotros en la Oficina de Médicos de los Tribunales, hemos tenido oportunidad de informar en un traumatizado de columna, en el que existía una espondilolistesis consecutiva a una espondilolisis posiblemente congénita, en el que formulamos el diagnóstico en mérito a la imagen radiográfica típica que presentaba, la que Vds. pueden apreciar.

La observación fué relatada en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, en el año 1937 y ella con el informe médico correspondiente publicada en los "Anales de Medicina Legal" que dirigen los Profs. Rojas y Belbey.

La espondilolisis puede ser definida, como una solución de continuidad en el arco posterior de una vértebra, pasando entre la apófisis articular superior y la apófisis articular inferior, a través de la porción estrecha que las une y que se designa con el nombre de istmo interarticular.

Ella puede ser como lo dicen Glorieux y Roederer o una "anomalía o una lesión": es decir ser congénita o ser traumática; puede ser uni o bilateral, es decir: simple o doble,

sobre uno de los itsmos o sobre ambos; y por fin, puede ser múltiple, es decir: sobre varias vértebras, lo que es excepcional.

Es una lesión susceptible de producir trastornos serios de la estática vertebral y ella es el primer paso hacia la espondilolistesis, que es el deslizamiento hacia adelante de un cuerpo vertebral sobre el que está por debajo, quedando en su sitio el arco vertebral posterior articulado con el arco posterior de la vértebra inmediatamente subyacente. La listesis de una vértebra implica la necesidad de la existencia previa de una lisis en ella, sea congénita o sea traumática.

La espondilolisis es conocida desde hace muchos años y ha sido estudiada a través de su complicación más frecuente: la listesis.

Rockitansky en 1836, Belloc en 1849, la describieron y Killian de Bohn en 1853 comenzó su estudio en serio y creó el nombre de espondilolistesis, pero es Lambl, en 1856, quien sobre vértebras listésicas descubrió la solución de continuidad del arco vertebral, que dividía la vértebra en dos mitades: una anterior comprendiendo el cuerpo vertebral con las apófisis articulares superiores, los pedículos y las apófisis transversas y una posterior con las láminas, las apófisis articulares inferiores y la apófisis espinosa.

Su conocimiento actual es obra de la radiografía, como en la mayoría de las lesiones de columna y de ahí nacen los trabajos de Mouchette y Roederer, de Whitman, de Meyer Burgdorff, de Chanler, de Meyerding, de Neugebauer y de Glorieux de Brujas, quien en colaboración con Roederer ha publicado últimamente (1937) un estudio de conjunto que nos fué muy útil en su oportunidad.

La lisis vertebral se observa con mayor frecuencia en el segmento lumbar, en especial a nivel de la quinta vértebra, por orden de frecuencia vienen después la cuarta (nuestro

lesionado presentaba la lesión a ese nivel), después la tercera y la segunda y excepcionalmente las vértebras dorsales y cervicales.

Es una lesión que antiguamente se consideraba como más frecuente en la mujer; las estadísticas actuales prueban lo contrario, como lo establecieron ya Codivilla en 1908 y Brandenburg en 1910. Se observa como lesión congénita en la infancia y en la juventud, la listesis su complicación más frecuente es una lesión de la edad media de la vida.

Ella se asocia con frecuencia con otros tipos de lesiones congénitas, como ser: la espina bifida oculta, la lumbarización del sacro, la sacralización de la quinta y la platiespondilia de las vértebras vecinas.

La solución de continuidad a nivel del itsmo varía mucho en cuanto a la forma, dirección y extensión del trazo y también con respecto a su ubicación exacta. Con el andar del tiempo en las lesiones congénitas llega hasta la formación de una neo-artrosis de tipo rudimentario.

En lo que se refiere a su etio-patogenia se aceptan tres mecanismos de producción, a saber: el congénito, el traumático y el estático.

El primero es posiblemente el más frecuente; se produce por falta de soldadura de los dos núcleos cartilaginosos del hemi-arco posterior. Los estudios embriogénicos actuales han transformado el concepto anatómico antiguo, según el cual la vértebra ósea se constituía a expensas de la vértebra membranosa primitiva por tres núcleos cartilaginosos: uno para el cuerpo y uno para cada hemi-arco; hoy se ha probado que en cada hemi-arco hay dos núcleos y no uno, cuya aplasia y falta de soldadura daría como resultado final la lisis.

El mecanismo traumático se explica por sí solo, un traumatismo produce una fractura a nivel del itsmo, la que al no

consolidarse o al hacerlo en forma deficiente con un callo fibroso, constituye la lesión. Es lo que Neugebauer ha llamado la espondilolisis-fractura.

El mecanismo estático es el más discutible de los tres, constituye lo que Meyer Burgdorff ha llamado la espondilolisis por osteopatía estática, según dicho autor se produce a nivel del itsmo un proceso de osteolisis, debido a la sobrecarga estática y a los esfuerzos repetidos sobre la porción más débil del arco vertebral: el itsmo.

Glorieux y Roederer en el trabajo ya citado dicen resumiendo en lo que se refiere la etio-patogenia de la lesión, lo siguiente: "creemos que hay espondilolisis congénitas y que hay también espondilolisis traumáticas; pero en una buena mayoría de las espondilolisis la etiología es a la vez congénita, osteopática y traumática; basta que un trauma de cierta importancia tenga lugar, para que sobre un proceso preexistente se produzca una fractura del itsmo, ya debilitado sea por inclusiones cartilaginosas o fibrosas congénitas, sea por modificaciones óseas adquiridas, debidas a causas estáticas asociadas o no a trastornos óseos generales". Este concepto, que es posiblemente el que más se acerca a la verdad, tiene como Vds. pueden apreciar por su enunciado, una gran importancia médicolegal.

La espondilolisis, mientras no ceda, no tiene en realidad personalidad clínica y sí sólo radiográfica; se conocen casos de sujetos portadores de espondilolisis que nunca han tenido molestias, Glorieux cita el caso de una acróbata a quien le descubrió la anomalía vertebral con motivo de un examen radiográfico hecho con otro objeto.

Las manifestaciones clínicas comienzan cuando la lisis empieza a ceder, cuando se establece el deslizamiento, es decir la listesis; lo que se hace casi siempre en forma progresiva.

siva en la variedad espontánea y en forma más o menos brusca en la variedad traumática.

La lisis bilateral del arco posterior al ceder los dos istmos por igual da lugar al deslizamiento hacia adelante y produce la espondilolistesis, la lisis unilateral o el hecho de que ceda uno de los istmos solamente, en la bilateral, produce el deslizamiento con rotación de la vértebra y da lugar a la escoliosis listésica.

La espondilolistesis puede ser definida con Neugebauer como “una subluxación hacia adelante del segmento vertebral anterior —cuerpo, pedículo y apófisis articular superior y transversa— sobre la vértebra subyacente, manteniendo el segmento posterior del arco sus relaciones normales”.

La espondilolistesis una vez constituida, tiene un cuadro clínico y un cuadro radiográfico que son típicos y que es conveniente conocer bien.

La espondilolistesis responde en general a dos factores etiológicos: ella puede ser congénita o adquirida y en este último caso producirse sea espontáneamente o con motivo de un traumatismo único de mayor o menor violencia o con motivo de varios traumatismos repetidos.

La variedad traumática en sus manifestaciones clínicas iniciales, no varía con lo que se observa corrientemente en todo traumatismo de columna de cierta importancia. En ese caso se ve desde el traumatismo inicial grave por caída desde cierta altura o por el hecho de ser golpeado violentamente por un cuerpo pesado, hasta una contusión simple sin mayor lesión y sin mayor trascendencia inmediata aparente.

En nuestro lesionado, que ya hemos citado y cuyas placas radiográficas habéis podido apreciar; no existió un traumatismo en el sentido estricto del término, la lesión se produjo en la siguiente forma: se trataba de un albañil que durante

dos o tres días tuvo que trabajar revocando la parte superior de una pared medianera desde la azotea, adoptando para ello una posición de flexión del busto sobre el borde de la pared e inclinándose para adelante para alcanzar la parte exterior de dicha pared; trabajo que efectuaba en esa forma para no colocar andamios por tratarse de una reparación de poco monto. El obrero permanecía en esa incómoda posición durante varias horas al día; al terminar su tarea cierto día, sintió fuerte dolor en la región lumbar al pretender levantarse; tuvo que ser ayudado por sus compañeros, no pudiendo reanudar el trabajo en los días subsiguientes, con acentuación del dolor que lo obligó a guardar cama por varios días. La placa radiográfica tomada varios meses después no mostró un imagen típica de listesis de la cuarta vértebra lumbar sobre la quinta.

Entre los síntomas más salientes de la espondilolistesis, figuran: el dolor, la contractura muscular y las actitudes viciosas de la columna lumbar.

El dolor es en general un dolor en barra localizado a la región lumbosacra sobre la línea media, que se irradia a veces lateralmente y hacia las regiones gluteas y cara posterior de los muslos. A la palpación puede despertarse dolor por compresión sobre la apófisis espinosa de la quinta lumbar y en la vecindad de las articulaciones sacro-iliacas.

Contemporáneamente con el dolor o poco después de su aparición se comprueba la existencia de una contractura muscular localizada a los músculos paravertebrales, objetivamente muy evidente y que inmoviliza en forma de rigidez la porción inferior de la columna.

En general no existen trastornos tróficos, ni motores, ni sensitivos.

Una vez constituida la lesión, es decir, una vez producido

el deslizamiento hacia adelante de la vértebra afectada, aparecen las actitudes viciosas localizadas al segmento lumbar de la columna, que son lo suficientemente típicas como para formular con muchas probabilidades el diagnóstico de presunción, que la radiografía ratificará, ellas son:

- a) Acortamiento de la talla.
- b) Disminución de la altura del tronco en relación a la longitud de los miembros, y como consecuencia de ello un aparente alargamiento de los miembros superiores.
- c) Aproximación de las últimas costillas a las alas ilíacas.
- d) Aparición de dos grandes pliegues cutáneos laterales que partiendo de la línea media descienden en forma oblicua hacia las alas ilíacas, que son muy evidentes en los sujetos con sobrecarga grasa.
- e) Aumento de la curva de la lordosis normal de la región lumbar, con formación de una brusca angulación por encima del sacro en forma de escalón o golpe de hacha.

La radiografía contribuye eficazmente al diagnóstico y ella es la prueba objetiva indiscutible de la existencia de la lesión, tanto en la lisis sin desplazamiento como en la listesis. su consecuencia. La imagen radiográfica es típica en ambos casos y sólo se requiere para ello, películas con buen detalle óseo en las dos incidencias reglamentarias: la de frente y la de perfil.

Con buenas radiografías, es siempre posible visualizar el hiatus o la solución de continuidad del istmo, en la lisis sin desplazamiento, en cualquiera de las dos incidencias: en la de frente en la proximidad de la sombra de proyección de los pedículos y en la de perfil por debajo de la interlínea articular correspondiente a las articulaciones apofisiarias. Sólo se

requiere para ello, un poco de hábito en la interpretación radiográfica de la columna lumbar.

En las listesis, las imágenes son también típicas en ambas incidencias: en la de frente aparece la imagen clásica de lo que se ha llamado "*el sombrero de gendarme invertido*" y en la de perfil se aprecia perfectamente en los casos de deslizamiento evidente, que el borde anterior de la vértebra afectada está situado en un plano anterior con relación al de la vértebra subyacente. Todos esos detalles han sido apreciados por ustedes en las películas que he expuesto.

Cuando el deslizamiento es pequeño y en consecuencia poco evidente, se recurre a la que se conoce con el nombre de "*reparo de Ullmann*", que consiste en trazar sobre la película en la imagen de perfil, bien centrada, dos líneas rectas: una tangente a la cara superior del sacro y sobre ella levantar una perpendicular que roce el borde anterior del mismo hueso. En la imagen normal la línea perpendicular pasa por delante del borde anterior de la quinta lumbar, en cambio, cuando hay listesis esa línea corta el cuerpo de dicha vértebra, a mayor o menor distancia de su borde anterior, de acuerdo con la amplitud del deslizamiento. Algunos autores han modificado el Ullmann, trazando la perpendicular tangente al borde posterior del sacro, en cuyo caso cuando hay listesis todo el cuerpo de la quinta lumbar se sitúa por delante de esa perpendicular: es el "*Ullmann posterior*".

Para Glorieux la existencia de una consola ósea, sobre la cara superior de la vértebra subyacente a la deslizada, tiene más significación diagnóstica que el *Ullmann*, que no revelaría los pequeños desplazamientos. Ella representa la manifestación de un proceso de osteofitosis localizada hecho a expensas del borde anterior del sacro, por la tracción que el disco intervertebral ejerce al producirse el desplazamiento. Tiene el va-

lor de un signo patognomónico, cuando es único, es decir cuando no existe en otras vértebras.

Llegados al término de nuestra exposición clínica nos resta tan sólo para terminar hacer algunas consideraciones médico-legales con respecto a las lesiones de columna, en las que el nexo de causalidad con el accidente puede ser motivo de duda.

Dejando de lado las lesiones traumáticas puras, indiscutibles —fracturas parcelares apofisiarias (transversas o espinosas) y la enfermedad de Kümell-Verneuil— tenemos todas las que después de ellas hemos tratado, en las que el accidente puede haber actuado tan solo como factor desencadenante o haber sido motivo u ocasión para agravar o reagudizar una lesión preexistente.

Se trataría pues, en estos casos de hacer un distingo, no siempre posible por otra parte, entre ocasión o motivo de agravación y causa de la lesión.

Es sabido que nuestra Ley 9688, no acepta el factor ocasional, ni la lesión preexistente como elemento resarcible y que los cultores rígidos de la letra de la ley, exigen para que la figura jurídica del accidente pueda ser precisada; condiciones de tiempo, de modo y de medida en la producción del traumatismo causal y que se demuestre además el efecto clínico del mismo.

Con este concepto tan rígido y tan absoluto no habría ningún lumbago, ni ninguna ciática resarcible para nuestra ley, puesto que en la mayoría de los casos ninguna de las condiciones por ella exigida puede ser demostrada. El lumbago y la ciática directa y exclusivamente imputable a un traumatismo único, no existe en la práctica.

Casi siempre se producen por pequeños traumatismos de intensidad variable, por una acción de fuerza o por un esfuerzo periódico o accidentalmente repetido. El factor cronológico y el factor circunstancial en modo y medida, son siempre de difícil probanza.

Es necesario también pensar que en la mayoría de estos lesionados es difícil objetivar la lesión y que el síntoma más importante; el dolor, es un fenómeno subjetivo y como tal, imposible de medir o de graduar; no hay, ni habrá regla ni balanza capaz de hacerlo. El único que puede apreciarlo en toda su importancia es el propio lesionado, para quien siempre tenemos a mano, la incredulidad que nos pone a cubierto de posibles engaños.

La transformación del concepto del lumbago y de la ciática que hemos expuesto, siguiendo la tendencia de la escuela de Bologna que nos ha satisfecho ampliamente, cambia por completo el aspecto del problema médico-legal. Hoy pueden por intermedio de la radiografía objetivarse bien lesiones de columna, que como hemos visto son más que suficientes como para justificar el síntoma dolor, sin necesidad de poner sistemáticamente en tela de juicio, la veracidad de las manifestaciones del lesionado. Disponemos con la radiografía de un elemento de juicio de gran valor probatorio, es sólo cuestión de saber usarlo y de saber sacar de él todo el provecho que es capaz de dar, él nos pone a cubierto de la mistificación y del engaño, lo suficientemente como para permitirnos mirar la cuestión con un criterio más amplio y libre de esa constante preocupación que mantenía nuestro espíritu en un *“alerta permanente”*.

Existe además entre los síntomas clínicos, uno que es absolutamente imposible de simular por mucho que se quiera: la contractura muscular y como resultado de ella, la actitud

viciosa de la columna (escoliosis) el que unido al síntoma dolor y a las comprobaciones radiográficas, permite despistar toda posibilidad de fraude.

Por otra parte, si bien es cierto que hoy sabemos que un esfuerzo, un trauma o varios traumas repetidos son capaces de desencadenar las manifestaciones dolorosas en sujetos con columnas anatómicas lábiles por estar afectadas de un proceso de artritis deformante apofisiaria o intersomática preexistente; también es cierto que no podemos negar, *en forma categórica por lo menos*, que esos mismos factores de agravación, de reagudización, no hayan sido capaces no ya de desencadenar sino de producir la misma lesión.

Además es necesario saber también, que después del tercero o a partir del cuarto decenio de la vida, una buena mayoría de sujetos en apariencia sanos, con todos los atributos de una salud perfecta, son portadores de lesiones de artritis crónica deformante de su columna, las que hasta entonces inofensivas, han empezado a molestarlo a partir de determinado momento y con determinado motivo.

Eso mismo puede sucederle a un obrero, a un trabajador, como puede sucedernos a cualquiera de nosotros. Ese obrero hasta entonces indemne de toda manifestación dolorosa, un buen día, durante su trabajo, con motivo de un esfuerzo un poco más violento que los que ejecuta a diario o a raíz de un trauma en apariencia sin trascendencia; empieza a sentir dolores que lo afectan en su capacidad de trabajo. ¿Porqué a ese obrero, en esas condiciones, hasta entonces laborativamente eficiente y que a partir de ese momento es incapaz de desempeñar sus tareas, se le ha de negar una indemnización? ¿Porqué llevaba en sí, dicen los que se aferran como a tabla de salvación a la letra de la ley, el motivo de su incapacidad, que necesitaba tan sólo de esa ocasión para manifestarse.

A mi juicio es este un criterio a todas luces injusto y desaparecen con él desvirtuándola los beneficios de una ley que pretende por sobre toda otra consideración, indemnizar el riesgo profesional.

Lejos de mi ánimo pretender que a ese obrero, se le indemnice en igual forma y con igual cantidad que a otro en el que el traumatismo ha sido, sin ninguna clase de duda, el factor causal de la lesión. Será necesario tan sólo actuar con un criterio exacto de justipreciación del daño; pero de ahí a negarle sistemáticamente toda indemnización hay una gran distancia.

El perito con un exacto conocimiento de los distintos factores ocasionales o causales y con una experiencia dilatada en la interpretación de los distintos síndromes traumáticos de la columna, echando mano de todos los recursos que el adelanto de la radiografía pone actualmente a su alcance, es al que le corresponde la tarea de avalorar la incapacidad determinando el modo y el quantum de la indemnización.

CAPITULO X

**TUBERCULOSIS Y LEY DE ACCIDENTES
DEL TRABAJO**

TUBERCULOSIS Y LEY DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

Por el Dr. JOSE BELBEY

*Profesor titular de Medicina Legal en la Universidad Nacional de La Plata
y Profesor Adjunto en la de Buenos Aires*

El problema de la tuberculosis frente a la ley 9688 de accidentes del trabajo, es a la vez fácil y difícil. Fácil teórica, doctrinariamente. Difícil, cuando se trata de la aplicación al caso práctico de aquellos principios. Nuestra jurisprudencia, contradictoria y fluctuante, tiende a orientarse actualmente en un sentido si bien simpático por su contenido humanitario, no del todo acorde con la ortodoxia del concepto de accidente aceptado hasta ahora. Pero vayamos por partes.

La tuberculosis relacionada con el trabajo es relativamente abundante por distintas razones: 1ª Por ser esta enfermedad muy difundida en la masa de toda sociedad. 2ª Porque su producción, agravación y mantenimiento se debe preferentemente a situaciones de vida que dependen de las condiciones higiénicas del medio social (alimentación, trabajo, habitación, fatiga, temperatura. etc.) Por esa razón ha sido llamada la enfermedad social por excelencia. 3ª Razón, porque es en el obrero en quien se estudia más y mejor, y a veces llama más precozmente la atención, a raíz de coincidencias con actos del trabajo, o por acción visible y directa de él, creando una relación de causa a efecto neta e indiscutible.

En una estadística realizada por los Dres. Ismael Urbandt y Mario P. Francone, perteneciente a un trabajo leído hace poco en nuestra Sociedad de Medicina Legal y Toxicología, y confeccionada con los casos de enfermedades profesionales examinados en la Sección Higiene Industrial del Departamento Nacional de Higiene, desde Julio de 1937 al 1939, sobre un total de 76 casos examinados, ocho fueron diagnosticados de tuberculosis pulmonar revelada o agravada por la aspiración de partículas, por la humedad, etc. Es indudablemente, elevada esta proporción.

No voy a entrar en el lugar, ya común, del origen únicamente microbiano de la tuberculosis. Frente a nuestro problema, es bien sabido que, salvo un caso —el de inoculación directa traumática—, en todos los demás, la tuberculación anterior al hecho o circunstancias, es la regla. La enfermedad profesional, el accidente o las condiciones del trabajo, tuvieron el papel que luego veremos con mayor detenimiento. En cuanto a si el bacilo de Koch nos visita en la más remota infancia o además puede ser adquirido por contagio más tarde, es uno de los problemas más debatidos y, si nos colocamos en terrenos extremos, casi insoluble. Igualmente es necesario no dejar de tener en cuenta, entre otros, el criterio unicista de la vida microbiana, sostenido apostólicamente por Ferrán y otros, con la mutabilidad de los gérmenes.

Tuberculosis y enfermedad profesional. El artículo 145 del Reglamento Nacional de la Ley 9688 dice que: “A los efectos de la ley que se reglamenta, se entiende por enfermedades profesionales sólo aquellas cuya causa se debe exclusivamente al trabajo de la víctima en la profesión que desempeña”. Parecería, así, amplio el concepto y nos hubiera tranquilizado en su aplicación, ya que habría sido simple

el problema médicolegal de estudiar y encasillar caso por caso. Pero, en el artículo 149, de acuerdo al inciso e) del artículo 22, se enumeran taxativamente las únicas enfermedades que deben denominarse profesionales, y en esa lista, no figura la tuberculosis. Podría, es claro, por extensión, tenerse en cuenta esta enfermedad, como complicación o resultado, concausa sobreviniente, de estados o enfermedades sí contempladas, como la Pneumoconiosis, Tabacosis pulmonar, etc.

Es una lástima que así sea, pero quizá se ha deseado que la enfermedad profesional no dé lugar a dudas en cuanto a su directa relación con la naturaleza de la labor desempeñada. De todos modos, la tuberculosis puede ser contemplada e indemnizada, fuera de la ley 9688, en juicio ordinario, o englobada en los seguros sociales, seguros especiales, o cualquier otro modo de cubrir riesgos del trabajo. El artículo 19 del Reglamento de la Provincia de Buenos Aires incluye entre las enfermedades profesionales a la tuberculosis, lo mismo que el 41 del de la Provincia de San Juan.

Se hace la diferencia, y no deseo en esta comunicación entrar en demasiadas disquisiciones teóricas, entre enfermedad profesional y accidente del trabajo, basándose en que aquella se produce lentamente, y es el efecto de condiciones habituales —normales dicen algunos—, del trabajo habitual.

Tuberculosis y accidente del trabajo. Cuando han surgido las mayores contradicciones y discusiones, es al aplicar al concepto de accidente del trabajo, los distintos casos de tuberculosis relacionados con él.

El Decreto reglamentario de la ley 9688, en su artículo 2º, dice, definiendo el accidente, que se considera tal, “todo hecho que, en la ejecución del trabajo o en ocasión y por consecuencia del mismo, produzca lesiones corporales, me-

diatas o inmediatas, aparentes o no aparentes, superficiales o profundas. Se considera igualmente accidente del trabajo, los hechos constituídos por caso fortuito o por fuerza mayor inherente al trabajo que produzcan las mismas lesiones”.

Contemplamos, pues, como características, contrariamente a la enfermedad profesional, como ya lo dijimos con el profesor Rojas en “El paludismo como accidente del trabajo”, que “el estado patológico es debido aquí, a un hecho bruseo, inesperado”. “En general, el tipo es una herida”. Nos basábamos, para hacer estas afirmaciones, en los criterios de Borri, Rameri Loubat, Forgue et Jeanbreaux, así como en la declaración del Congreso de Lieja de 1905. Y agregábamos que “ese concepto ha orientado también los términos de la ley argentina de accidentes y de su reglamentación: la enfermedad debe ser efecto exclusivo de la clase de trabajo de la víctima”.

Más adelante volveremos sobre el alcance dado a estos conceptos por la moderna jurisprudencia, concretándonos ahora a lo más fácil y claro: al problema de la llamada *Tuberculosis traumática*. Un traumatismo, puede tener relación de causa a efecto con la tuberculosis, en modos diversos. Las conclusiones del Congreso de Cirugía francés de 1907, establecieron que “un traumatismo sin herida no puede crear una tuberculosis local. El se limita a revelar o agravar una lesión bacilar preexistente en la región traumatizada, o a localizar en el punto golpeado una tuberculosis distante, en evolución o dormida. Más raramente, si el sujeto se contamina después del accidente, la infección puede localizarse en el foco traumático que ha creado simplemente una predisposición local”. De acuerdo a esto y a la opinión de casi todos los autores que de este problema se han ocupado, podemos concluir que la tuberculosis, a raíz de un traumatismo, puede:

1) Inocularse; 2) Localizarse (reactivándose); 3) Revelarse; 4) Agravarse; 5) Generalizarse; 6) Desarrollarse (en sujetos debilitados a causa del traumatismo). Este último caso es raro, y según Bianchini, teórico; cuando se produce, puede asentarse en cualquier sitio, por lo tanto, en parte no interesada por el trauma. Veremos caso por caso.

1) *Infección tuberculosa primaria*. La inoeulación bacilar puede producirse, bien en el acto de efectuarse la herida, (primaria), o más tarde, en el curso de los procesos curativos (secundaria). Por ejemplo, los llamados tubérculos anatómicos en los sirvientes y médicos de anfiteatro; los producidos en los carniceros, en la operación de la circuncisión, tal como describen Thoinot y Dalla Volta. Este último asegura que estos casos tienen poca importancia en infortunística.

2) *Reactivación*. Se trataría de una tuberculosis inactiva, prácticamente desconocida, y puesta, más o menos rápidamente, en descubierto y localizada, por la acción de un traumatismo. Son las llamadas, por antonomasia, "*Tuberculosis postraumáticas*". Son y han sido motivo de inacabables polémicas entre los autores. Indudablemente, la enorme importancia que se les da en accidentes, está justificada en la práctica.

En regla general, se trata de una *contusión*, con o sin herida abierta. Esta contusión puede radicar en distintos sitios del cuerpo, siendo, sin embargo, los más comúnmente afectados, el *tórax*, las *articulaciones*, y los *genitales masculinos*. Cuando se trata del tórax, el órgano afectado es el pulmón; si los genitales, el epidídimo.

Manifiesta Dalla Volta que, en tanto que "hasta hace un decenio se decía que la gran mayoría de las tuberculosis quirúrgicas eran de naturaleza traumática, vale hoy el axioma: "*la verdadera tuberculosis postraumática, prescindiendo de la tuberculosis por inoculación, constituye una gran ra-*

reza". Zollinger avanza más y asegura que un caso absolutamente demostrativo de tuberculosis traumática que pueda resistir a cualquier crítica, no existe en la literatura.

En realidad, y exageraciones aparte, podemos hablar seriamente de tuberculosis traumática o postraumática, cuando a raíz de la lesión de un órgano o de una parte, antes prácticamente sano, aparece allí una localización tuberculosa. El sitio era sano, o si lesionado por la enfermedad, no era demostrable. Se trataría, pues, de la necesaria creación del clásico "*locus minoris resistentiae*", en el que se fijarían, cuando hay bacilemia, los bacilos de Koch; los existentes allí mismo pero inactivos, cobrarían virulencia, o los existentes en las cercanías, acudirían a ese sitio por encontrar campo propicio. Puede tratarse en este último caso, de un foco primario traumatizado al mismo tiempo que el sitio anteriormente indemne, provocándose la inoculación y difusión, ya sea por *vía sanguínea, linfática, o por simple contigüidad*. La mayor parte de los autores, si bien es cierto que aceptan la bacilemia espontánea con dudas, y tan sólo en los moribundos o tuberculosos pulmonares muy graves, no así la experimental.

Zollinger, en su estadística, encuentra que de 2639 casos de contusiones torácicas, sólo en 7, (el 0,26 %), puede ser discutida, desde el punto de vista pericial, la posibilidad de una tuberculosis traumática. Koch, sobre 42,000 lesiones por accidente, sólo pudo reconocer 13 veces, (el 0,03 %), la tuberculosis; de estos casos, la mitad, (el 0,15 %), se referían a tuberculosis pulmonar. (Dalla Volta). La posibilidad de infección, está demostrada por el hecho de que el sistema linfático, aunque *curado*, conserva bacilos movilizables, tanto por un traumatismo, como por otra causa patológica. Frente a la causa, que sería el traumatismo, la permanencia de los bacilos, significaría la concausa preexistente, *pero latente*.

Son conocidas las experiencias realizadas desde Max Schuller, en 1878, (dudosas, por el hecho de utilizar emulsiones sépticas), hasta Lannelonge y Achard, así como las más recientes de Petrow en 1904. Este último experimentador, inyectó dentro de articulaciones traumatizadas y no traumatizadas, productos tuberculosos puros. En el segundo caso, es decir cuando las articulaciones no estaban previamente traumatizadas, las localizaciones eran en los *ligamentos y cápsulas*, mientras que en las traumatizadas, *toda lesión de tejido*, cualquiera fuera éste, se convertía en centro de desarrollo de un foco tuberculoso.

Lesión pulmonar. (traumatismo torácico)

Las causas, según Thoinot, serían: 1) Lesión punzo o punzocortante; 2) Contusión torácica (la más común); 3) Esfuerzo violento; 4) Pulmón contuso, que posteriormente, por vía aérea, se infecta.

1) Este primer caso, no merece mucha detención, por tratarse aquí de la inoculación directa, o por la herida, posteriormente. No habría dudas.

2) Ya hablamos de la contusión, que hace que parte del pulmón se infecte por vecindad o por vía sanguínea, linfática o bronquial.

3) *Esfuerzo violento*. Por su acción, se desgarraría el pulmón en los sitios menos resistentes, es decir, casi siempre en los focos bacilares preexistentes en latencia en ese momento. La hemóptisis, es uno de los signos comunes de este tipo de lesión. Se ha dicho que además de un esfuerzo grande, dicha desgarradura puede ser producida (y la consecutiva hemoptisis), por el hecho de hablar en alta voz durante mucho tiempo, de gritar, cantar (Klemperer). Igualmente, una carrera, la exposición al sol, etc., (Sergent).

Agravación. Generalización. Empeoramiento. Está de más insistir en esto, supuesto el caso en que un traumatismo lesione focos ya notablemente adelantados. Según Reichmann, dicho empeoramiento sería rápido, no tardando más de dos o tres semanas.

Reglas diagnósticas

Es Thoinot quien las ha sistematizado en las siguientes:

a) Buena salud y utilidad anterior.

b) Contusión torácica severa y bien establecida. (hemoptisis o neumonía).

c) Relación topográfica entre la contusión y el punto de desarrollo de las lesiones bacilosas. SIEMPRE DEL MISMO LADO. CASI SIEMPRE EN EL MISMO SITIO.

d) Relación cronológica. Tanto más debe ser aceptado el origen traumático, cuanto más restringido sea el plazo entre la contusión y el desarrollo de los síntomas. Cuanto más alejado dicho tiempo, es decir, mayor el llamado *tiempo libre*, más dudoso será el origen traumático, salvo el caso de que haya fenómenos intercalares muy importantes (por ejemplo, hemoptisis a repetición).

A veces existen pleuresías traumáticas, siempre tuberculosas, que suceden a contusiones torácicas y que generalmente se inician de tres a once días después y evolucionan, ya sea aguda o lentamente y con poco ruido, "cautelosamente". Pueden curar, o ser punto inicial de una tuberculosis pulmonar futura.

Por considerar de positiva utilidad, transcribo el cuadro comparativo de los primeros síntomas típicos de la tuberculosis, después de un traumatismo, y tiempos de producción, tal como los presenta Zollinger. (de Dalla Volta).

Localizaciones	Lo más pronto	Lo más tarde
Osea y articular	4ª-6ª semana	6 meses; en caso de tuberculosis de la bóveda craneana, de la pelvis y columna vertebral, 1 año.
Pulmonar	Final 1ª semana	4 meses
Meningitis	3ª-4ª día	10-15 días
Miliar	10ª-12ª día. Muerte, lo más pronto 14 días después accidente	Fin de la 3ª semana. Muerte lo más tarde 8 semanas después del accidente.
Pleuritis	Fin 2ª semana	3ª-4ª mes
Peritonitis	2ª semana	Comienzo 4ª semana
Testículo - epidídimo	3ª-4ª semana	1ª-3er mes
Riñones	3ª-4ª semana	Iguales meses
Cutánea; mucosa; muscular.	3ª-4ª semana	Hasta 6 meses
Tendovaginitis y bursitis	2 meses	
Glándulas	3ª-4ª semana	3er. mes

Frente a la ley

No pueden existir dudas, en el caso de una pericia, si realmente hubo el traumatismo tal como en algunos de los casos que acabamos de ver. Pero hay una gran cantidad en los cuales se trata de causas o de hechos, sin las características de subitaneidad externa o interna, (accidentales) y que tienen, frente a la tuberculosis, todas las posibilidades ya mencionadas, localizando, agravando, apresurando, el desenlace, haciéndola mortal, etc. Esas causas, tendrían la característica de obrar *con ocasión* del trabajo; contempladas, como es natural, todas las otras circunstancias que exige la ley, son tenidas también, como accidentales para la indemnización por incapacidad.

Poco a poco la jurisprudencia ha ido alargando frente

a esto, su criterio de accidente, llegándose a casos en que se rechaza lisa y llanamente, la exigencia de la acción brusca, súbita, para conceptuar un accidente. Se trataría, para los nuevos conceptos de esta nueva jurisprudencia, de tuberculosis en relación con condiciones del trabajo. La tuberculosis, en el caso, sería enfermedad *ocasionada* por las condiciones normales del trabajo. Como la lista del artículo 149 del Reglamento de la ley 9688, como ya vimos, no contempla la tuberculosis, se trata de que sea aceptada como accidente del trabajo, cuando su "causa o agravación, etc., se debe exclusivamente al trabajo de la víctima en la profesión que desempeñaba", tal como contempla el artículo 145 a las enfermedades profesionales. Pero, insisto en aclarar: la enfermedad profesional es una respuesta apropiada y siempre la misma, a causas o agentes iguales; la tabacosis, por el manipuleo del tabaco; la siderosis, por el hierro; el arsenicismo, por el arsénico. En el nuevo concepto de tuberculosis ocasional, esta enfermedad puede ser despertada, localizada, etc., etc., por vapores tóxicos, por coniosis, por un estado ambiental, etc. La tuberculosis *ocasional*, en una palabra, y *realmente*, no sería, ni enfermedad profesional, ni accidente del trabajo; sería, sólo eso, *enfermedad ocasional*. Pero, como de ese modo no está contemplada en la ley 9688, fué necesario recurrir a alargar y deformar el concepto de accidente, donde no existe la lista, como para las enfermedades profesionales, limitadora. Para dar todavía mayor claridad a los conceptos y realidad doctrinaria, al mismo tiempo que recordamos algunos fallos recientes, transcribo las palabras del juez Dr. Eduardo Rojas en una sentencia del 12 de setiembre de 1938. Podemos, pues, hablar de la *última palabra* de la nueva doctrina, que es la que, continuamente sostiene nuestra Cámara Civil 1ª. Dice el Dr. Rojas: "El examen de todo ese material (la Juris-

prudencia del último tiempo) revela los plausibles esfuerzos hechos paulatinamente para llegar a establecer la distinción entre las enfermedades profesionales y las ocasionales y finalmente para equiparar éstas al accidente de trabajo típico, que generalmente es caracterizado por lesiones ostensibles y cuyos efectos son inmediatos: fracturas, heridas, etc.”... “puede sintetizarse la doctrina diciendo que se la reconoce como *accidente de trabajo* cuando la enfermedad se desarrolla *por la naturaleza de la tarea que realizaba el obrero*”. De acuerdo a este criterio, la incapacidad absoluta derivada, se fundaría en el artículo 54, inciso 5, del Reglamento: “las lesiones orgánicas o funcionales del cerebro y de los aparatos circulatorio y respiratorio ocasionadas directa o indirectamente por la acción mecánica o tóxica del accidente y que se reputen incurables”.

Como contrafiguras, recordaré, para fijar mejor el *viejo* concepto, estos fallos:

a) De la Cámara Federal de La Plata, setiembre 19 de 1930: “La tuberculosis pulmonar no es una enfermedad profesional, ni tampoco ocasional a los efectos de la ley 9688, en razón de faltarle el carácter instantáneo, repentino e imprevisto, inherente a los accidentes del trabajo producidos con motivo y en ejercicio de la ocupación del obrero”.

b) De la Suprema Corte Nacional, de julio 6 de 1931: “No procede indemnizar la tuberculosis como accidente del trabajo si falta el hecho violento determinante, la causa exterior provocadora”.

Pero no se crea que dejen de abundar los fallos a favor de la nueva doctrina. Por ejemplo, tenemos éste de la Cámara de Apelaciones de Tucumán, de agosto 31 de 1929: “La tuberculosis pulmonar contraída en el lugar del trabajo o con ocasión del mismo, constituye un accidente del trabajo”.

Y de la Cámara Civil 1ª de la Capital, noviembre 19 de 1930: "Corresponde la indemnización por accidente del trabajo, si la tuberculosis pulmonar que ocasionó el fallecimiento fué originada o evolucionó desfavorablemente debido a la intoxicación saturnina crónica determinada por el trabajo de pintor de la víctima".

Del Juez Dr. Horacio Dobranich, de diciembre 29 de 1934, en un caso en que intervine como perito. Por la acción de vapores tóxicos de anilina, una obrera agravó su tuberculosis latente, originándose una granulía que terminó con su vida. Dice el juez: "La pericia médica de los Dres. Belbey y Fernández (fs. 122), enseña que la tuberculosis que padecía la hija de los actores y que puso fin a su existencia no fué originada por el accidente (intoxicación). Pero también enseña que este accidente precipitó la enfermedad. La tuberculosis puede existir en estado latente, mientras el organismo permanece equilibrado y proporciona las defensas necesarias para anular la acción del bacilo, pero una circunstancia especial (intoxicación, golpe, etc.), quiebra tal equilibrio que agrava, localiza, revela, despierta, o generaliza la infección, provocando el terrible desenlace". La Suprema Corte Nacional, junio 24 de 1931: "El Decreto reglamentario de la ley 9688 define el accidente de trabajo en términos tales, que puede considerarse encuadrada en él la tuberculosis pulmonar". El juez R. A. Leguizamón dice que también deben considerarse accidentes, "toda clase de enfermedades o afecciones adquiridas en el trabajo o en ocasión o como consecuencia del mismo". El camarista Dr. E. E. Rivarola, en el juicio arriba mencionado en la sentencia del Dr. Leguizamón, manifiesta que "la tuberculosis puede constituir lesión adquirida en ocasión o a consecuencia del trabajo del obrero y ser considerada como accidente" ... "el hecho constitutivo

de accidentes del trabajo no ha de ser necesariamente de carácter instantáneo, repentino, imprevisto, puesto que las lesiones pueden también ser mediatas”.

El caso que veremos en seguida, es importante, pues aquí tenemos a representantes de las dos tendencias repitiendo sus argumentos. Se trataba de un limador de bronce, trabajando en su profesión desde ocho años atrás. A los pocos años comenzó a sentir malestar orgánico, manifestándose después una tuberculosis pulmonar derecha. Solicita indemnización por incapacidad permanente y absoluta. El Juez Dr. Orús, rechaza la demanda: “Como en el caso de autos no estamos en presencia de una lesión traumática, no existe, propiamente, accidente en el sentido gramatical de la palabra, ni enfermedad profesional, puesto que la ley no la incluye entre ellas”. Más adelante, aclara que no hubo aquí *lesión traumática* producida por un hecho —accidente— perfectamente determinado. Que sólo sería enfermedad si así estuviera declarada por el P. E. Nacional. *Pero*, como existe una incapacidad absoluta, conviene estudiar si el caso está comprendido “si no en su letra expresa, en la interpretación integral de sus disposiciones”. Tampoco hubo culpa grave del patrón.

Apelada la sentencia, el Camarista Dr. A. Barraquero funda su voto. Después de diversas citas, dice: “Como se ve, la ley ha rechazado, puede decirse en forma expresa, las definiciones doctrinarias sobre accidentes del trabajo, que lo hacían depender de una “acción violenta y súbita” determinante de la lesión o enfermedad”. Luego declara que está con la Comisión de la Cámara de Diputados, bastando que “el trabajo y las condiciones y los elementos del trabajo, sean la causa *ocasional* del daño”. “De suerte que cuando aparece una enfermedad *ocasional*, como en la especie del *sub judice*, que se ha despertado y evolucionado durante el

trabajo y las condiciones y los elementos del trabajo, causa ocasional del daño, no es admisible por vía de interpretación aunque no exista una “acción violenta y súbita”, excluirla del concepto de accidente de trabajo, definido por la ley y su decreto reglamentario, máxime cuando científicamente está comprobado que ha contribuido a despertarla un traumatismo provocado por las partículas de bronce, desprendidas durante la tarea del obrero” ... “La circunstancia de que el traumatismo sea debido a un hecho-*causa*-lento y persistente y no súbito, no lo desvirtúa, desde que la letra de la ley, ni el espíritu de su artículo 1º, como lo he demostrado, autoriza para inferir que sólo cumple considerar indemnizable una enfermedad ocasional cuando revista una forma súbita o repentina”. El Camarista Dr. Mantilla, en disidencia, se afianza en el hecho de que la tuberculosis no está incluida en la lista como enfermedad profesional y “probarse la existencia del accidente o que el traumatismo sufrido produjo o despertó una tuberculosis, siendo necesario entonces que la lesión provenga de la acción violenta e imprevisible de una causa exterior y que tenga una vinculación directa de causa a efecto con la enfermedad contraída”. El Dr. Sauze se adhirió al criterio del Dr. Barraquero.

En otro caso del año 1936, el Juez Dr. Gómez Molina manifiesta: “Y por ello la jurisprudencia admite que el concepto “accidente” comprende no sólo la lesión traumática o mecánica, sino también las afecciones patológicas o psíquicas que son una consecuencia del régimen de labor” ... “La tuberculosis padecida por el obrero X., de no considerarse como una de las enfermedades del artículo 22, debería reputarse, entonces, como una consecuencia de una lesión progresiva *ocasionada* en y por el ejercicio de su profesión, es decir, caería dentro del inciso 5º del art. 51 del Decreto

reglamentario" ... "Su frecuencia (de la tuberculosis), la índole típicamente profesional que suele revestir y su trascendencia social, exigen una solución más equitativa, más conforme con las necesidades del bienestar colectivo". La Cámara, contra el voto del camarista Dr. Faré, revoca el fallo del Dr. Gómez Molina.

Este otro caso, resuelto también en segunda instancia por la Cámara Civil 2ª en 1938, es demostrativo de su tesis. Se trataba de un obrero que durante más de 8 años realizaba su tarea que consistía en colocar y retirar chapas de cinc en una pileta con una solución de ácido sulfúrico al 21½ %. Diariamente tenía, por ese motivo, que inclinarse un número enorme de veces sobre la pileta e inhalar los vapores que desprendía dicha solución que se encontraba a una temperatura entre 60 y 70 grados. El estado de salud del obrero había sido siempre bueno. Al cabo de los ocho años de labor, se manifiesta su tuberculosis pulmonar. Es "la especie de su labor quien lo ha conducido a su estado actual"; "con motivo y en ocasión del trabajo"; "el actor ha adquirido su enfermedad o la ha reactivado si preexistía latente"; "no se requiere más, según el artículo 1º de la ley 9688". "Está suficientemente acreditado en autos con los informes periciales que las condiciones y naturaleza del trabajo constituyeron un elemento decisivo que reveló y agravó la enfermedad origen de la demanda". Con este último párrafo, la citada Cámara confirma la sentencia del inferior.

Podría multiplicar los casos y las sentencias, tanto bajo el punto de vista doctrinario, como puramente pericial o narrativo. No lo hago, porque el perito que lo desee, tendrá abundante material en las publicaciones forenses. Lo que realmente interesa saber, es qué debe hacer el médico perito ante la notoria discordancia de la jurisprudencia, frente a

la aparente claridad de los textos legales. Simplemente, como siempre, decir lo que ve, lo que comprueba, lo que sabe; las relaciones de causa a efecto, así aquellas esten o no contempladas en las leyes o sus reglamentos. Ya sabemos que la tarea del médico legista es dar los elementos, objetivamente encontrados, al juez. Lo demás, la vitalidad de los textos, su elasticidad o rigidez, es cuestión ajena a la verdadera pericia. Tan es así que continuamente vemos, como en el caso de la tuberculosis *ocasional*, distintos criterios jurídicos en la apreciación y conclusiones frente a los mismos hechos e iguales observaciones medicolegales.

Surge de todo lo que hemos visto —y ese fué mi deseo con claridad quizá no conseguida—, que hay gran cantidad de casos de tuberculosis en trabajadores, reveladas, agravadas, generalizadas, etc., a raíz de la índole de trabajo y su acción continuada. Esas tuberculosis, por no estar la enfermedad contemplada en la lista de las profesionales, no pueden ser consideradas. Tampoco, con el criterio estricto y clásico de accidente, pueden ser tenidas por accidentales. Y sin embargo, la enfermedad existe; y sin embargo, hay una incapacidad para el trabajo indiscutible; y sin embargo, la labor desempeñada tuvo eficacia en el drama. ¿Es posible dejar en el desamparo legal a esos obreros, tan solo porque la ley no previó el caso o no hubo suficiente claridad en los textos? No seamos, por prurito legalista, o por mantener convicciones sobre el alcance de algunos términos, menos humanos, menos justos que estos jueces que encontraron una solución, en la necesidad de reparar con un elevado espíritu, lo que la ley olvidó o no aclaró suficientemente.

CAPITULO XI

SIMULACION Y ACCIDENTE

SIMULACION Y ACCIDENTE

Por el Dr. OSCAR GOMEZ

Jefe de trabajos prácticos de Traumatología médicolegal

Simulación y accidente, es el tema que debo desarrollar, pero es tan vasto y los problemas que encierra a veces son tan difíciles de resolver cuando se los encara desde un punto de vista justo y ecuánime, substrayéndose de todo sentimentalismo y ateniéndose a las severas normas médico-legales, que la tarea resulta harto difícil para encuadrarla en el tiempo de que dispongo.

El perito debe situarse a la altura de las circunstancias. Debe ser justo en la apreciación de los hechos, estudiar concienzudamente el caso sobre el cual debe expedirse y no dejarse impresionar ni por el llanto ni las lamentaciones de una parte, ni por la fuerza no siempre persuasiva de la otra. Tan respetables son los intereses de ambos, que a pesar de los términos amplísimos de la ley, la Justicia exige antes de dar su fallo nuestro informe pericial, en mérito al cual el Juez dictará sentencia.

Por eso, no está demás decirlo, ese informe debe ser juicioso y meditado y sus conclusiones la resultante de un estudio minucioso.

Existen una serie de problemas, tales como por ejemplo

ciertos traumatismos leves o fuertes de la región lumbar, del tórax, de la columna, etc., que determinan situaciones difíciles de resolver. El estudio radiológico de la región afectada, y muchas veces tratándose de la columna, de las regiones supra y subyacentes, muestran lesiones completamente ajenas al accidente invocado. Son, con toda seguridad y aparte de las lesiones de orden idiopático, congénito, reumático, inflamatorio, etc., *la consecuencia de esfuerzos y traumatismos repetidos durante años, pero que jamás molestaron al obrero*, y que a raíz de un esfuerzo, de un golpe, de una caída, etc., se ponen de manifiesto, determinando insuficiencias de la columna.

Estas lesiones son como aquellas de las enfermedades profesionales, la resultante de la acción continuada y repetida durante años de un trabajo rudo, constituyen una verdadera enfermedad que podría llamarse *la enfermedad del trabajo* y en la cual, muchas veces, una causa banal, determina ese cuadro tan complejo y difícil de aclarar y de resolver, campo fértil y muchas veces explotado, donde fácilmente pueden establecerse cualquiera de los tipos de la simulación que estudiaremos.

Pero analicemos, antes de seguir adelante, cuáles son a nuestro juicio sus causas inmediatas y cuál es la finalidad que se persigue al plantearse esas situaciones médico-legales.

Casi simultáneamente con la promulgación de la Ley N° 9688, llamada "*de responsabilidad por accidentes de trabajo*" y que es, como se sabe, una ley de *reparación pecuniaria* para indemnizar las incapacidades determinadas por los infortunios ocurridos en el trabajo, comenzaron a presentarse una serie de problemas de orden médico, jurídico y social condicionados por las dificultades inherentes a la determinación

de esas incapacidades, así como también por el aumento considerable de los hechos fraguados, exagerados, entretenidos o agravados, muchos de ellos de tal significación, que llegaron a preocupar muy seriamente a las entidades encargadas de correr con los riesgos del seguro.

De ahí surge, para las compañías aseguradoras, la necesidad de asociarse y de organizarse, no sólo para prevenir y contrarrestar el quebranto que tales hechos les producían, oponiendo un frente común que como un dique protegiera sus intereses tratando de nivelar los desequilibrios económicos que les ocasionaban, sino también, con el *objeto de evitar que los accidentados o sus patrocinantes demandaran* el cobro de altas incapacidades y a veces el de la *vida entera en diversas compañías*, simulando accidentes idénticos o parecidos al ocurrido con posterioridad al cobro de su primera indemnización y cuestionando invalidez absoluta y definitiva como ha ocurrido en varias oportunidades y en un caso de sacralización de la 5ª vértebra lumbar, en el que se descubrió esa situación cuando iniciaba la tercera demanda por incapacidad total, después de haber cobrado dos veces más del 90 % de la vida.

El fundamento doctrinario de la ley 9688 es igual al de sus similares extranjeras.

Se basa, como todas ellas, en el principio jurídico del riesgo profesional, y constituye, por ese hecho, una excepción a los preceptos generales del derecho común, porque acepta sin necesidad de prueba por parte del obrero, la responsabilidad patronal, sin que llegue a probarse su culpa o su responsabilidad por negligencia en la producción del accidente.

Es lo que en Derecho se llama el *principio de la inversión*

de la prueba (del onus probandi) y en virtud del cual es posible obtener una reparación del daño sufrido, por el solo hecho de que el accidente o la enfermedad profesional guarden relación directa y de causa a efecto.

Bajo su amparo, surge esta ley que entre nosotros lleva el número de 9688, cuyo texto y cuya reglamentación establecen, entre otras cosas, *normas que hagan factible a la clase trabajadora la obtención rápida y efectiva de la indemnización*, porque ajustándose a los principios del Código Civil resultaba muy difícil probar la existencia de negligencia o culpabilidad patronal.

En la interpretación de esta doctrina, la jurisprudencia, con un amplio criterio de equidad y de justicia, ha cumplido con el deseo del legislador que, al promulgarla, se inspiró en el humanitario propósito de ayudar a la clase trabajadora con una ley que ajustase su función social no sólo a la protección del obrero invalidado para el trabajo y víctima de un accidente o enfermedad profesional, sino que alcanzara a proteger también a la familia del mismo en caso de muerte.

En compensación a esta amplia responsabilidad patronal, se limitaba la prima estipulada como indemnización, sin llegar a reparar íntegramente el daño sufrido como lo establece el Derecho Civil.

El principio jurídico del riesgo profesional, obedeció a una necesidad; nace como una consecuencia lógica y paralelamente con el desarrollo de la industria y para que se adoptara como doctrina se hacía necesario la intervención del Estado, llevando la tranquilidad a la clase obrera, removiendo las causas que implicaban una desigualdad, fijando normas para la ejecución de los contratos y satisfaciendo sus necesidades más apremiantes.

La Encíclica del Rerum Novarum publicada en 1891,

que constituye por su esencia y por su contenido “una verdadera carta magna de las reivindicaciones del proletariado”, establece lo que debían ser las relaciones entre patronos y obreros, señalando sus deberes y sus derechos. (Espasa).

En virtud de ella, el Papa León XIII sugería a los gobiernos de todas las naciones, la necesidad de proteger y de defender a las clases más desamparadas por su pobreza. Tuvo asimismo la virtud de conmover y de escitar a los sociólogos, juristas y legisladores, quienes, avocándose al estudio que esos problemas sociales exigían, comenzaron a interesarse por ellos, procurando mejorar las necesidades de la clase trabajadora, y uno de cuyos líderes en la Cámara de Diputados de la Nación, fué el doctor Arturo Bas.

La promulgación de leyes especiales de protección social y la tutela del Estado, aseguraron la defensa de los derechos que reclamaban, y esas leyes acordaron a las víctimas de un accidente del trabajo, antes abandonados a sus propios destinos, el derecho a su asistencia gratuita y la obligación por parte del patrón a indemnizarlo con el medio jornal durante el tiempo de su invalidez y al resarcimiento económico en caso de incapacidad, facilitándoles además los trámites del juicio.

Puso a su alcance *un instrumento sencillo, práctico y seguro para el logro de la reparación.*

Para evitar que se desvirtuaran sus propósitos, dejó claramente establecido en su artículo 13, que la indemnización no puede ser objeto de embargo, transacción o renuncia, gozando de todas las franquicias y privilegios acordados por las leyes civiles y comerciales al crédito por alimentos y en los artículos 23 y 24 que establecen, además, “la nulidad de toda cláusula que exima al patrón de su responsabilidad y nulas de pleno derecho y sin efecto alguno las obligaciones contraídas por las víctimas, o por sus derechohabientes, con interme-

diarios que se encargan mediante emolumentos convenidos anticipadamente de asegurarle el goce de los derechos reconocidos por la Ley''.

Pero tales *franquicias, privilegios y seguridades, tan ampliamente acordadas por la ley*, fueron como un estímulo que excitó la imaginación del siniestrado unas veces, avivando otras veces la codicia de los que en conocimiento de la ley trataron de aprovecharla, sugiriéndoles la posibilidad de beneficiarse más aún.

Así surgen una serie de hechos y de problemas, muchos de los cuales tienen su origen en entidades especializadas y consultorios médico-jurídicos que han llegado, en su afán reivindicatorio, a desvirtuar y corromper los fundamentos básicos de la ley y dando lugar a que el Departamento Nacional del Trabajo dictase medidas para prevenirlos y para evitarlos; y en Rosario de Santa Fe se llegara hasta a pedir el desafuero de un diputado provincial, como en el caso radicado en el Juzgado del Crimen del doctor Borzone y ocurrido el 17 de marzo de 1938, causando, como es lógico, un gran revuelo en las esferas políticas, sociales y forenses, por la destacada actuación del acusado.

Este ejemplo de industrialización tiene otros antecedentes que no voy a mencionar y que han dado lugar, con sus maniobras dolosas, a una reacción de los magistrados, que impusieron en muchos casos graves medidas disciplinarias a los letrados patrocinantes.

Uno de esos problemas, tal vez el más interesante del punto de vista médico-legal, es el que se refiere a la *simulación*.

Ellos no nacen, como pudiera deducirse de lo anterior-

mente expuesto, con la ley misma, aunque a veces la jurisprudencia pudo haberlos favorecidos con algunos fallos, ni es una consecuencia de esta ley de resarcimiento pecuniario; ellos solamente han recrudecido en nuestro medio como ocurrió antes en Francia, Italia, Alemania, etc., con la promulgación de leyes análogas, han aumentado su número y cambiado sus modalidades.

En realidad, la simulación no es un problema de la época moderna ni surge a raíz de la promulgación de esas leyes especiales de protección obrera, constituyen sin embargo algunas de sus formas un problema biológico que deriva en muchos casos de las necesidades económicas por falta o escasez de trabajo, y en otras formas (que son las menos) llega hasta la delincuencia, simulando unos el accidente y actuando otros como testigos falsos, como en el caso que inicia la demanda por ante el Juzgado del doctor Orús, Secretaría Ernesto Funes Lastra y que, pasados los antecedentes a la Justicia Federal por tratarse de un asunto ocurrido en la zona portuaria, el Juez doctor Jantus condena a los prevenidos por tentativa de estafa y falso testimonio, hallándose reunidos, agrega, "los requisitos exigidos por el artículo 366 del Código de Procedimientos en lo Criminal", dictamen que fué confirmado por el Fiscal de Cámara y confirmada también la sentencia por la Excm. Cámara Federal el 28 de abril de 1939, con la firma de los doctores Carlos M. del Campillo, R. Villar Palacios, E. de Olazo y N. de González Iramain.

La simulación constituye un fenómeno psicológico que ha existido en todos los tiempos y bajo los aspectos más diversos, y se citan como ejemplos clásicos los casos de Odiseo y de David, de Ulises y de Solón el Ateniense en la más remota antigüedad.

En los tiempos del Imperio Romano, era tan frecuente la simulación, que una de las obras que más fama dieron a Galeno, fué sin duda, un tratado referente a la simulación y a la forma de despistar las enfermedades simuladas, y en la Colección legislativa de Justiniano se dictan preceptos para los funcionarios que tenían la obligación de comprobar la salud de los ciudadanos, cuando para eximirse de los cargos públicos, pretextaban enfermedad.

También Ambrosio Paré refiere cómo los mendigos y las mendigas exageraban sus defectos para conseguir mejores limosnas excitando la piedad pública.

La simulación es aprovechada unas veces como pretexto para determinar la nulidad de los actos y de los contratos; otras veces con el fin de eludir una obligación jurídica o una responsabilidad civil o criminal; también lo es, y con cierta frecuencia, para eximirse del servicio militar, o como en el caso que nos ocupa, *para explotar en provecho propio una situación, sin preocuparse — como afirma Legrain— “de las nociones de justicia y de equidad, y tratando en cambio de sacar el mejor partido posible”*. Esgrime como pretexto la situación precaria del infortunado, enfermo, herido o accidentado frente a la potencialidad económica de la industria que lo contrata para aprovechar su trabajo y enriquecerse.

Demuestra en la mayoría de los casos un interés manifestado en relacionar a cualquier traumatismo, todos sus padecimientos, todas sus enfermedades, y todas las afecciones quirúrgicas que puedan presentar en un momento dado y que los prejuicios médicos populares conducen, como es sabido, a facilitar y a favorecer el fraude.

El médico es muchas veces engañado por los accidentados que se atienden por cuenta del patrón o de las compañías aseguradoras. No ocurre lo mismo si lo hacen por su cuenta o en el hospital y cuando por determinadas circunstancias no se hallan bajo la protección y el amparo de la ley. Pero fuerza es decirlo, *el médico es muchas veces el culpable de esa situación, porque ha despertado o influenciado con su instigación involuntaria*, la comisión del fraude, sugiriendo al enfermo que se examina, los síntomas de la enfermedad o las manifestaciones más salientes de sus escuelas.

“Se simula bien aquello que se imita, aquello que se padece o que se ha padecido”, afirma Lassegue, pero con frecuencia, el deseo de una mayor remuneración exita bajo su influencia la facultad imaginativa del sujeto, creando unas veces, exagerando, perseverando o amplificando lo más frecuentemente otras veces, esos síntomas, y llegando en ocasiones a provocar verdaderas neurosis.

No es raro ver en los sujetos accidentados del trabajo, una alteración psíquica especialísima traducirse en un estado espiritual tan particular que lo incita a no efectuar el esfuerzo necesario para volver a su trabajo.

No se trata, como pudiera creerse en estos casos, de una simulación verdadera, conciente y estudiada, tampoco persevera ni amplifica su dolencia. Le anima un solo deseo, persigue una única finalidad: *trata de sacar la mayor ventaja posible de su infortunio*, procurando cobrar el máximo posible de indemnización, sin importársele que el abandono de su tratamiento será perjudicial para su dolencia.

Balthazar denomina con toda exactitud esta situación tan particular, esta alteración psíquica evidente, “*neurosis de la renta*”. Estos enfermos, así deben denominarse porque son verdaderos estados morbosos, presentan como las neurosis trati-

máticas un sintomatología de lo más compleja en su esfera psíquica y nerviosa, pero con predominio de una sintomatología funcional. Lo que más llama la atención es el cambio brusco de su carácter, pasan bruscamente de la abulia a la irritabilidad, acusan dolores vagos en la cabeza sin localización precisa, denunciando a veces vértigos y topoalgias *sine causa*, pero con los caracteres de una *obsesión*. En muchas ocasiones, a pesar de su curación clínica, la menor insinuación del médico en ese sentido lo exalta desencadenando sus crisis; lequidado del perito que ponga en duda sus afirmaciones!

Entonces se excita, llora y se desespera, hace ostentación de una sintomatología aparatosa y bizarra hasta lo inverosímil, procurando poner de manifiesto su completa inutilidad, su incapacidad más absoluta para ejercer sus tareas habituales u otra cualquiera, y hasta para ejecutar lo más elemental de su vida de relación.

Tienen sin embargo, una particularidad importante que hay que destacar. Este cuadro, en ocasiones tan dramático y conmovedor, que alarma a sus familiares y sorprende a los que se interesan por su salud, cambia bruscamente, se desvanece por lo general en forma súbita, y este fenómeno a veces milagroso como el de Lázaro se opera solamente con el cobro de una elevada indemnización o con un fallo adverso de la Justicia, como en un caso que tuve oportunidad de ver con el doctor Caride y que más adelante comentaremos.

Pero es interesante recordar como un ejemplo típico de lo que acabamos de exponer, el caso ocurrido hace ya tiempo al doctor Unzain cuando ejercía las funciones de presidente del Departamento Nacional del Trabajo.

Un obrero que había sufrido una lesión traumática de una pierna, y con un estado psíquico análogo al que acabamos de describir, reclamaba una indemnización mayor que la asig-

nada por los médicos del Departamento Nacional de Higiene.

Consigue, después del peritaje a que se le somete, un aumento de un 20 ó 25 % más de lo estipulado con anterioridad.

Acudía casi diariamente al Departamento del Trabajo con muletas, arrastrándose casi, porque según decía no podía hacerlo de otra manera, pero el mismo día que cobra su indemnización le deja de regalo las muletas al doctor Unsain.

En general, el simulador trata hábilmente de impresionar a los que le rodean, *provocando una situación equívoca o contraria, pero siempre favorable al fin que persigue.*

Su astucia alcanza muchas veces a despistar al médico que lo atiende o que le examina como perito. Debe sin embargo efectuar un gran esfuerzo de su voluntad; debe poner suma atención en sus expresiones, en sus actitudes y en sus movimientos. *La inconsecuencia o el olvido en la representación de los diferentes síntomas que debe simular, le traicionan la mayoría de las veces.*

Krafft Ebing, hace notar las enormes dificultades con que tropieza un actor para simular en escena con naturalidad y corrección la secuela de una lesión traumática o una enfermedad del sistema nervioso, etc., a pesar de su talento y de su arte, y con la ventaja, además, de tener escrito su papel y de representarlo una o dos horas por día solamente.

Recuerdo haberlo oído al gran artista Ermette Saccone, referir su asistencia diaria y durante meses al hospicio, para estudiar y poder encarnar con la veracidad digna de su arte, el protagonista de alguna de sus obras; *pero el simulador*

generalmente ignorante, debe crear su propio papel y además debe representarlo durante semanas y meses enteros.

Si nos atenemos a lo manifestado por Imbert para quien "simular una herida es provocar la aparición de un cuadro clínico que sugiera la idea de una lesión accidental", podemos afirmar desde ya que la simulación verdadera como expresión de perturbaciones objetivas o subjetivas, provocadas o imaginadas por el sujeto con el fin de inducir en error voluntaria y conscientemente, tal como lo expresa Ballet, es un hecho poco frecuente.

Sin embargo es tan confuso muchas veces el cuadro clínico, que resulta difícil sino imposible, averiguar la verdad.

De acuerdo con lo expresado más arriba, hace muy poco tiempo que he podido establecer la verdad de un hecho observado con alguna frecuencia y desde hace muchos años.

Se trata de una lesión caracterizada por la presencia de una, dos o tres ulceraciones de tamaño algo mayor que una moneda de 20 centavos, infundibuliforme, de bordes netos y cortados a pico, de fondo rosado, con escasa secreción seropurulenta, de carácter francamente atónico y de evolución indefinida cuando no se sospecha el fraude.

Situadas generalmente en los miembros inferiores sobre todo en la cara anteroexterna de las piernas, se las observa también, pero con menos frecuencia, en el tercio inferior de la cara interna o externa de los muslos, en la cara externa de los brazos y antebrazos y raras veces en la región interescapular.

Estas lesiones se observan especialmente entre los estibadores y obreros de todos los puertos del mundo, han constituido verdaderas epidemias en Marsella y en nuestro ambiente recrudecen en las épocas de poco trabajo. Es común en los sujetos de raza árabe, armenios, turcos, etc. y la manera de provocarlas es muy interesante.

Un tubo cilíndrico de género de 10 a 12 cms. de largo por 1 $\frac{1}{2}$ a 2 cms. de diámetro, arrollado y cocido en su borde libre, es aplicado al lugar donde se desea provocar la ulceración. Se enciende luego su borde libre manteniéndolo *in situ* hasta su completa combustión.

El sujeto siente primero una comezón, luego ardor y a medida que el fuego va aproximándose a la piel, acusan una sensación de quemadura, pero sin que ésta les provoque un dolor intolerable que les obligue a suspender la operación, que dura más o menos 1 hora.

Al cabo de ese tiempo se ha producido una escara blanco-grisácea, circundada por un halo rosado y la mortificación de los tejidos llega hasta el celular o hasta la aponeurosis en los sujetos delgados.

En los días subsiguientes aquella escara se retrae, se desprende y cae, dejando en su lugar la ulceración.

Pero si curiosa es la forma de provocarla, más original todavía la manera de evitar su cicatrización.

Para ello, se colocan todas las mañanas un garbanzo dentro de la cavidad, el cual, en contacto con las secreciones de la úlcera se hincha y de esta manera mantienen indefinidamente abierta la brecha así provocada. Solamente con la aplicación del método de Orr, dejando enyesado el miembro durante algún tiempo se consigue la curación de esa herida.

Lo que acabo de expresar tiene su confirmación en el siguiente ejemplo.

Abdo A., árabe, de 38 años, contra la Cía. de Comercio Limitada Waveren.

Se trata de un obrero estibador del puerto de Buenos Aires que trabajaba estibando bolsas.

Reclama el pago de una indemnización equivalente al 70 % de 1000 jornales por padecer de una úlcera de la pierna

consecutiva a un accidente del trabajo, (hacía dos días que trabajaba y nadie vió el accidente, presentándose varios días después a retirar su tarjeta de asistencia).

Entablada la litis, en los peritajes de partes, acepta uno y niega el otro la validez del hecho invocado y el perito tercero, después de interesantes consideraciones llega a la conclusión de que se trata de un simulador; conclusiones que el Juez doctor Raúl Perazzo Naón acepta rechazando la demanda con costas.

Otro caso interesante es el que se refiere a los edemas duros provocados, afección que tuvo su auge hace varios años, descrita por primera vez en 1904 por Secretan, pero que en la actualidad es poco frecuente.

Lo corriente es observar la aparición de los grandes edemas en los obreros que han sufrido alguna lesión traumática o la fractura del miembro inferior. En estos casos, se trata solamente de una exageración y eso lo consiguen permaneciendo de pie durante largo tiempo o efectuando marchas prolongadas y previas al examen, edemas que desaparecen con el reposo.

Constituye sin embargo una manifestación que acompaña casi siempre a todos los traumatismos y es la consecuencia habitual de cualquier golpe o contusión. Tiene la característica de desaparecer en pocos días con el reposo; en cambio el edema duro al que nosotros nos referimos, lejos de desaparecer aumenta, *aquél es elástico y blando*, deja la impresión del dedo y la piel es fina y de coloración casi siempre normal, en cambio éste, *es duro, resistente y no cede a la presión del dedo*. La piel es gruesa, pigmentada, aumentando considerablemente el espesor de los tejidos y simulando el de la elefantiasis.

Se llega a esta situación mediante el traumatismo repetido, pero la lesión no se detiene sólo a las partes blandas, superficiales, piel y tejido celular.

En aquellos sujetos que se someten a esta tortura durante largo tiempo, sufren además lesiones de las *vainas de los tendones del dorso de la mano* (que es la región de preferencia) y el examen radiológico muestra una marcada *osteoporosis*, una evidente transparencia ósea. La imagen es menos negra, *es grisácea y difusa y su trabeculización es menos nítida*. Esta *osteolisis* es parecida a la que se opera en las inmovilizaciones, muy prolongadas, y no se acompaña de reconstrucción o de regeneración ósea.

Tal es el caso del obrero Ubaldo A., que demanda indemnización por accidente del trabajo.

Dice haber sufrido una contusión en el dorso de la mano izquierda. Se le atiende y cura, cobrando sus medios jornales. Se accidenta el 3 de abril y es dado de alta el 4 de mayo, iniciando el juicio el 10 de junio.

Establecida la demanda, los peritos difieren fundamentalmente; uno establece terminantemente que el obrero sufre una incapacidad de más del 65 % de la función de la mano izquierda; el otro afirma que sólo se trata de un edema provocado por contusiones múltiples y repetidas sobre el dorso de la mano, situación que mediante la vigilancia que se ejercía sobre el sujeto se llegó a comprobar lo hacía con una cebolla envuelta en un pañuelo.

Breve, el Juez doctor Olmedo, aceptando las conclusiones del perito tercero, rechaza la demanda con costas.

Son estos dos casos, ejemplos típicos *de simulación consciente y verdadera*, de aquellas en que el sujeto, falseando la verdad de los hechos, atribuye a un accidente.

Pero son muchas veces circunstancias extrañas, intereses personales y *necesidades económicas*, como queda dicho, las causas que incitan al sujeto a tentar la comisión del fraude, dilatando la curación y determinando durante la evolución de su fractura, de su lesión o de su enfermedad, un estado cerebral subconciente que lo conduce involuntariamente a la simulación.

Esto ocurre con frecuencia en los trabajadores del campo y también en los estibadores, etc.

Entretienen y prolongan sus lesiones, perseveran sus secuelas y simulan una incapacidad que no tienen, porque llegada la época de la nueva cosecha, todo aquello desaparece. De esa manera, dilatan durante meses el cobro de sus medios jornales, aquilatando una pequeña renta, precaria pero suficiente para las necesidades de su vida y porque además se ahorran la vivienda y los gastos de subsistencia mientras se hallan internados.

La simulación es el conjunto de manifestaciones conscientes y estudiadas en las que se afirma la voluntad del sujeto por engañar al médico, tratando siempre de beneficiarse.

Tal es el caso de Tayr A., árabe, de 28 años, estibador, ocupado por el patrón de una lancha.

El día del hecho, empieza su jornada de trabajo a las 7.30 horas y a las 9.30, dos horas después de iniciada, pide la tarjeta de asistencia, aduciendo un accidente que lesionó su rodilla izquierda pero que nadie había comprobado.

Entablada la demanda, el obrero reclama una crecida indemnización, pero no estando de acuerdo los peritos de partes, el Juez doctor Rafael Mantilla, Secretaría Arturo González,



SIMULACIÓN Y ACCIDENTE

de acuerdo con el dictamen del perito tercero, concluye aceptando la existencia de una fractura del quinto superior del peroné, bien consolidada, sin secuelas, pero de antigua data y sin conexión alguna con el accidente actual, por cuyo motivo falla rechazando la demanda con costas.

Típico ejemplo de *simulación meditada y consciente*, donde se aprecia la firme voluntad del engaño.

Su frecuencia varía según la forma, y de acuerdo a nuestra organización es difícil establecer cálculos exactos; sin embargo, ya lo hemos dicho, la simulación verdadera es rara en lo que se refiere a las afecciones quirúrgicas, no así en otras afecciones, sobre todo nerviosas, orgánicas o funcionales, tales como ciertas parálisis, atrofas musculares, la histeria, etc., y que nosotros no estudiaremos.

Por lo general, afecta la forma *unipersonal*, pero puede también presentarse bajo la forma de simulación *colectiva*.

Es el caso de un conjunto de trabajadores que reclaman indemnización por lesiones idénticas.

Esta situación, que tiene antecedentes jurídicos entre nosotros, fué puesta de manifiesto últimamente en un telegrama de Moscú, aparecido en "La Prensa" del 19 de diciembre de 1938.

Se aseguraba que en Rusia se modificaría el seguro social debido a los abusos y porque de acuerdo a lo expresado por Andreef, Presidente del Comité Sindical de las Fábricas de Moscú, "la actitud de tolerancia con los que se accidentaban y

especulaban con sus molestias reales o fraguadas, formaban legión, que socavaban la disciplina del trabajo, beneficiando sólo a los holgazanes”.

Entre nosotros ocurrió el hecho en Cañada Ucle y también en el puerto de Rosario, y dió motivo a que el P. E. de la provincia de Santa Fe pasara los antecedentes a conocimiento de la Justicia de Instrucción.

Se trataba de un grupo numeroso (como de 50 trabajadores), todos de nacionalidad polaca, que se presentaron al Departamento Provincial del Trabajo reclamando contra sus patrones indemnización por accidente.

La lesión que presentaban era idéntica en todos, y afectaba en todos también, un dedo de la mano.

La similitud de la lesión, así como la forma de presentarse, llevó al convencimiento de que se trataba de una autolesión; comprobada la sospecha, el Gobernador dictó el decreto a que hicimos referencia.

Constituye el de la simulación, un capítulo tan vasto y complejo, que el marco de tiempo permitido para esta disertación resultará breve para estudiarlo en su conjunto. Por eso, nos ocuparemos solamente de aquellas situaciones que se relacionan con la ley 9688 y que en su mayor parte se refieren a la simulación de las lesiones de orden quirúrgico, tratando de establecer además, si aparte de la vigilancia de los sujetos sospechosos, el estudio clínico del caso es capaz de suministrarnos los elementos de juicio suficientes, para aceptar, o para rechazar la existencia de un hecho simulado.

Entrando pues, al fondo de la cuestión, estudiaremos:

a) Las diversas formas de la simulación;

- b) Elementos de juicio que nos permitan descartarla, presumirla o afirmarla, y
- c) El diagnóstico de la simulación.

A) *Diversas formas de la simulación*

En su acepción más amplia, *la simulación, ya se trate de accidentes o de enfermedades profesionales, significa el deseo del enfermo o del cliente que obrando de mala fe trata de engañar al médico con fines especulativos.*

Comprende dos formas importantes: a) las afecciones disimuladas, y b) las afecciones pretextadas, que tienen importancia desde el punto de vista de los contratos individuales, ya con el fin de eludir compromisos o de sacar ventajas que le reporten una mayor indemnización, y si bien es cierto que no afectan por el momento la contratación del seguro obrero, empieza ya a interesar en los contratos colectivos, por el hecho de que va entrando en la práctica corriente y con fines profilácticos, la revisión previa de los asegurados, con el objeto de evitar futuros conflictos o demandas de indemnización, por hernias, varicoceles, hidroceles, secuelas de traumatismos anteriores, mutilaciones o falta de algún dedo, lesiones óticas oculares, prolapso uterino, la falta de algunas piezas dentarias y sobre todo los epilépticos que afirman que sus ataques proceden casi siempre del último traumatismo sufrido, etc.

Es evidente la divergencia que existe para agrupar y clasificar con fines didácticos y para su mejor conocimiento las diversas formas de la simulación.

Así por ejemplo, vemos que Boisseau propone una clasificación completa, estableciendo dos grandes grupos: 1º el de las lesiones o enfermedades simuladas propiamente dichas, y en el que se incluyen en subgrupos las enfermedades o acci-

dentes, imitados, alegados y exagerados, y en el 2º grupo, las lesiones o enfermedades provocadas, incluyendo las lesiones agravadas, entretenidas, o las provocadas propiamente dichas.

Röhmer distingue tres formas: a) la simulación de los males subjetivos, b) la simulación de los males objetivos, agrupando en un tercer grupo las enfermedades profesionales establece la relación entre una enfermedad cualquiera y un accidente de ltrabajo.

Roussy y Lhermitte refieren también tres clases de simulación:

- a) La simulación por enfermedades simuladas;
- b) La simulación creadora, y
- c) La simulación exageradora y perseveradora.

Para Byron Bramwell existen:

- a) El simulador que trata de engañar estando en perfecto estado de salud;
- b) El que atribuye a un accidente una enfermedad de la que ya sufría con anterioridad, y
- c) Al exagerador que prolonga los efectos del accidente sufrido.

Como se ve, en éstas y otras clasificaciones se habla en todas de simulación verdadera y consciente, así como también de las diversas formas a que el sujeto acude con el objeto de entretener, agravar, exagerar o imitar una lesión ocurrida en el trabajo. En todas sus formas hace abandono de ltrabajo, pierde situaciones mantenidas durante años en fábricas y talleres, acariciando el logro de una indemnización remunerativa, pero inducido la mayoría de las veces por consejos optimistas terminan, como dijimos al comienzo, acusando la verdadera enfermedad, *la abulia laborativa del resarcimiento*, en suma la neurosis de la renta de que habla Balthazar.

De acuerdo con nuestra experiencia y según su frecuencia e importancia, ya sea que el sujeto imite o provoque su dolencia, o bien, si después de algún tiempo de haberla sufrido la reproduce consciente y voluntariamente, o si las entretiene oponiéndose a su curación y exagerando muchas veces los accidentes más leves pero reales, aceptamos tres formas de simulación:

1º *La simulación verdadera, (creadora o imitadora)*, de la que ya nos hemos ocupado, *que lleva implícita la voluntad consciente y meditada del engaño*. Es la forma menos frecuente y es fácilmente diagnosticable, porque la ignorancia del sujeto en lo que respecta a los síntomas que debe imitar o crear, hace que sus manifestaciones y su sintomatología se traduzcan en una grotesca superchería.

Imita por lo general el síntoma más llamativo; el temblor, la claudicación, la parálisis flácida de un miembro con hipotonismo, las contracturas que cuando se prolongan traen como consecuencia deformidades articulares definitivas, sobre todo en sujetos de mala voluntad que habiendo sufrido con anterioridad una quemadura, por ejemplo, vecina a una articulación, la utilizan para pretextar perturbaciones funcionales, aduciendo la persistencia de dolores o la impotencia funcional, etc.

Tratan de simular también la sordera uni o bilateral, la ceguera o una apreciable disminución de su agudeza visual, caso relativamente frecuente.

Por lo común tratan de imitar *las perturbaciones motoras y aquellas donde predomina la sintomatología subjetiva, porque suponen que los trastornos funcionales son los más difíciles de investigar y los más fáciles de simular*.

Pero muchas veces, es tan excesiva esa sintomatología, son tan groseros los síntomas que presentan, olvidando otros

que son fundamentales del síndrome que tratan de simular, que se ponen fácilmente en descubierto.

A este respecto, cabe recordar aquí un caso que tuve oportunidad de ver con el doctor Caride hace varios años en el Hospital Rawson.

Se trataba de un obrero estibador que había sufrido varios accidentes anteriores, por los que había cobrado en uno 480 pesos, en otro 970, en otro 2.100 y reclamaba por último, a raíz de otro accidente, 4.800 pesos.

En el que motivaba su última reclamación había sufrido una contusión en la región sacrolumbar y glútea derecha. Su marcha era de lo más curiosa, echado el busto hacia adelante y a la izquierda, hacía propugnar la cadera derecha en forma tal que impresionaba como una luxación y marchaba de costado y con el pie derecho en completa rotación externa.

Cuando se lo invitaba a acostarse en la camilla de examen, comenzaba por hincarse con la rodilla izquierda, la pierna derecha completamente echada hacia atrás, rígida y hacía luego un movimiento como para montar a caballo. Después de varias tentativas infructuosas y de tanta aparatosidad, el sujeto ponía en descubierto su afán de inducir en error.

El examen clínico y radiológico nos permitieron llegar al convencimiento de que se trataba de la comisión de un acto simulado, y en una de las conclusiones a que arribaron posteriormente los médicos de los Tribunales que lo examinaron por mandato de la Cámara Comercial, dejan claramente establecido que “el accidente sufrido no guarda relación con la sintomatología clínica y radiológica que exterioriza el sujeto, y por lo tanto no ha causado la incapacidad que manifiesta y cuya indemnización reclama”.

Por otra parte, en la sentencia de la Cámara Comercial con las firmas de los doctores Zambrano, Meléndez y Bouquet,

se rechaza el recurso interpuesto, no haciendo lugar a la demanda.

Las perturbaciones reales de la estática o de la dinámica, semejantes a las que el sujeto de nuestro ejemplo presentaba, forman parte de un cuadro clínico de caracteres definidos, con una sintomatología compleja y por lo tanto fuera del alcance de sus conocimientos.

Ignorante de ciertas actitudes reaccionales de compensación que complementan y completan al cuadro clínico, le faltan elementos para afirmar con certitud la veracidad de la lesión invocada, quedando así en descubierto su intención.

2º) Otras formas de simulación más frecuenemente observadas, son las que se refieren al hecho de entretener o de prolongar un síntoma, siempre el más visible, tales como una herida, una ulceración, los edemas, los temblores, la claudicación, etc. u otro cualquiera pero siempre muy llamativo. Es una forma de *perseveración*, sólo trata de llamar la atención sobre un síntoma y *aquella voluntad inquebrantable del verdadero simulador es realizada en medida más relativa*. Puede interpretarse en ciertos sujetos pusilánimes o emotivos *como un acto de defensa*, por temor al dolor provocado por la movilización de un miembro flexionado o contracturado, o por la aprensión y el miedo que tienen los fracturados del miembro inferior, por ejemplo, a dejar las muletas, etc.

En ciertos sujetos llegan a constituir *verdaderas fobias inhibitorias de su voluntad*, hacen abandono de todo esfuerzo

capaz de vencer aquel temor, que en ocasiones llega hasta la ansiedad.

En cambio, en otros casos el sujeto obra con indiferencia y con apatía. *La inercia de su voluntad les incita a rechazar el tratamiento o a efectuarlo con desinterés y con desgano*, pretextando su poca eficacia y faltando con frecuencia a los consultorios médicos donde se les atiende.

En estos enfermos existe el deseo meditado y consciente *de prolongar el tiempo de su curación*.

3º) Existe, por último, otro grupo bastante numeroso de sujetos que *magnifican* sus trastornos, exagerando algunos de sus síntomas.

Esta tendencia *amplificadora*, si bien no es exclusiva de los accidentados del trabajo, es con un raciocinio simplista que los sujetos lesionados tratan de explotar los traumatismos, a veces los más insignificantes, *con fines especulativos y procurando de esa manera aumentar su porcentaje de incapacidad*.

En la pericia médica suele ser difícil establecer la verdad sobre el daño sufrido, porque desconocemos uno de los términos de la ecuación y sobre todo porque entre nosotros no existen, como en otros países, establecimientos para la observación de los sospechosos, porque es difícil vigilarlos, y porque de acuerdo a lo expresado por la ley, no corresponde al obrero probar la legitimidad del accidente cuya indemnización demanda.

Generalmente comienza por *exagerar desde los antecedentes* de la lesión sufrida, sobre las consecuencias que tendrá sobre la evolución de la misma, y sobre las secuelas que le dejará. Hacen siempre un pronóstico sombrío de su

porvenir, exagerando la sintomatología subjetiva o los trastornos funcionales, las algias, las cefaleas y los vértigos, la claudicación, las impotencias funcionales de la mano, del brazo, de la pierna o de la columna, etc.

También en estos casos de simulación amplificadora, el sujeto pone en juego su voluntad; es un acto meditado y por esa razón tiene muchos puntos de contacto con la simulación verdadera.

B) *Elemento de juicio que permiten descartarlo*

Entre los elementos de juicio que permiten descartarla, presumirla o afirmarla, existen una serie de síntomas y de signos cuya sola presencia nos llevará a afirmar la existencia de una lesión real y verdadera, desechando la idea de la simulación.

Por ejemplo, las atrofas musculares precoces, del cuadriceps crural o del músculo deltoides en los sujetos que han sufrido un traumatismo de la rodilla o del hombro, los trastornos neurotróficos y vasomotores en ciertos fracturados del miembro inferior, los edemas blandos prolongados, las lesiones de osteolisis en sujetos que han sufrido inmovilizaciones prolongadas, los que presentan limitaciones en la movilidad de los dedos consecutivas a flemones, abscesos o inmovilizaciones demasiado largas e intempestivas, etc. *En estos casos, existen suficientes elementos de prueba para desechar la idea de la simulación.*

Muchas veces es un rigorismo exagerado o la ignorancia en la interpretación de los síntomas de las enfermedades poco

conocidas o es el examen incompleto el que hace formular al médico un diagnóstico de simulación.

Otras veces surgen conflictos por resarcimientos, debidos al desacuerdo en la apreciación del *quantum* y que están lejos de ser hechos simulados.

Es que en la discusión de las pruebas, unos se aferran a las condiciones del sujeto en el momento del examen; en cambio otros tienen en cuenta las condiciones de ese mismo organismo y su capacidad de adaptación o de recuperación, y de ahí que muchas veces surgan esas diferencias.

Esta última tendencia, la que debe seguirse siempre, aporta elementos de valor más positivos para la apreciación médico-legal del daño y de la responsabilidad. Por eso, y para evitar situaciones perjudiciales, deberá procederse prudentemente y con suma cautela, antes de formular el diagnóstico de la simulación.

A este respecto, recuerdo haber examinado hace ya tiempo, un obrero que sufrió un traumatismo de poca intensidad en la muñeca derecha, rotulado como una esguince. No se le hace radiografía porque el traumatismo era muy leve y no se sospechaba lesión ósea alguna.

Después de un tiempo de tratamiento, desaparece la tumefacción, pero la región no recobra totalmente sus caracteres normales. Existe borramiento de los pliegues del dorso de la mano, limitación de la movilidad, dolor a la presión con un punto exquisito, sobre todo en los movimientos de flexión y extensión de la mano, que le impiden efectuar todo trabajo. Se le clasifica como simulador. Una radiografía muestra una malacia traumática de Kiembock, y fué presentado por nosotros en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires hace ya varios años.

Pero es preciso recordar que antes de rotular a un sujeto

como simulador, es necesario agotar su estudio, requerir la concurrencia de especialistas si fuera necesario, pero sin dejarse sorprender la buena fe por un paciente que trata de engañarnos.

Aparte de ciertos casos verdaderamente excepcionales, que por su grosería son fácilmente catalogados como simuladores, podemos presumir la simulación después de un estudio clínico minucioso y cuando sea dado observar alteraciones y cambios de actitudes en la marcha, en la movilidad o en la motilidad de un miembro o sector de un miembro, en las rigideces de la columna, en la agudeza auditiva, visual, etc.

Un caso interesante cabe recordar a este respecto. Un sujeto que reclamaba indemnización por ceguera y que estaba en observación porque no concordaban los síntomas que acusaba con el examen clínico del especialista, pide permiso un día sábado por la tarde para salir de la clínica donde se asilaba, en compañía de un pariente, para resolver asuntos de familia.

Se accede a su pedido pero como se sospechaba el fraude, se le hace vigilar. Se encamina a un stadium donde se jugaba un interesante partido de fútbol, y de regreso a la clínica se le reexamina su actitud. El sujeto manifiesta que, efectivamente había acudido al stadium, *no para ver sino para escuchar el partido de fútbol...*

Pero es necesario tener presente, como ya hemos dicho, ciertas variaciones reaccionales del sujeto, al dolor sobre todo, o su emotividad en el momento del examen, para no tomar esas mismas variaciones como una intención deliberada.

Solamente, *una manifiesta desproporción de sus signos objetivos o de sus manifestaciones subjetivas*, pueden hacernos presumir un acto simulado, pero esta presunción debe basarse *en una impresión de conjunto, en la coexistencia de varios ele-*

mentos de prueba, más que sobre algunos síntomas o sobre algunos signos aislados.

Muchas veces es la duración indefinida de una lesión, otras veces la inercia del sujeto o su resistencia a los diferentes tratamientos y la necesidad de cambiarlos de ambiente para substraerlos del medio donde se hallan hospitalizados; otras veces, en fin, la periodicidad de sus momentos de mejoría y de peoría, verdaderamente paradójales y sin relación con los signos objetivos o con las manifestaciones orgánicas, radiológicas o electrodiagnósticas que presentan en el momento del examen, que permiten al experto, obedeciendo a ese determinismo que se llama el ojo clínico, apreciar los hechos desde el primer momento en su justo valor y de un primer golpe de vista atestiguar la comisión de hechos simulados.

Sin embargo, en muchas ocasiones es necesaria la revisión periódica y la estrecha vigilancia del paciente, para sorprender en un momento dado ciertas reacciones o la desproporción de ciertas actitudes que por cansancio, por inconstancia o por olvido involuntario les delatan.

En tesis general debe aceptarse como sospechoso de simulación todo aquello que no encuadre dentro de las formas clínicas del accidente o de la enfermedad profesional sobre la cual debemos expedirnos.

C) *Diagnóstico de la simulación*

“Pero, la simulación no se adivina; ella se diagnostica, y su diagnóstico está muchas veces expuesto a errores inevitables”, dice Chavigny; solamente un estudio metódico y minucioso del sujeto nos permitirá hacer el diagnóstico y desenmascarar al simulador.

El simulador, tiene una psicología particular. Comienza

por exagerar desde los antecedentes de la lesión sufrida, la forma de producirse, las sensaciones que atribuye a la producción de una fractura o a la desgarradura de sus tejidos, afirmando de entrada que se halla invalidado para trabajar y haciendo el pronóstico más sombrío en forma tan estudiada y dramática que llegan a conmover.

Pero a poco que se ahonde el interrogatorio y que el médico experimentado vaya entrando en conocimiento de la lesión que presenta, a pesar de las circunstancias que rodean el hecho y de los detalles conmovedores que da el infortunado, se aprecia ese interés premeditado cuyo único incentivo es un aumento de la indemnización.

No es posible en el breve tiempo de que disponemos pasar en revista todos los problemas que se refieren al diagnóstico de la simulación. Baste saber que se simula con frecuencia el dolor, ciertas formas de anestias, de parálisis, de temblores y de impotencias funcionales, de edemas, de equímosis y de heridas infectadas; secuelas de quemaduras y afecciones esqueléticas tales como la claudicación, la limitación de los movimientos, el pie plano o forzado, las lesiones articulares, las rigideces o insuficiencias de la columna, la ciática, los vértigos, la sordera, etc., etc.

Para cada uno de ellos se tienen los medios capaces de diagnosticarla. Cada caso requiere un estudio minucioso; el peritaje deberá ser, afirma Borri, "más que un delicado instrumento, un exquisito reactivo técnico de acercamiento y de valoración equitativa".

No entrará en juego la astucia, la buena o mala fe ni el sentimentalismo. El perito deberá apartarse de esa acrobacia diagnóstica y pronóstica con miras a cálculos inflados o a la negación de todo derecho, y no debe tampoco dar lugar a que

la persona lesionada actúe con deliberado propósito, entreteniéndolo o agravando las consecuencias del traumatismo.

“Olvidar el deber moral de conservar la propia salud es poner en juego el elemento dolo, y el perito con escrupulosa circunspección, honesta y desapasionada, debe contribuir a desenmascarar al simulador, contribuyendo con sus atinadas reflexiones a ilustrar a la Justicia”. (Borri).

No sé si me habré expresado con claridad, al pasar en revista de una manera general y en forma panorámica, algunos de los problemas que se relacionan con la simulación, ni si mi convencimiento sobre sus diversas causas y sobre los variados matices que ella presenta, puede haberles convencido, pero si el escepticismo muchas veces lógico en asuntos de índole tan complicada y múltiple les sugiere alguna duda, declaro que yo me he ajustado con todo rigor y severidad a describir la verdad de mis observaciones acumuladas en más de veinte años de contacto diario con los accidentados del trabajo.

En suma, y para terminar, diré, que la forma más común de la simulación, (mal llamada así), relacionada con los accidentes del trabajo, constituye la mayoría de las veces ese fenómeno biológico a que ya nos hemos referido, motivado por la escasez o falta de trabajo y cuya resultante es esa crisis moral que trabaja la conciencia de los accidentados exacerbando su ansiedad económica con miras a un resarcimiento pecuniario más elevado.

CAPITULO XII

PSICOPATIAS Y ACCIDENTE

PSICOPATIAS Y ACCIDENTES (1)

Por el Dr. NERIO ROJAS

Profesor titular de Medicina Legal

No es fácil, en el término normal de una disertación de la Universidad, comprimir un asunto tan vasto como el de psicosis y traumatismos, y confieso que en mi experiencia docente conceptúo ésta de hoy, la disertación más difícil que he tenido que hacer. Difícil en parte por el prestigio de todos los disertantes que han hablado en el desarrollo del curso, y difícil también por el cúmulo enorme de trabajos sobre esta cuestión y que es muy difícil resumir. Por lo pronto anticipo, para que no haya decepciones, que sólo haré una síntesis, con un punto de vista médicolegal exclusivamente, y que, desde luego, quedará fuera del área de mi conversación, una serie de cuestiones: una de ellas, las neurosis traumáticas en sus diversos tipos y además la sinistrosis, la epilepsia traumática, el llamado síndrome subjetivo de los traumatizados de cráneo y los tumores post-traumáticos. Lejos, pues, de todas estas cuestiones, voy a circunscribirme a lo que es psicosis o alienación mental consecutiva a un traumatismo.

(1) Versión taquigráfica.

I

Esta cuestión ha sido abordada a lo largo de una verdadera historia, por cirujanos y psiquiatras, y es interesante recordar que la primera descripción clínica cabal e inteligente sobre esta cuestión, es la obra de un cirujano francés, Dupuytren. Este estudio de Dupuytren está reproducido en parte, o aludido, en cuanto trabajo se publica sobre el conjunto de este problema.

La psicosis traumática es reconocida en muchas clasificaciones de los psiquiatras. Así, está expresamente mencionada en la clasificación argentina de nuestro maestro, el malogrado doctor Borda; está también en la clasificación de Kraepelin; está en la clasificación de la Liga Europea de Higiene Mental de 1932; figura también en la clasificación de la Sociedad Americana de Psiquiatría de 1933, y figura, de diversas maneras, en una serie larga de trabajos de psiquiatras franceses.

Dos fenómenos, uno judicial y el otro social, han renovado hechos y doctrinas sobre la psiquiatría en relación con los traumatismos. Esos dos hechos son: los accidentes del trabajo y la experiencia de la última guerra.

Respecto de la experiencia de las guerras, hay que recordar que en la guerra francoprusiana de 1870, hubo un cúmulo de observaciones interesantes. En la guerra rusojaponesa, lo mismo. En la de los Balcanes, también. Pero son sobre todo las comprobaciones de la guerra de 1914-1918, las que han permitido renovar o confirmar, una serie de conceptos. Hay en los trabajos de todos los países de la última guerra, la reunión de una vasta experiencia sobre el problema. Desde el punto de vista médicolegal, nos interesa destacar ciertas cues-

tiones. Desde luego, es muy común que se hable de la larga experiencia de la última guerra en este asunto, pero que con frecuencia no se profundice el problema al comentarlo. Yo me voy a limitar a destacar lo que tiene actualidad y es significativo para nosotros en medicina legal, dentro de la profusa bibliografía.

Por lo pronto, es importante anotar que, a pesar de la enorme cantidad de traumatismos físicos y morales de la última guerra, no apareció ninguna forma clínica nueva, exclusivamente debida al traumatismo. La psiquiatría no adquirió, nosográficamente, hechos nuevos. Hubo, sin embargo, en Francia, una serie de trabajos que describieron, con un nombre interesante, una forma que para algunos era nueva: es la que llamaron "obusitis". La obusitis era un estado de psicosis debido a la explosión de obuses. Pero la semiología y evolución de esos estados llevó a un acuerdo entre los autores para reconocer que esa obusitis no era sino una forma de confusión mental post-traumática, igual a las formas de confusión mental que por otros traumatismos ya el psiquiatra había visto, y el caso de la obusitis, sólo era diferente, primero por el origen, es decir, en la causa concreta: por obus, y segundo, por el contenido ideativo del delirio, que era especialmente en relación con ese origen. Pero eso no es suficiente para delimitar un tipo clínico nuevo.

Además, tanto en Francia como en Alemania, que son los dos países que mejor clasificaron y publicaron comunicaciones sobre esta cuestión, se confirmó que no había por la guerra, un aumento de los estados de alienación mental; y que tampoco se había observado agravación de los estados comunes a raíz de las influencias de la guerra. Sobre esto coinciden ampliamente los autores alemanes y franceses. Salvo Rodiet y Fribourg Blanc, quienes en su interesante obra sobre esta

cuestión, tomando como base para sus estudios, la experiencia del Hospital Militar de Val de Grâce, aceptan que una ligera agravación o un ligero aumento se habría notado, los demás autores franceses coinciden en general en que las estadísticas son semejantes. Y los alemanes también. Especialmente entre los primeros, recordaré la interesante obra de Dumas sobre el problema de las neurosis y psicosis de la guerra; Lépine y Regis también afirman lo mismo. En Alemania Bonhöfer llega a la misma conclusión. Y una síntesis, en pocas páginas, hay sobre esta cuestión, con la misma afirmación, hecha en la obra que reunió Hoffmann y que se refiere a toda la medicina alemana durante la guerra.

Hay coincidencia, pues, entre los autores de los dos países, en que la guerra no aumenta sensiblemente el número de psicopatías, a pesar de los sufrimientos morales y de los traumatismos craneanos. Pero es interesante recordar con motivo de esta cuestión —y la cuestión cobra una gran actualidad en estos momentos— que tal coincidencia, o mejor dicho, esta comprobación de que la gente resistía todos los dramas y traumatismos de la guerra, sin aumentar la alienación mental, si fué simplemente objetiva y de orden técnico para los autores franceses, en cambio estuvo en manos de los autores alemanes al servicio de una vanidad patriótica, en virtud de la cual afirmaban que eso era una prueba de la superioridad de la raza alemana, porque no tenían en cuenta que la misma comprobación habían hecho en el otro lado del frente.

Esa afirmación está hecha en los trabajos de Stransky y de Nonne, autor el segundo que hemos conocido en Buenos Aires y que estuvo en esta casa de estudios, como ustedes recuerdan. Esta afirmación alemana sería simplemente risueña para todos, si ella no expresara sintomáticamente una posición

psicológica que desgraciadamente ha dramatizado la historia de Europa y del mundo en más de una ocasión.

¿Qué dicen las estadísticas sobre esta cuestión? No las hay completas ni muy abundantes. Benon, en su obra dedicada exclusivamente a este problema de las psicosis y neurosis post-traumáticas, en que se reúnen todos los casos personales del autor —el libro es anterior a la guerra del 14— y los casos franceses y los extranjeros accesibles a él en la bibliografía, reunió 418 casos. Pero si uno analiza los casos reproducidos por Benon, observa o que están en una forma demasiado telegráfica al redactarlos y entonces uno no sabe la autenticidad de su origen traumático, o si figuran con una extensión más analítica, se convierten muchos de ellos por lo menos en dudosos.

¿Qué dice la experiencia argentina sobre eso? Acá tengo la estadística del Hospicio de las Mercedes de los doce años últimos.

Hemos resumido en la cátedra una síntesis de esa estadística (*ver planilla correspondiente*) aparecida en la Memoria del Hospicio, que da siempre por abajo del uno por ciento (1 %). Reducido eso a un término medio, da en 12 años: 0,361 % de casos en comparación con el ingreso total de enfermos en el Hospicio; una proporción muy baja, como se ve.

La Cátedra de Psiquiatría a cargo del doctor Ameghino, desde el 15 de agosto de 1931 hasta el 15 de septiembre de 1939, ha recibido 445 enfermos, de los cuales hubo un solo caso de psicosis traumática aceptable. Este caso lo tiene en estudio el doctor Bonhour, y a él y al doctor Cattáneo, debo la atención de estos datos. Este último caso está actualmente en el Hospicio, y es el único en que se puede aceptar el origen traumático.

Veamos el conjunto de enfermos que yo he podido seguir.

Año	Número de enfermos	%	% medio de 1927 a 1938 inclusivos (12 años)
1927	Psicosis traumática o post-traumática 6 Total de enfermos ingresados 2018	0,297 %	
1928	Psicosis traumática o post-traumática 5 Total de enfermos ingresados 1951	0,256 %	
1929	Psicosis traumática o post-traumática 8 Total de enfermos ingresados 2015	0,397 %	
1930	Psicosis traumática o post-traumática 6 Total de enfermos ingresados 2141	0,280 %	
1931	Psicosis traumática o post-traumática 10 Total de enfermos ingresados 2102	0,476 %	
1932	Psicosis traumática o post-traumática 5 Total de enfermos ingresados 2182	0,229 %	
1933	Psicosis traumática o post-traumática 6 Total de enfermos ingresados 2304	0,260 %	0,361 %
1934	Psicosis traumática o post-traumática 11 Total de enfermos ingresados 2001	0,599 %	
1935	Psicosis traumática o post-traumática 9 Total de enfermos ingresados 2125	0,423 %	
1936	Psicosis traumática o post-traumática 8 Total de enfermos ingresados 2009	0,399 %	
1937	Psicosis traumática o post-traumática 8 Total de enfermos ingresados 2067	0,387 %	
1938	Psicosis traumática o post-traumática 7 Total de enfermos ingresados 2106	0,332 %	

Dejo de lado los de mi experiencia de consultorio privado y tampoco me referiré a los del Hospital de Clínicas, cuando atendía allí un consultorio de la especialidad hace años. Los de mi "Clínica Psiquiátrica" privada, ateniéndome a los diez últimos años, me servirán de guía y obtengo allí el resultado siguiente: sobre 902 enfermos ingresados, sólo hubo 4 casos en que se pudo aceptar el origen traumático y que están allí historiados con ese diagnóstico. Tengo aquí sus historias clínicas.

Quiere decir que tenemos, en este conjunto de datos, una serie de casos extra-judiciales, importantes. Los casos judiciales suelen prestarse a la discusión o pueden ser sospechosos, porque se deforman los hechos en favor de la tesis de la persona que interesa defender. En cambio, en los casos extra-judiciales no hay posibilidad de desconfianza, los hechos se expresan lealmente y por eso tienen valor de comprobación extra-judicial estos casos auténticos de alienación mental de origen traumático. Esta es la primera comprobación.

Segunda comprobación: la misma de la guerra, de que no hay formas mentales especiales, exclusivas, de origen traumático; son las comunes de la psiquiatría.

Tercera comprobación: la rareza de la psicosis traumática; es una psicosis muy excepcional.

Cuarta comprobación: que a pesar de su carácter excepcional, adquiere una jerarquía doctrinaria y práctica para la medicina legal, porque ya sabemos que en nuestra ciencia las excepciones tienen tanto valor como la regla, según lo he dicho en uno de los mandamientos de mi "decálogo", porque ese hecho de excepción puede ser precisamente el que tenemos que estudiar y examinar como peritos en un caso dado.

II

¿Cuál es el mecanismo que provoca el traumatismo? Es una cuestión que interesa también a la medicina legal. Los mecanismos son diversos y hay varias teorías; las resumiré.

El mecanismo de conmoción, que es el más auténtico, es indiscutible. ¿En virtud de qué se produce la conmoción? Hay varias doctrinas o teorías: por el estremecimiento molecular, por el choque, de Oppenheim; la teoría hidráulica, de Duret, del choque del líquido céfalo-raquídeo con acción a distancia; la hipertensión arterial brusca, sostenida por Lépine, especialmente para las explosiones de obuses; las hemorragias microscópicas y lesiones celulares microscópicas también, que no dan grandes signos, según las comprobaciones clínicas de Logre y experimentales de Mairét y Durante.

Otro mecanismo, es la emoción o choque emotivo; los autores coinciden en eso, inclusive en los casos en que ha habido auténtica conmoción; la emoción puede bastar por sí sola; a veces se combina con la conmoción, y Dupré, con esa gran precisión que tenía el gran maestro, usó al hablar de esto, los términos "ictus" emotivo (inmovilización) y el "raptus" emotivo (fuga), a raíz del traumatismo.

Otros mecanismos son: la contusión; contusión profunda, a veces sin herida, con contusión cerebral; es también la hemorragia cerebral, inmediata o tardía, traumática; la lesión meníngea hemorrágica; traumatismo de menínge; la encefalitis consecutiva al traumatismo; la autointoxicación, especialmente si se agregan estados emocionales.

Entre los casos cuyo mecanismo he mencionado, me he referido a este de las meninges. Entre éstos tengo de los de nuestra clínica un caso muy interesante que brevemente voy

a exponer. Es un joven que presentó un cuadro de "meningismo", y un estado mental de ligera excitación en unos momentos, y en otros de torpeza, sin llegar a la confusión, con estado asténico; un cuadro neurológico de meninges no completo, rigidez de nuca, Kernig; a raíz de un traumatismo provocado jugando al fútbol. Era un joven que había estado durante muchas horas, a la siesta, en un día de calor, entrenándose a jugar al fútbol con la cabeza, y los compañeros le lanzaban con violencia —como se suele hacer en los partidos— la pelota hacia el centro, enfrente del arco, y él "cabeceaba" para hacer el gol. Como eso lo repitió durante varias horas, después de jugar tuvo algún ligero dolor de cabeza y mareo; finalmente sufrió dolores intensos, y se fué instalando el cuadro que he señalado. Con ese pequeño cuadro mental y neurológico, comprobado con una punción lumbar, que dió sangre, el proceso evidentemente estaba en relación con un estado meníngeo hemorrágico, por el traumatismo.

III

Aclaradas esas cuestiones previas, ¿cómo hemos de abordar la clasificación de estos estados, con una perspectiva médicolegal? He revisado diversas clasificaciones, pero exclusivamente desde el punto de vista médicolegal, para su aplicación judicial, y no he encontrado ninguna sin defectos. Hay una clasificación de Tanzi y Lugaro en su obra de psiquiatría, en que dividen a estos estados mentales traumáticos, en "trastornos inmediatos", "las neurosis traumáticas", los estados "irreparables" como la demencia, y los producidos por procesos focales, como en la contusión. Clasificación clínica, incompleta por lo demás, sin aplicación y sin fin médicolegal.

De los autores alemanes hay la clasificación de Berger,

que define: 1º, la psicosis de conmoción; 2º, la demencia traumática; 3º, los estados crepusculares. Y a su vez subdivide la categoría de la psicosis por conmoción, en cuatro formas: forma alucinatoria; forma de Korsakoff; la forma maníaca, y la forma catatónica. Es una clasificación también de poca utilidad médicolegal.

La clasificación de Benón divide las psicosis post-traumáticas en tres tipos: las distenias post-traumáticas, las distimias post-traumáticas, y las disfrenias post-traumáticas. Fuera de ser una clasificación ya semiológicamente un poco personal, dadas las ideas conocidas de Benón sobre los estados asténicos y distímicos, es de poca utilidad a los efectos del peritaje médicoforense.

La clasificación de Stölper divide las psicosis traumáticas en tres tipos: trauma-psicosis; predisposición-trauma-psicosis; y trauma-predisposición-psicosis. Esta es la clasificación que siguió Loudet en su trabajo de síntesis de esta cuestión, hace algunos años entre nosotros.

Yo creo que desde el punto de vista de las necesidades judiciales, vale decir, de la posición en que el médico legista ha de colocarse, ninguna de estas clasificaciones resulta solución para el perito, porque o siempre se presupone ya en la clasificación el origen traumático y lo afirma, o son incompletas, o son artificiales, o son puramente clínicas. Creo que para la medicina legal la clasificación debe ser etiológica. Todo el nudo médicolegal de esta cuestión, es el nexo causal entre el traumatismo y la psicosis. La clasificación ideal para nosotros será entonces una en que los estados sean diferentes en relación con ese mecanismo. Desde que no hay formas mentales propias de las psicosis traumáticas, no interesa una clasificación clínica. Lo que nos interesa es la vinculación causal entre el traumatismo y la psicosis. Con ese hilo conductor acerquémo-

nos a los hechos y busquemos una discriminación que nos permita una clasificación. Es lo que yo he hecho y voy a exponer.

IV

Les propongo entonces una clasificación de estos estados, en tres tipos. Un primer tipo, en que el traumatismo es la causa directa de la psicosis; un segundo tipo, en que el traumatismo es la causa indirecta de la psicosis; y un tercer tipo en que intervienen dos causas. De ese modo sabrá el perito dónde ubicar su caso, de acuerdo con una clasificación preestablecida. Porque siempre es útil al perito utilizar conceptos que ya están establecidos, para no aparecer ante el juez como sospechoso, en el sentido de que está creando una doctrina nueva para solucionar el caso que tiene por delante.

Dejo de lado en esta clasificación, desde luego, aquellos estados en que el traumatismo ha permitido descubrir una psicosis preexistente, en que la psicosis aparece revelada en ocasión del examen que se hace al traumatizado. Dejo de lado también los estados mentales preexistentes agravados por el traumatismo. Me voy a referir solamente a los casos en que el traumatismo es causa o concausa.

Iº De estos tres tipos, el más interesante es el primero: la causa directa es el traumatismo. ¿Qué formas da? Eso da en primer término un cuadro confusional; produce un estado de confusión mental. Como en casi todos los mecanismos que hemos mencionado, hay conmoción, etcétera. La confusión mental aparece aquí, en las mismas formas: simplemente asténica, alucinatoria, en su forma máxima, llegando así al estupor, como vemos en las condiciones corrientes. Todas ellas pueden aparecer en las de origen traumático. Es importante saber que para que esa confusión mental post-traumática se

produzca, puede haber habido coma, o no haberlo habido. No es indispensable que haya habido coma al iniciarse; a veces basta una pérdida de conocimiento, a la que suelen agregarse otros factores emotivos y auto-tóxicos para traer el estado de confusión. Los síntomas mentales son precoces o inmediatos.

Todos los autores han destacado el valor de la emoción, unida a la conmoción, para traer esta psicosis. En la guerra, ha sido abundante la experiencia en ese sentido. La auto-intoxicación interviene y especialmente actúa a favor de la auto-intoxicación que desencadena en el organismo el choque emocional.

Otro punto interesante en medicina legal es que esa confusión mental, si bien cura muchas veces, en otros no cura; se hace crónica. Yo he tenido ocasión, al final de la guerra y después, en Francia, de ver enfermos mostrados a mí por los doctores Serieux y Libet, en Maison Blanche y en el Hospital de Ville Ebrard, viejos traumatizados de la guerra que seguían en estado de alienación con un cuadro que era una mezcla de astenia psíquica, de confusión ligera o de demencia inicial. Se iban arrastrando en ese estado con algunos episodios en que se hacían delirantes o en que la confusión se acentuaba; formas ya crónicas, por consiguiente.

Otro proceso mental interesante que se presenta, vecino de la confusión, es el estado de amnesia. La amnesia traumática es una cosa clásica: anterógrada y retroanterógrada. Interesa recordar que a veces el traumatizado tiene una amnesia que se ha llamado sistematizada, que no toma globalmente todo el campo de la memoria de fijación, sino electivamente cierta categoría de hechos o de imágenes.

La forma confusional, que es el fondo de casi todos estos estados inmediatos a la causa traumática, toma a veces, semiológicamente, superficialmente, un aspecto maníaco: el

enfermo está excitado; tiene pintorescamente, el cuadro de la excitación maniaca. Entre los enfermos de mi clínica tengo uno del año 1929, en que el cuadro era el siguiente: A raíz de un accidente callejero (un ómnibus lo atropelló), tuvo una fractura de cráneo, comprobada por los síntomas y la punción lumbar, y presentó mentalmente el cuadro de una excitación maniaca, pero con un fondo confusional, un delirio onírico, en relación con su trabajo, que duró pocos días, y curó tanto de su estado físico como de su estado mental, y salió de alta, habiendo presentado ese cuadro maniaco sintomático de una confusión post-traumática.

Otras veces los estados son depresivos, melancólicos. Presentan otras veces formas de delirios hipocondríacos, que son comunes en la evolución de los traumatizados de cráneo. Otras veces caen ya en la demencia. Esta demencia, que coloco en el primer tipo, en que el traumatismo es la causa directa, no es esa otra demencia que vamos a ver después: es una demencia que aparece prontamente. Hay primero, una fase de coma o no; después, de confusión, y agravando esa fase confusional, el enfermo cae en la demencia, insensible, pero rápidamente. Esta demencia es la que se produce sin otra causa, en hombres jóvenes y sanos antes de eso: demencia post-traumática. Esta demencia suele tener, como decía, una fase confusional previa; otras veces un período simplemente depresivo, asténico. Y es interesante retener que en las descripciones y diagnósticos de algunos casos prolongados y graves de la llamada "neurosis traumática", en realidad ya se trata de estados de demencia, de verdadera debilitación de las funciones psíquicas en forma definitiva.

En relación con esta demencia, cuya causa directa e inmediata es el traumatismo, hay la hemorragia cerebral traumática. Esta, cuyas características son interesantes, suele apa-

recer en seguida o presentar la forma de la "hemorragia cerebral traumática tardía", que ha sido claramente comprobada y estudiada, y tiene caracteres de localización y número, admirablemente precisados por el maestro italiano, Borri, para distinguirla de la hemorragia espontánea. Tal hemorragia da la posibilidad de un estado demencial, como una hemorragia cerebral de causa patológica. Depende de su extensión y sitio. Y en ese caso, ese enfermo se hará demente, como cualquier "demente orgánico" a raíz de un foco de otro origen. El caso es raro, pero se ha visto.

Y en relación con esta hemorragia que el traumatismo directo determina, debo mencionar otra hemorragia posible, vista algunas veces en accidentes del trabajo, y es la producida por esfuerzo. Yo he tenido ocasión de ser perito —y el caso está publicado, pues lo comuniqué a la Sociedad de Medicina Legal el año pasado— en un juicio que no era de accidente del trabajo, sino accidente y enfermedad por póliza especial, individual, en que el sujeto había muerto con el diagnóstico de hemorragia cerebral y se planteó la posible etiopatogenia del esfuerzo. Era un hombre que padecía de arterioesclerosis, y que por el esfuerzo en el momento de dar manija a su automóvil, en una hora de mucho calor, un día de verano, y por la posición que aumentaba la tensión arterial al agachar la cabeza —aunque en un no arterioescleroso no pueda esperarse que eso se produzca— tuvo la hemorragia y después el coma y la muerte.

IIº En la segunda categoría de hechos coloco a aquellos estados de psicosis en los cuales el traumatismo es causa indirecta. Son los casos más difíciles. Lo primero que hay que demostrar es que ha habido traumatismo. Pero insisto: dada la importancia que tiene la emoción y que toda la experiencia comprueba, no es indispensable que el traumatismo haya sido

craneano. Puede ser un traumatismo difuso, como en algunos casos de guerras y explosiones, posibles en accidentes de trabajo, en que no hay traumatismo directo de choque sobre una parte del cuerpo, sino una conmoción general del organismo, acompañada de una intensa emoción. Hay que analizar el carácter del traumatismo, teniendo presente que no es indispensable que sea craneano. Pero para que se acepte la etiología traumática cuando él no es craneano, habrá que exigir un gran "choque" traumático o una intensa emoción en relación con la gravedad del mismo. Fuera de eso creo que no hay derecho a aceptar esa etiología.

En estos casos de la 2ª categoría, la psicosis no aparece en seguida del traumatismo: el hecho tiene lo que podríamos llamar, por analogía con lo que se presenta en otros estados de traumas craneanos, un "intervalo libre mental"; es un intervalo mental libre, largo, de semanas o meses, entre el traumatismo que no dió un cuadro psiquiátrico inicial, y las manifestaciones de la alienación mental que aparece después. Entre los casos míos, tengo uno en que el traumatismo se produjo diez años antes del examen e internación del enfermo. Se trataba de un traumatismo gravísimo: un hombre de campo, mientras trabajaba cayó del caballo, alcanzándolo un pesado rodillo que arrastraba, hundiéndole el cráneo en la tierra blanda. Tuvo su conmoción grave y mucho tiempo después empezó a tener espaciados ataques epilépticos. Cuadro mental ninguno en la primera época y tampoco epilepsia. La epilepsia apareció varios años después, aunque su comienzo no se ha podido establecer con exactitud; era gente de campo, no precisaba exactamente las fechas; pero por datos de un médico que lo había visto, parece haberse iniciado la epilepsia casi siete años después del accidente y dos años más tarde presentó trastornos mentales de confusión delirante.

Sobre esto hay también trabajos interesantes; por ejemplo, la tesis de Behague, que reunió centenares de casos de epilepsia traumática a raíz de la guerra, y los casos de Vilaret. Las crisis comiciales aparecen con un término medio de un año y medio después del traumatismo, y también hay casos en que se presentaron siete y diez años después, y en que había que aceptar el origen traumático. En el caso mío arriba expuesto, la epilepsia motriz se inició a los siete años, pero sin cuadro mental, y sólo dos años después se inició el cuadro de una confusión mental epiléptica.

Véase la cronología de los hechos: traumatismo gravísimo de cráneo y ningún cuadro mental secundario; varios años de intervalo mental libre, epilepsia consecutiva; psicosis epiléptica después. No hay posibilidad de negar para esa psicosis, a pesar del tiempo transecurrido, el origen indirecto en ese traumatismo por intermedio de esa epilepsia.

Entre los casos del Hospicio (Ameghino, Bonhour), hay uno en que el origen traumático se puede aceptar. Este caso se resume del siguiente modo: el enfermo sufrió un accidente de motocicleta, con conmoción cerebral grave, con líquido cefalorraquídeo fuertemente sanguinolento; recuperó el conocimiento a los seis días; el enfermo no recuerda nada desde el momento del choque hasta quince días después en que se dió cuenta que estaba en un hospital; a los cuatro meses del accidente, con intervalo mental libre en ese tiempo, se reintegró a su empleo, y dos meses más tarde se empezaron a manifestar los trastornos mentales, por disminución aparente de memoria. Como había quedado con diplopía le recetaron lentes correctores. De inmediato comenzó a tener ideas de persecución: "los oculistas eran de la camándula y lo perseguían con el lente esmerilado para trastornarlo". Actualmente su delirio es difuso, con predominio de ideas de persecución; hay pue-

rilismo. A veces es agresivo; otras veces dice que es un hombre feliz, que si le dan el alta él “fumará un habano” y “practicará un coito y santo remedio, se acaba la diplopia y todas las macanas de los oculistas”. Otras veces dice que tiene que salir para ir al Colón o para jugar al tennis. El enfermo, además de la diplopia, tiene anosmia.

En este caso se vé la sucesión de los hechos, con el intervalo libre intermedio, y una psicosis ulterior en que el individuo elabora ideas delirantes sobre la base de hechos de su patología neurológica, interpretándolos en forma morbosa. El reacciona ante esa situación con un delirio, crea un delirio análogo a esos que los alemanes suelen llamar “delirio de reacción”, ante un hecho común. El traumatismo no ha creado el delirio, pero ha creado una situación orgánica sobre la cual él ha elaborado un delirio.

Las formas éstas que llamo de causa traumática indirecta, son semejantes a las que Porot, en su interesante monografía sobre la criminalidad de los traumatizados de cráneo, llama los casos de “accidentes tardíos”.

Otro tipo relacionado con estas formas, es el de los enfermos incluídos por Benon: los delirantes en general. Estos tipos delirantes puros son muy difícilmente de origen traumático. Son los casos más dudosos, por consiguiente, los de más dificultades para el perito, y ante los cuales hay que ser escéptico sobre el origen traumático, cuando el cuadro es puramente delirante o sistematizado. Entre los casos de Benon figuran, en el capítulo de los delirios post-traumáticos, seis ejemplos, y de los seis, analizándolos bien, no nos quedarían, dando fé al autor, sino dos casos. Y en la obra de Fribourg Blanc, aparece como caso de forma delirante, uno solo de origen traumático.

IIIº Una tercera categoría es la de los casos en que

hay concausa. ¿Cuáles son?: Cuando ha habido una causa agregada al traumatismo y entre las dos, en simbiosis, han traído el estado de alienación mental. Esta tercera forma es muy interesante.

Como primera concausa, interesa el alcoholismo. ¿Qué nos dá el alcoholismo cuando se junta con el traumatismo? El clásico “delirium tremens” traumático. Ya sabemos en qué consiste el “delirium tremens”, en general, y cuando el sujeto traumatizado es un alcoholista, suele desencadenar el cuadro grave de ese estado agudo. Otras veces, el alcoholismo anterior es el factor que impide la restauración de las lesiones del traumatismo, y unido a éste, hace que el estado inicial desemboque rápidamente en una demencia.

La otra gran causa, concausal, es la sífilis. Y la sífilis nos ha de dar, en unión con el traumatismo, la parálisis general progresiva. Esto exige que nos detengamos un momento. Desde luego, es ésta una cuestión ampliamente debatida, negada o afirmada según los autores. En conclusión, todos debemos opinar lo siguiente: sin sífilis, no hay parálisis general progresiva; es indispensable la lúes anterior. Por consiguiente, no hay una parálisis general progresiva verdadera, exclusivamente traumática. Lo que hay es lo que algunos autores han llamado la “pseudo-parálisis general traumática”, o lo que Regis llama la parálisis general “regresiva”, es decir, no la progresiva. Son “parálisis generales” aparentes, son falsas parálisis generales, son simplemente estados de confusión mental traumática o de demencia traumática, en los cuales a veces, por cualquier factor tóxico o neurológico, se agrega un poco de disartria que hace pensar en la P. G. auténtica.

Yo he tenido en mi clínica —y el Doctor Belbey recordará el caso— un enfermo alcoholista, intensamente alcoholista, que bebía hasta el alcohol puro. Fué internado, y era el suyo un

cuadro casi típico de parálisis general: aspecto demencial, con un delirio megalómano interesante; disártrico franco; no tenía signos pupilares; la punción lumbar fué negativa. Había además el antecedente de sífilis. El diagnóstico fué simplemente de un estado de confusión mental alcohólica. Al cabo de un tiempo se fué despejando, pero a lo largo de la evolución prolongada, con intermitencias, cayó en la demencia. Lo interesante del caso es ésto: ese enfermo estando internado, hizo dos o tres episodios espontáneos, auto-tóxicos por consiguiente, de nuevo cuadro de parálisis general; caía en su confusión, reaparecía la disartria, y empezaba a delirar exactamente como al principio.

Son falsas parálisis generales; no hay por qué hablar de parálisis general, sino de falsa parálisis general. Eso puede hacerlo, por consiguiente, el traumatismo. Son las confusiones o demencias traumáticas, que ya vimos. Las dejaremos de lado. Lo que interesa es que a veces el traumatismo dá, en un sífilítico, un cuadro de parálisis general, verdadera, a favor de la sífilis preexistente. Pueden suceder diversas eventualidades. Primero, que el traumatismo dé ocasión para que se descubra una parálisis general. El traumatismo *revela* una parálisis general, que no es lo mismo que *despertar* una parálisis general. La revela, porque existía antes. Yo he atendido a un enfermo que tuvo un accidente de automóvil grave, con una gran lesión de frontal, gran hemorragia nasal, pérdida de conocimiento; fué trasladado a su casa; empezó a mejorar, salvo la fuerte cefaléa. A los dos días tuvo diplopia; como esa diplopia se mantenía, pocos días después lo vió un oculista, y el oculista descubrió, además, un signo de Argyl-Robertson. Se le hizo en seguida punción lumbar, y el líquido dió todas las reacciones humorales positivas de la P. G. P. El cuadro mental no era de una demencia como la que dá la parálisis general

completa, pero había, con un poco de buena voluntad, pequeños síntomas mentales, ciertas dificultades mnésicas, sobre todo, y disartria leve. Hice diagnóstico de parálisis general inicial, anterior al traumatismo. Este no tenía nada que ver con la parálisis general en ese caso; no había hecho más que dar, felizmente, la ocasión de descubrir una enfermedad silenciosa, que habría dado mucho trabajo tratar después. Se lo malarizó, y actualmente está en plena actividad profesional, y no tiene rastros ni de su diplopia ni de sus otros signos, y solo le quedó lo que siempre es rebelde: el signo de Argyl.

Otras veces, el traumatismo *agrava* una parálisis general anterior; no dá sólo la ocasión de revelarla. Otras veces, la parálisis general es *provocada* por el traumatismo. Yo prefiero usar este término: *provocar*. En medicina legal el vocabulario es de gran necesidad que sea preciso. Para estos casos el verbo más correcto, más matemático, más certero, me parece que es: provocar; provocar una parálisis general en un sífilítico. No la crea; no la revela; no la descubre; exactamente, la provoca. Provocar es traer una reacción, cuyo desarrollo sigue en virtud de causas ajenas al motivo de la provocación. Y en este caso el traumatismo ha provocado el hecho de la parálisis general, porque el sujeto es un sífilítico. Pero es la sífilis la que ha reaccionado dando la parálisis general, en ese cerebro traumatizado.

Yo he publicado hace años un caso, que está registrado en la Revista de la Asociación Médica, de parálisis general post-traumática. Se trataba de un cochero que cayó del pescante; tuvo un fuerte traumatismo con pérdida de conocimiento, y empezó meses después a hacer el cuadro de la parálisis general post-traumática, que luego fué completa.

Entre los casos judiciales hay uno en que el perito fué el malogrado profesor uruguayo Santin Rossi, entonces emi-

grado en Buenos Aires, y en que la justicia aceptó la parálisis general traumática, en un estibador que tuvo una caída durante el trabajo.

Se necesita una cantidad de condiciones: relativa gravedad del trauma; que la parálisis no empiece demasiado tarde ni pronto, en un plazo no menor de pocos meses, ni mayor de los dos años, cuando más; salud mental anterior; continuidad de ciertos síntomas.

Otro factor concausal, es la edad y la arterioesclerosis. Estas agravan los traumatismos, de cualquier parte del cuerpo, desde luego, y además dan una grave repercusión en la esfera cerebral, en estos hombres viejos. Arterioesclerosis y edad, son capaces de dar un estado demencial a raíz de un traumatismo. Es la vieja y acertada opinión de Regis, que ha sido confirmada por otros y hace poco aún por un caso comunicado a la Sociedad de Medicina Legal de París, por el profesor Claude.

Los elementos de constitución psicopática, pueden hacer que se produzca una psicosis traumática a raíz del traumatismo, actuando concausalmente, y entre estos especialmente, la constitución esquizoide y la constitución hiperemotiva (estados fóbicos, delirantes, ansiosos). Entre ellos puede determinarse la producción de una demencia precoz, de una esquizofrenia. Con el doctor Belbey hemos publicado el caso hace algunos años, de una demencia precoz, a raíz de un traumatismo. El trabajo está publicado en la "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Soc. de Psiquiatría), y se trataba de un estudiante de ingeniería, que en un agitado movimiento estudiantil, tuvo una agresión de compañeros que lo atacaron, y uno de ellos, con un puño de hierro le dió un golpe violento en la frente, que le hizo perder el conocimiento, después de una gran emoción de miedo ante la agresión; tiempo después

empezó a tener manifestaciones que se encuadran perfectamente en la esquizofrenia. Lo mantuvimos internado; el diagnóstico no tenía duda. En él los síntomas se manifestaron después del traumatismo, habiendo estado hasta entonces perfectamente sano, a pesar de su constitución esquizoide. Poco después tuvo reacciones y actos patológicos; se hizo irritable, abandonó el cuidado personal, realizó actos de inconducta; cierta vez cruzó la calle con un servicio de noche y un irrigador en la mano, para hacerse un enema en casa de la hermana, que vivía cerca. Las reacciones se agravaron, llegando a agredir a miembros de su familia. A pesar de todo eso, el muchacho conservaba bastante bien cierta aptitud literaria. Era estudiante de ingeniería, pero era poeta, y entre los versos que nos hizo, sólo leeré el siguiente:

“ Oh, enorme dolor que en mí no cabe
“ Oh, amor delicioso que me impele
“ Haz que mi voluntad no se congele
“ Y que mi ardor el fuego puro alabe.

“ Oh, ciencia pertinaz que todo sabe,
“ Obligas al saber que se anaquele
“ Y que el conocimiento se desvele,
“ Haz que el comienzo atroz en mí se grabe.

“ Que el comienzo del hombre es don preciado
“ Que del azar el fin se progeniza
“ Y el andar de las horas entristece.
“ Oh amor que mis ojos humedece,
“ Haz que granito se haga la ceniza
“ Y que en horno se torne el polo helado”.

IVº No puedo terminar sin decir unas palabras sobre otra forma mental de gran importancia médicolegal, aunque no es de alienación mental. Son los trastornos del carácter y los trastornos morales, post-traumáticos. La hiperemotividad, la impulsividad, la inmoralidad, la delincuencia, suelen ser consecuencia de una modificación adquirida en ciertos individuos, después de un traumatismo. El problema ha sido estudiado por diversos autores, Vervaeck entre los belgas, lo considera de evidencia meridiana. Algunos franceses son escépticos sobre el punto. Y está aquí presente el profesor Lattes, que ha estudiado en Italia especialmente la cuestión en dos trabajos: uno de ellos publicado en Buenos Aires, reproducido, el año 1925; y otro que en el año 1928 presentó al Congreso de Budapest sobre esta misma cuestión, en relación con los accidentes del trabajo. En el año 1933, en los Anales de Medicina Legal de París, reproduce con motivo de un trabajo de Benon, sus opiniones abreviadas sobre esta cuestión. La mayoría coincide en afirmar el hecho. Yo no he tenido ocasión de ver personalmente algún caso del que surja la posibilidad de que el traumatismo traiga un trastorno de la esfera moral con indisciplina en el trabajo, o posibilidad de reacción antisocial de delincuencia. Cuando el caso sea de un obrero, según la gravedad del trastorno, habrá que estudiar la indemnización posible.

De acuerdo con esa clasificación, yo creo que los hechos se aclaran, y es posible discernir en presencia del caso pericial, cómo lo ubicamos en alguna de estas tres categorías en que divido la psicosis en relación con los traumatismos o si excluimos esa etiología.

V

Quiero comentar, para terminar, dos puntos médico-legales prácticos de jurisprudencia.

Se ha criticado, comentando ésta y otras cuestiones, el hecho de que la legislación argentina tenga un término de prescripción de un año para la acción de un obrero en virtud de la ley de accidentes del trabajo, y que no tenga el juicio de revisión, como existe en otros países. Vale decir, que en la forma estricta de esa limitación de un año, excluida toda posible revisión, el traumatizado de cráneo que presenta una psicosis después de ese tiempo, no tiene solución dentro del régimen argentino.

Esa crítica es infundada: el texto es una cosa, la interpretación de la ley es otra. La interpretación que la jurisprudencia argentina, repetidas veces y desde hace muchos años, ha dado a la prescripción en materia de accidentes del trabajo, es que la prescripción empieza a correr no desde el día del accidente, sino desde el día en que el obrero tiene la evidencia de su estado. Por consiguiente, si en una primera época no ha tenido fenómenos mentales, el obrero no pierde por eso la posibilidad de iniciar un juicio un año después, o con posterioridad aún a ese término, si se comprueba que a consecuencia de su traumatismo, han aparecido fenómenos mentales. Conozco varios casos, publicados en la "Gaceta del Foro", en que la jurisprudencia argentina ha establecido esa doctrina para diversos estados patológicos. La prescripción empieza a correr desde que se comprueba el estado para el obrero. Por consiguiente la psicosis que aparece después de un año, tiene una puerta abierta al obrero para iniciar su acción.

Segundo punto que la jurisprudencia ha esclarecido: La prescripción, no se rige para los menores derecho habientes

dentro del régimen de la ley de accidentes del trabajo, sino dentro de los términos del código civil; por consiguiente, el término es mucho mayor para los menores en todos estos casos.

Aclarado por la jurisprudencia que el término comienza desde que se comprueba el estado auténtico del obrero, hay posibilidad, aunque la ley no la establezca, de revisión de hecho, y hay acá algunos fallos que lo confirman, no para la psicosis traumática precisamente, pero su doctrina es aplicable lo mismo a ellos que a los otros casos.

Supongamos un caso: cuando un obrero tiene un accidente, tramita administrativamente ante el Departamento Nacional del Trabajo y el de Higiene, y si cura, se soluciona el asunto, pagándose la indemnización por la incapacidad temporaria, el asunto está terminado allí. Se le paga, porque se le da de alta. Pero al cabo de un tiempo aparece una agravación de su estado. En este caso la jurisprudencia ha reconocido al obrero su derecho para iniciar y ganar su juicio, a pesar de la resolución anterior. Ese juicio anterior no implica lo que en derecho se llama "cosa juzgada", porque no es cosa juzgada, no hay las "tres identidades", en virtud de que se trata ya de otros hechos. Cuando se invoca, como en este caso, un hecho nuevo, no hay cosa juzgada.

Ampliación del término de la prescripción, de acuerdo con lo dicho, y a veces, posibilidad de revisión como corolario de este término ampliado, son soluciones que la jurisprudencia ha dado y a los cuales pueden acogerse estos casos de las psicosis traumáticas.

Poniendo fin a este curso, no me corresponde sino agradecer a los colaboradores del mismo, que han disertado y contribuido al éxito de estas conferencias, y a todos Vds. que nos han acompañado con tanta atención.

INDICE

	Pág.
Explicación preliminar	7
Introducción. — La Enseñanza de la Medicina Legal del Seguro, por el Dr. Nerio Rojas	9
CAPITULO I	
La función de la medicina en la técnica del seguro, por el Dr. Mario A. Rivarola	19
CAPITULO II	
Organización Jurídica del Seguro, por el Dr. Carlos C. Malagarriga	41
CAPITULO III	
Leyes de la mortalidad y su aplicación al Seguro, por el Dr. José González Galé	61
CAPITULO IV	
Función del médico en el seguro de vida, por el Dr. Nicanor Palacios Costa	77
CAPITULO V	
Secreto médico y seguros, por el Dr. Nerio Rojas	95
CAPITULO VI	
Causalidad y calificación de los riesgos obreros, por el Dr. León Lattes	121
CAPITULO VII	
Los seguros sociales, por el Dr. León Lattes	141

CAPITULO VIII

Pág.

El peritaje médico-asfalológico, por el Dr. Alejandro Raitzin. 161

CAPITULO IX

Columna vertebral y accidentes del trabajo, por el Dr. Alberto
Rodríguez Egaña 185

CAPITULO X

Tuberculosis y ley de accidentes del trabajo, por el Dr. José
Belbey 229

CAPITULO XI

Simulación y accidente, por el Dr. Oscar Gómez 247

CAPITULO XII

Psicopatías y accidente, por el Dr. Nerio Rojas 279

Este libro se terminó de imprimir el día
19 de Junio de 1940, en los
Talleres Gráficos **Rodríguez**
Giles, Castro 920,
Buenos Aires.