

Coordinación de las Prestaciones de los Seguros de Enfermedad e Invalidez

Por el Dr. GUILLERMO ALMENARA,
Relator del Tema, ante la Tercera
Reunión de la Conferencia Inter-
Americana de Seguridad Social.

INTRODUCCION

Cualesquiera que sean las causas de la actualización de los riesgos contra los que el seguro social protege a los trabajadores, los efectos se traducen en un resultado común cual es la pérdida del salario en el trabajo, ya sea por incapacidad sobrevenida para realizarlo o por cese involuntario en el empleo, o muerte. Por diversas vías, los seguros diferenciados atienden a la reparación de ese daño común proveyendo a la seguridad económica de los que perdieron la capacidad de ganar y atendiendo al restablecimiento de la capacidad de trabajo que es fuerza viva de la sociedad. La observación y análisis de los resultados de la experiencia en el mundo hacen reafirmar, en la conciencia pública, los principios que sustentan la doctrina del seguro social, y en la mente de los dirigentes, la necesidad de ampliar los campos de aplicación conforme vayan reconociéndose nuevos sectores de población económicamente débil. Los regímenes implantados evolucionan para hacerse más eficaces y previosores, y los sistemas operantes perfeccionan sus técnicas y coordinan sus actividades para hacerlas más prácticas y económicas. Las prestaciones pecuniarias de invalidez se sustituyen o se complementan con las de en especie, cada día más amplias, para asegurar, en lo posible, la prevención, para atenuar el daño, para rehabilitar el inválido y reintegrarlo al campo útil de la producción. Los seguros diferenciados encontraron que los riesgos que les conciernen tienen caracteres comunes que son posibles de agrupar, y por ello, buscan la forma de coordinar las medidas de protección, de simplificar los trámites administrativos, de unificar las prestaciones y de abaratar los sistemas. Progresivamente, están cumpliéndose las recomendaciones de la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, y de la Conferencia Internacional de Trabajo, Philadelphia 1944, relativas a la conveniencia de integrar en el seguro social todos los riesgos que afectan la seguridad de ganar en el trabajo. Muchos

INFORMACIONES SOCIALES

países tienen ya reunidos los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte; otros agregaron los de accidentes y enfermedades profesionales, y esperan incorporar el de desempleo, conforme lo requieren la estructura social, la amplitud de los campos y mercados de trabajo, el grado de actividad industrial y la complejidad de la economía en cada país. Mediante esta política y considerando el seguro familiar, se integra el régimen de protección social, se cierra el ciclo de protección biológica en el campo de ejercicio del seguro obligatorio y se beneficia a los sistemas reunidos tanto del punto de vista técnico-asistencial como del punto de vista económico-administrativo.

Todos los riesgos tienen afinidades que los relacionan y los vinculan. Por la duración limitada de los subsidios, se reúnen los seguros de enfermedad, maternidad y desempleo, y por la prolongación indefinida de las pensiones, los de invalidez, vejez y muerte. En los riesgos de enfermedad, maternidad e invalidez se otorgan prestaciones en especie y en dinero, y en los de desempleo, vejez y muerte, las prestaciones son exclusivamente pecuniarias. Los caracteres similares y las afinidades de los seguros de enfermedad e invalidez permiten relacionarlos más íntimamente para coordinar las prestaciones que ambos otorgan.

SEGURO DE ENFERMEDAD

Prestaciones.

El seguro de enfermedad, al producirse el riesgo y en calidad de prestación en especie, debe proveer de inmediato la más oportuna asistencia médica completa a que tiene derecho el asegurado, y — después de un cortísimo período prudencial de espera que más tarde puede compensarse — abona subsidios en dinero cuando la dolencia es incapacitante para el trabajo, por todo el tiempo que dure el reposo por enfermedad y convalecencia y hasta el límite fijado por la legislación respectiva. El enfermo disfruta esos beneficios con la independencia moral que le asiste por la satisfacción de un derecho adquirido, y la sociedad recibe un bien económico con la ayuda del subsidio que deriva bienestar a la familia y con la defensa de la salud del asegurado que es fuente de trabajo.

Las prestaciones en especie se deben otorgar con todo lo que la ciencia ha puesto al alcance de las profesiones médicas y paramédicas y con todo lo que el arte y la industria moderna ofrecen para el buen cuidado y confort de los enfermos dentro o fuera del hospital. La utilización racional de esos elementos, aunque su adquisición y manejo implique apreciables inversiones y gastos, constituye factor poderoso de economía bien entendida. Tales recursos facilitan los diagnósticos oportunos y precisos, garantizan los tratamientos apropiados, acortan los tiempos de curación, previenen o aminoran las invalideces, o las hacen más llevaderas para el interesado y la sociedad.

Centros de asistencia médica.

Para que los recursos médicos estén al alcance de las demandas y rindan el máximo de su capacidad, se necesita repartirlos convenientemente en todo el territorio intervenido a través de un sistema coordinado

de hospitales y de otros centros de asistencia, de mayor o menor categoría, según la cantidad de asegurados, clase de trabajo en cada lugar y facilidades de vida y de comunicación. Los hospitales bases o sub-bases del sistema estarán suficientemente departamentalizados para que servicios responsables proporcionen las atenciones médicas generales, las especiales y los recursos auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Departamentos de fisioterapia, reeducación funcional, laborterapia y readaptación profesional no pueden faltar en los hospitales bien dotados. El servicio Médico-Social a través de sus conexiones con los mismos servicios en los departamentos de salud pública, en instituciones públicas y privadas de asistencia y previsión social y con las agencias establecidas en los centros de trabajo, desempeña papel importante en la medicina del seguro. La sección de maternidad en cada establecimiento, se ocupa no sólo de la buena atención de los partos y de la vigilancia médica en los períodos de pre y post-natal, sino también, de educación de las madres y del control de salud de los niños hasta la edad de dos años por lo menos. Consultorios externos en los policlínicos, y los equipos médicos, obstétricos, odontológicos y de enfermería, motorizados, siempre disponibles para prestar atención en las áreas rurales y a domicilio, cumplen, todos, funciones preventivas, curativas y de educación sanitaria.

Cuerpo Médico.

Sentido social, moral, ética y espíritu de superación, son cualidades sustantivas que deben adornar siempre la capacidad y experiencia de los médicos del seguro. La organización del cuerpo médico conforme a normas reconocidas, asegura la preparación facultativa de sus miembros así como la defensa de los intereses del paciente, de la técnica, de la ciencia, de la profesión y de la institución propietaria. Tan elevada organización reconocerá y garantizará los intereses personales de cada uno de sus componentes, en el trabajo y en la función; intereses éstos que se regulan conforme a derecho, equidad y justicia.

El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas, obliga a la especialización avanzada de sus cultores. La práctica médica individual no puede abarcar todos los campos especializados y menos tener reunidos todos los recursos necesarios para tan complejo ejercicio. La práctica médica individual conserva, sin embargo su importancia cuando se le vé en el papel de médico de familia, como consejero y vigía de la salud, como coordinador de opiniones o de tratamientos varios prescritos por los especialistas. La práctica médica en grupo es la que requiere la medicina moderna y es la única que puede asegurar el cuidado organizado de los enfermos; es la que el seguro reclama para la economía y cabal rendimiento de las prestaciones en especie. Este sistema de trabajo profesional coordinado, puede ejecutarse ya por médicos contratados en colaboración con médicos funcionarios, o exclusivamente, como sería de desear, por médicos funcionarios. Las reservas que formulan los médicos de ejercicio privado ante esta política de base inamovible, tendrán que diluirse, por afinidad de sentimientos, en la sana comprensión de inte-

INFORMACIONES SOCIALES

reses colectivos superiores y en el acuerdo, por equilibrio, de estos intereses con los otros también respetables de aquellos médicos.

Medicina del Seguro.

La medicina del seguro es la medicina social que incorpora con objetivo social, las normas y prácticas de la medicina curativa, de la medicina preventiva y de la ciencia de salud pública. La curación de los enfermos refleja el interés social porque "la pérdida de la salud amenaza la seguridad económica de la sociedad". La medicina preventiva y las medidas sanitarias aparte de ser asuntos de interés colectivo y público, significan instrumentos valiosos de las prestaciones en especie para limitar las responsabilidades futuras del seguro. La atención del riesgo de maternidad y lactancia ha sido el primer paso dado por el seguro en el sentido de la prevención. El despistaje sistemático de afecciones graves, la colaboración técnica y la cooperación económica con los servicios de salud pública, etc. son otros tantos pasos que han de reafirmar la marcha de la política de prevención.

En relación con lo anterior, conviene enumerar las funciones más importantes de los hospitales modernos que el seguro debe utilizar. Ellas son el cuidado médico organizado de los pacientes; la incorporación de los principios de medicina preventiva en la práctica clínica; el empleo de los recursos más expeditivos para la rehabilitación funcional y la readaptación profesional; la educación profesional y técnica; la difusión de conocimientos higiénicos y sanitarios; el intercambio de informaciones y servicios con los organismos de salud pública y previsión social; prolongación hasta el seno de la familia de los enfermos y a través del servicio médico social, de las acciones protectoras del hospital; recolección por el mismo servicio de todas las informaciones necesarias para el diagnóstico y tratamientos sociales que son complementos del diagnóstico y tratamiento clínico.

Si se encontraran en los lugares en donde se implanta el seguro social servicios médicos completos y organizados como se ha dicho, podrían contratarse con ellos las prestaciones en especie. Desgraciadamente no los hay en la mayor parte de los países de este Continente, de ahí que sea necesario implantarlos por cuenta del seguro o del Estado. La contratación de prestaciones en especie con instituciones ajenas al control del seguro puede tropezar con dificultades derivadas del individualismo tradicional de la práctica médica que siempre se refleja en los centros autónomos de asistencia.

Al término del período legal del derecho a las prestaciones del seguro de enfermedad, queda siempre un saldo de enfermos y convalecencias que necesitan prolongar sus tratamientos. Son clientes que pasan de oficio al seguro de invalidez.

SEGURO DE INVALIDEZ

La incapacidad general, presumida permanente, que se constate antes o que persista después del término del derecho a prestaciones de enfermedad, constituye la invalidez que atiende el seguro social. Por lo común, se exige para la declaración de este estado, la pérdida de dos tercios de la capacidad de trabajo, estimado tomando en cuenta las aptitudes físicas y mentales del asegurado, su sexo, edad y la relación entre el rendimiento económico de sus esfuerzos y los de otra persona en iguales condiciones y sana, en un trabajo cualquiera (ley peruana).

Todos los pacientes antes de ser incorporados al régimen de invalidez, reciben prestaciones de enfermedad. Por eso se considera el seguro de invalidez como una prolongación de la protección y como seguro obligatorio complementario del seguro de enfermedad.

Determinación de la invalidez.

La determinación del grado de incapacidad física proveniente de accidentes no profesionales o mutilaciones quirúrgicas, no ofrece más dificultades que las de aplicar alguno de los baremos adoptados para evaluar el daño en los casos de accidentes de trabajo. Cuando la incapacidad general proviene de enfermedad, la declaración de invalidez es consecuencia de la prescripción médica de reposo prolongado, como sucede, por ejemplo, en los casos de tuberculosis o enfermedades crónicas cardiovasculares. Si el pase al seguro de invalidez se produce por término del período de derecho a prestaciones de enfermedad, estando el paciente sometido a largo tratamiento susceptible de impedir la invalidez definitiva, tampoco cabe la graduación de la incapacidad para los efectos de la pensión que casi siempre es reducida. Procede sí la declaración provisional de invalidez que concede un tiempo prudencial (cinco años generalmente) durante el que se ponen en práctica todos los recursos disponibles dirigidos a la rehabilitación y a la readaptación física, psíquica y profesional del paciente. Si en el curso de ese período provisional o a su término, nuevos exámenes médicos exhaustivos llegan a comprobar la pérdida permanente de la capacidad legal para el trabajo, se procede a la declaración de invalidez definitiva. En este estado aún, los inválidos pueden recuperar el derecho a prestaciones en especie, de enfermedad, mediante el pago de una cuota que representa un moderado porcentaje de sus pensiones (4%, ley peruana).

La tuberculosis, enfermedad de larga evolución, es la carga más pesada que recae en la responsabilidad social y en la economía del seguro, en la mayor parte de las naciones de este Continente. Más que problema médico, esta dolencia contagiosa constituye grave problema económico y social. Su solo diagnóstico implica, técnicamente, la incapacidad para el trabajo por cuanto el reposo es parte del tratamiento, aunque el enfermo no lo considere necesario. La asistencia de estos pacientes agota todas las previsiones en el riesgo de enfermedad y grava pre-

INFORMACIONES SOCIALES

maturamente las de invalidez y muerte. La hospitalización del tuberculoso se impone como indicación terapéutica ineludible, dada la débil economía de los beneficiarios del seguro; y el aislamiento del contagioso se obliga como medida de profilaxia social irrenunciable. Otras enfermedades de larga evolución, como las constitucionales y las lesiones irreversibles consecutivas a éstas o a accidentes no profesionales, entran en el campo normal de las previsiones del seguro de invalidez.

Prestaciones.

La indemnización pecuniaria, en una u otra forma calculada y pagada, era primitivamente el único beneficio acordado al riesgo. Ahora, el seguro social acude a medidas más previsoras, humanas y sociales, tendientes a la recuperación, a la rehabilitación funcional y a la readaptación profesional del inválido. Para ello utiliza todas las adquisiciones que la ciencia y la técnica han puesto en manos de la medicina social.

Como en el riesgo de enfermedad, las prestaciones en especie del seguro de invalidez tienden a la prevención, a la atenuación y a la recuperación de las incapacidades. Las prestaciones en especie son, en este caso, sustitutorias o complementarias de las pensiones.

Son dos las etapas del proceso de reparación del inválido: la readaptación médica y la de readaptación profesional por más que aquí no se trate de enfermedades profesionales. Ambas se inician con las prestaciones de enfermedad y se continúan con las de invalidez. Los recursos para realizar la primera etapa se encuentran íntegramente en los servicios médicos y los anexos de la organización asistencial del seguro de enfermedad de tal manera que el seguro de invalidez puede utilizarlos, según convenio. Y si así no lo hiciera, tendría que repetir esa organización con los gastos consiguientes. Para la readaptación profesional y colocación, habría que considerar, además, institutos especiales que no son del caso describir. A este respecto se recomienda las opiniones del Dr. H. A. de Boer, Consejero Médico sobre reeducación profesional de la Oficina Internacional del Trabajo vertidas en su interesante estudio publicado en el Boletín de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, Diciembre de 1950.

Desde su origen, los seguros de enfermedad, maternidad y lactancia cooperan en la obra de prevención de la enfermedad y por ende de la invalidez.

Empresas mayores de profilaxia social, como campañas sanitarias contra enfermedades transmisibles, en las cuales juegan factores que no están al alcance de los recursos del seguro, exigen la cooperación técnica y económica con los servicios nacionales de salud pública, de asistencia social y de previsión social, y la colaboración de la sociedad interesada.

Aspectos de orden económico.

El costo de atención en el riesgo de enfermedad es elevado debido a las exigencias de la moderna técnica asistencial y a los mayores salarios

y gastos de administración. En el seguro peruano que otorga prestaciones en especie en su propia red de servicios médicos y hospitales, ese costo representa el 57,3% de las cotizaciones que ascienden al 11% de los salarios. El seguro de invalidez dispone de solo el 20% de esas cotizaciones, y por lo tanto andaría muy justo si nó escaso, en sus recursos monetarios para afrontar medidas reparadoras y preventivas que, aunque no tan amplias como las del seguro de enfermedad, no dejan de ser dispendiosas. De ahí la necesidad de coordinar las prestaciones de ambos riesgos.

El pase a la invalidez de los pacientes eliminados del seguro de enfermedad, representa para el interesado y su familia un problema económico, cuando el subsidio de enfermedad es mayor que la pensión. Este es el caso de las invalideces prematuras recaídas en asegurados que no completaron el período de espera y reciben pensiones disminuidas, o que habiendo sobrepasado ese período no alcanzaron el derecho a pensiones suplementarias por mayor tiempo de afiliación activa. La tuberculosis, por ejemplo, afecta de preferencia a sujetos jóvenes que si nó tienen grandes necesidades monetarias en tanto disfrutan, en hospitalización de las prestaciones en especie, han de tenerlas y muy exigentes cuando tengan que cubrir en su casa el costo de las prescripciones higiénicas sustanciales en su tratamiento. Esos enfermos proceden de hogares que son focos o se han convertido en focos de tuberculosis, y siendo aquéllos los causantes o partícipes del daño familiar, deben contribuir con su pensión a lo que antes hacían con su ingresos superiores. Si la pensión es menor que el subsidio ¿cómo podrían — en tanto no recuperen, aunque sea en parte, su capacidad de trabajo — cubrir las exigencias incrementadas de vida individual y familiar? Aunque la tuberculosis es un problema nacional que ha de resolverse, alguna vez, o por descubrimiento de una droga salvadora o por la acción dirigida del Estado, de todos modos pesa esa plaga en la responsabilidad de los campos de ejercicio del seguro social.

COORDINACION DE LAS PRESTACIONES DE LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD E INVALIDEZ

Lo expuesto en los capítulos que anteceden, ha servido para demostrar la comunidad de caracteres y las afinidades que relacionan a los riesgos de enfermedad e invalidez, y como es posible que, al coordinar las prestaciones en especie que estos necesitan, funcione entre ellos igual espíritu de solidaridad al que hizo surgir medidas eficaces de protección colectiva; y el mismo que dirige la administración interna de los seguros reunidos como lo expresan el menor interés por el sistema de capitalización en los riesgos diferidos; la inversión preferente de capitales en implementos que amplíen o mejoren las prestaciones en especie y en obras de beneficios social y sanitario; la cooperación técnica y económica del seguro con los organismos de salubridad pública en sus campañas contra las enfermedades transmisibles, en la defensa de la madre

INFORMACIONES SOCIALES

y del niño, en la lucha contra la tuberculosis, etc., como lo realiza el seguro peruano.

En el camino que viene trazándose para reunir los riesgos en el único de la pérdida involuntaria del trabajo, cualesquiera que sean las causas y las circunstancias intermedias, no hay duda que los primeros tramos se marcarán con la reunión de los riesgos de enfermedad e invalidez, y la incorporación en este binomio, de los de accidentes y enfermedades profesionales. No vale la pena pormenorizar las ventajas económicas y administrativas derivadas de una misma orientación técnica y social-asistencial de procesos que se relacionan con contingencias de una misma vida estimada en valores sociales. Por de pronto, solo se considera aquí la coordinación práctica de las prestaciones de los riesgos de enfermedad e invalidez, comprendido naturalmente el de maternidad que ya está definitivamente incorporado en el de enfermedad.

Los trámites de declaración provisional o definitiva de invalidez son, por naturaleza, lentos, y aún están sujetos a revisión. La demora puede ocasionar, aunque transitoriamente, insolvencia del asegurado enfermo porque no recibe ni el subsidio de enfermedad ni la pensión de invalidez. Varias son las instancias culpables de esa situación y varios son también los remedios que pueden salvarla; pero es lo cierto que tanto en el régimen de enfermedad como en el de invalidez, juegan tramitaciones susceptibles de anarse o simplificarse dentro del sistema coordinado de sus prestaciones.

Organizaciones médico-asistenciales de la envergadura técnica y científica como las que usa el Seguro Social para sus prestaciones en especie, están capacitados para responsabilizarse no sólo de la atención médica y análisis de la personalidad del enfermo, sino también — ésto es más simple — de la declaración que sus médicos, trabajando en grupo, hagan en el sentido de la subsistencia o de la desaparición de las causales de invalidez y de la posibilidad de rehabilitación futura, física y psíquica, del inválido. Esta sola circunstancia de valor profesional es bastante para anular trámites engorrosos, especialmente cuando se trata de prolongar por cuenta del seguro de invalidez las prestaciones en especie cumplidas en el de enfermedad.

CONCLUSIONES

- 1º) Es indispensable que los servicios y centros médicos que utiliza el Seguro Social para otorgar sus prestaciones en especie, cuenten con todos los recursos, propios o contratados, que la medicina moderna exige a fin de que los diagnósticos sean precisos y los tratamientos apropiados; y para la readaptación médica del enfermo amenazado de invalidez.

Esta exigencia implica las siguientes recomendaciones:

- a) para que los médicos del seguro se organicen dentro de las normas de ética que distinguen al cuerpo médico de los hospitales reconocidos;

INFORMACIONES SOCIALES

- b) para que den facilidades de perfeccionamiento profesional, educación técnica y entrenamiento de personal subalterno;
 - c) para que el archivo de fichas clínicas y sociales, manteniendo el secreto profesional, conserve estos documentos debidamente ordenados, clasificados y expeditos para los fines de estadística, de información médica y social y de educación profesional;
 - d) para que se mantenga un eficiente servicio médico social.
- 2º) Para distribuir como corresponde las prestaciones en el territorio intervenido y para atender oportunamente las demandas de asistencia, es conveniente organizar un sistema coordinado de hospitales, policlínicos, postas y servicios motorizados médicos y paramédicos.
- 3º) Sobre la base de cumplimiento de los anteriores requisitos, cada institución de seguro social que atienda el riesgo de invalidez, conforme a sus recursos y necesidades, estudiará la forma de entregar a la responsabilidad vigilada de los servicios médicos del seguro de enfermedad, las prestaciones en especie del seguro de invalidez. Esta conclusión implica recomendar:
- a) que los servicios médicos, a través de sus autoridades, informen periódica y oportunamente, a la administración del seguro de invalidez, sobre el estado y posibilidades de recuperación de los enfermos que cumplieron la mitad del tiempo que por derecho tienen a las prestaciones de enfermedad;
 - b) que en cualquier estado del tratamiento y cuando los servicios médicos consideren que el enfermo ha perdido en forma permanente su capacidad general de trabajo o alcance el grado de incapacidad que la ley establece para la declaración de invalidez definitiva, ésta se denuncie de inmediato al seguro de invalidez;
 - c) que, si al término del derecho a prestaciones de enfermedad existen posibilidades de recuperación del asegurado, deberá éste, continuar recibiendo las prestaciones en especie por cuenta del seguro de invalidez y recibirá en lugar del subsidio de enfermedad la pensión que corresponda dentro del régimen provisional de invalidez y por el tiempo necesario para la recuperación o hasta que se pronuncie la invalidez permanente, pero siempre dentro del plazo de tiempo que la ley concede como máximo a ese régimen provisional.
- 4º) Es conveniente hacer un estudio actuarial con el fin de financiar una pensión suplementaria de invalidez para que la pensión base se eleve hasta el monto de subsidio de enfermedad cuando la invalidez sea causada por enfermedades crónicas extenuantes con repercusión mórbida familiar, que requieren el seguimiento de regímenes higiénicos especiales y que no son atendidas en hospitalización.

Esta recomendación implica:

- a) que la pensión suplementaria subsista en tanto la aplicación se cumpla y pueda ser vigilada por el servicio médico-social, y se suspenda

INFORMACIONES SOCIALES

- cuando el paciente no cumple con las prescripciones higiénicas recomendadas o cuando caduque por cualquier circunstancia la pensión base;
- b) que la pensión suplementaria no sea de derecho sino facultativa de acuerdo con las encuestas sociales que realice el servicio médico social.
- 5º) Debe considerarse a los inválidos siempre en potencia de mejorar su condición y de recobrar parte o toda su capacidad de trabajo, mediante la intervención de los servicios de readaptación médica y profesional.
- 6º) El seguro de invalidez asumirá el pago, al costo, de las prestaciones en especie que por su cuenta otorgue a los inválidos el seguro de enfermedad; y tendrá la facultad de vigilar a través de funcionarios técnicos autorizados, la ejecución de dichas prestaciones. Las pensiones continuarán administrándose por el riesgo de invalidez.

* * *

El Seguro Social peruano acaba de reglamentar un acuerdo por el cual se establece virtualmente la coordinación de las prestaciones en especie de los riesgos de enfermedad e invalidez. Esta experiencia está dando buenos resultados.

ACUERDO DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO, DEL PERU, ADOPTADO EN SESION DEL 20 DE OCTUBRE DE 1949

1º) Sólo procede la declaración de invalidez cuando el asegurado ha perdido, en forma permanente, los dos tercios de su capacidad para el trabajo.

2º) Los enfermos recuperables recibirán, en todos los casos, las prestaciones del riesgo de enfermedad, hasta cumplir el período de 52 semanas.

3º) Vencido el plazo de 52 semanas, el enfermo será sometido a un examen exhaustivo con el fin de comprobar si ha perdido en forma permanente los dos tercios de su capacidad para el trabajo, en cuyo caso se le declarará inválido.

4º) Si después de las 52 semanas existen posibilidades de recuperación del asegurado, se le declarará en estado de "incapacidad para el trabajo" y continuará recibiendo las prestaciones del riesgo de enfermedad, sustituyéndose los subsidios por una pensión provisional.

El valor de las prestaciones en especie y en dinero se cargarán al riesgo de invalidez.

5º) Cuando los servicios asistenciales consideren, en cualquier estado del tratamiento, que el enfermo ya no es recuperable y que ha perdido los dos tercios de su capacidad para el trabajo, procederán a iniciar el expediente de invalidez.