SEGURIDAD SOCIAL

AÑO X NÚM. 9 *EPOCA III*

MAYO - JUNIO

1961

MEXICO, D. F.

PUBLICACION BIMESTRAL DE LAS SECRETARIAS GENERALES DE LA C. I. S. S. Y DE LA A. I. S. S.

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

INDICE

	Pag.
La organización liberal de la medicina y su evolución, *Dr. Efrén Borrajo Dacruz*	5
Instalación de computadoras electrónicas en el I.M.S.S. para el procesamiento de su información, *Rafael Morfín S.*	27
Segurología Social, *Dr. Fidel A. Zárate*	39
Tendencias y problemas de la Previsión Social en los Estados Unidos, *Wilbur J. Cohen*	57
Cuadragésima Quinta reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo	65
Séptima Conferencia de los Estados de América, miembros de la Organización Internacional del Trabajo	89
Duodécima reunión de la Mesa Directiva de la A.I.S.S.	131

LA ORGANIZACION LIBERAL DE LA MEDICINA Y SU EVOLUCION*

DR. EFREN BORRAJO DACRUZ
Catedrático de Derecho del Trabajo — Madrid, España

I.—SENTIDO Y PROBLEMAS DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

1.—PLANTEAMIENTO DEL TEMA.

En un Manual de Seguridad Social, publicado en 1958 por la Organización Internacional del Trabajo, el capítulo de las prestaciones médicas se abre con estas palabras:

"Sin duda, los problemas más delicados y embarazosos que se plantean en todos los aspectos de la Seguridad Social son los que están en relación con la asistencia médica. Se trata de problemas esencialmente humanos, para los que no puede haber, por su mismo carácter, ninguna solución permanente. La dificultad fundamental es, por supuesto, de carácter financiero, pero está complicada por la tradición individualista de la profesión médica..."[1]

El texto no tiene desperdicio. Señala el profundo sentido humanista de los servicios sociales de asistencia sanitaria por una parte, y por otra recoge sus dos grandes obstáculos o rémoras: el aumento, siempre creciente, de sus costos, y la frialdad, si es que no la hostilidad, de los viejos cuadros de la medicina liberal.

2.—LAS DIFICULTADES ECONÓMICAS.

El problema económico del Seguro de Enfermedad es hoy, en España y fuera de España, un problema acongojante, no sólo de los entes gestores del Seguro, sino de los propios Estados, de la nación en masa.

Las cifras al respecto son elocuentes. Se comentan por sí mismas.

En un estudio de la Asociación Internacional de Seguridad Social (A.I.S.S.), realizado en 1958, los costos por persona protegida, por el concepto de prestaciones médicas y de odontología, es decir, los costos sani-

* Este ensayo ha sido dado a conocer, primeramente, como conferencia en los actos del LII Aniversario del Instituto Nacional de Previsión, organizados por la Delegación Provincial de Zaragoza (27 de febrero de 1960). Se ha completado con algunas notas y cuadros estadísticos, pero, en general, se ha respetado el texto de dicha intervención, fundamentalmente en cuanto al estilo de exposición. El fondo de ideas puede verse, tratado de un modo magistral, en Durand, Paul: La politique contemporaine de Sécurité Sociale. París, 1953, 442-507. El reconocimiento de esta filiación responde a un doble motivo: primero, un deber de justicia, y segundo, al propósito de reconocer el magisterio del gran maestro francés, trágicamente desaparecido en la reciente catástrofe de Agadir. Su influencia puede verse también en el resumen de Doublet, J. y Laveau, G.: Sécurité Sociale. París, 1957, 74-77. Un estudio general de las organizaciones de asistencia sanitaria, en Serrano Guirado: El Seguro de Enfermedad y sus problemas. Madrid, 1950, especialmente págs. 271 y siguientes, sobre "organización de los servicios médicos y régimen del personal sanitario", y págs. 439 y siguientes, sobre el "Seguro en el Extranjero".

[1] O.I.T.: La Seguridad Social. Ginebra, 1958, 45-46.

tarios más estrictos, han registrado en cinco años, desde 1950 a 1955, los siguientes porcentajes de aumento:

Austria	130.51
Bélgica	18.32
Francia	61.21
Gran Bretaña	8.10
Israel	193.06
Italia	111.67
Japón	92.58
Yugoslavia	52.53
Nueva Zelanda	22.40
Países Bajos	78.94 [2]

Si se estudia con cierto detalle alguno de estos países, las cifras son aún más concluyentes. Así, en Austria, mientras que en 1951 los gastos por medicamentos se elevaron a 202 millones de schillings, en 1958 han sido ya de 604 millones. Los gastos de asistencia médica, que en 1951 fueron de 339 millones de schillings, alcanzaron en 1958 el nivel de 856 millones. Con lo que a primeros de 1959 el Seguro de Enfermedad austríaco tuvo un déficit de 120 millones de schillings.[3]

En Francia, si tomamos algunos datos de los cuadros, completísimos, que publica la F.N.O.S.S.,[4] nos encontramos con el siguiente panorama:

AÑOS	GASTOS MEDICOS	CIRUGIA	FARMACIA	TOTAL
1951	19 553	8 090	26 325	111 074
1956	31 379	17 912	60 933	224 021

(Todas las cifras de gastos, en millones de francos).

Es decir, que si damos a los gastos de 1951 el valor 100, los aumentos registrados en 1956 serían los siguientes:

Gastos médicos y odontólogos	de 100 a 160
Cirugía	de 100 a 221
Farmacia	de 100 a 231
TOTALES	de *100* a *202*

Si referimos, siempre en Francia, los costos totales del Seguro de Enfermedad, a la masa de salarios asegurada, tendremos nuevas perspectivas muy reveladoras:

En 1947, los gastos totales por enfermedad representaban el 5.07%

[2] A.I.S.S.: Los gastos del Seguro de Enfermedad. Ginebra, 1959, 38. El cuadro de todas formas, ha de aceptarse dentro de las limitaciones que se explican en páginas 36 a 39. En el mismo tiempo, en Alemania Occidental ha aumentado dicho costo en un 80, según se aprecia en el cuadro comparativo de Hertel: Die soziale Krankenversicherung der Bundesrepublick im internationalen Vergleich, en Bundesarbeitblatt, 9, 1959, 254 y ss., divulgado en Securitas (Asesoría de Estudios y Proyectos del I.N.P.), 10 septiembre 1959.

[3] Vid. en Securitas, de 25 abril 1959, el artículo de Strasser sobre Der Patient Krankenversicherung.

[4] Les resultats financiers de la Sécurité Sociale, en Revue de la Sécurité Sociale, noviembre 1958, 28 a 53, con cuadros completísimos.

de dichos salarios asegurados. En 1950, representaban ya el 7.43%, y en 1957, se elevaron al 9.14%.[5]

La evolución económica del Servicio Nacional de la Salud, en Gran Bretaña, es aún más espectacular, al tener presente el cambio oficial de la libra en 168 pesetas unidad.

El costo previsto para el primer año completo (1949-1950) en Inglaterra, Gales y Escocia, era de 352.300.000 libras, pero fue en realidad de 436.000.000 de libras. Sólo en Inglaterra y Gales, el costo fue en ese año de 305 millones, pero se elevó en 1956-1957 a 468 millones, y en 1957-1958 ha pasado ya a 485 millones, es decir, ha costado en estas dos regiones 180 millones de libras más que en 1947-1948.[6]

El mismo cuadro de millones, cifras de pesetas increíbles, podría recogerse para Alemania, Bélgica, Italia, etc. Y sin embargo, en todos los países el Seguro de Enfermedad, o los servicios nacionales de la salud, no sólo no cierran sus puertas, sino que se extienden a nuevos sectores de la población, amplían sus prestaciones, mejoran sus métodos de tratamiento y diagnóstico, proyectan y desarrollan gigantescos planes de modernización o de construcción de instalaciones, y así, en Austria, en 1959, para salvar el déficit gigantesco del Seguro, se planea ya ¡la organización de un servicio nacional de la salud para toda la población!

¿Qué hay debajo de esta operación histórico-social, que arranca con Bismarck, desde 1883, como el primero de los Seguros Sociales Obligatorios, y que se sostiene y crece incontenible por encima de la marea amenazadora de los números?

No es esta la ocasión de hacer un estudio de la razón histórica de ser del Seguro Social de Enfermedad. Pero sí hay que pensar, ante la tremenda realidad mundial, que la política de Seguridad Social, y dentro de ella la de asistencia sanitaria, tiene unas razones que si la estadística las registra estremecida, y la política económica trata de ignorarlas, se imponen, sin embargo, a todos los Estados, ya sean éstos socialistas, ya sean o traten de seguir siendo liberales.

3.—La tradición individualista de la profesión médica.

La segunda dificultad del Seguro de Enfermedad, más humana, y por tanto más digna de atención, es, decíamos con la O.I.T., la tradición individualista de la profesión médica.

¿Qué se quiere decir cuando se habla de la profesión liberal de la medicina, y qué relación guarda su temida socialización con la existencia y el desarrollo de los Seguros de Enfermedad y de los servicios de la salud?

---

[5] El detalle, a su vez, de estos porcentajes, es el siguiente: 0.47% en asistencia dental; 0.69% gastos médicos; 0.30% gastos quirúrgicos; 0.73% gastos farmacéuticos; 1.05% hospitalización; 1.83% prestaciones en dinero (todos en 1947). En 1957, los porcentajes relativos fueron: 0.52% asistencia dental; 0.91% gastos médicos; 0.54% gastos quirúrgicos; 2.16% gastos farmacéuticos; 2.85% hospitalización; 2.16% prestaciones en dinero. Vid. en Notas informativas (Asesoría Est. y Proyectos del I.N.P.), de 5 agosto 1959, sobre Cifras de la Seguridad Social francesa.

[6] Hay que añadir a estos costos, otros de menor cuantía. El cuadro completo, en Notas informativas (I.N.P.), de 15 diciembre 1958.

La cuestión es digna de ser examinada con cierto detenimiento, pero no a escala nacional, que en el mundo de hoy es un campo de estudio muy pequeño y de difícil neutralismo, sino a escala internacional o, al menos, europea, que es el marco adecuado para la sistematización e interpretación de los fenómenos sociales, que tienen, como ocurre con las instituciones públicas sanitarias, indudable trascendencia en la vida individual y en la vida social de una época.

El cuadro general de exposición suele hacer un contraste entre la llamada "medicina liberal" y la "medicina social". Pero para situar el tema en sus justos términos, las expresiones que nos parecen más correctas son las de "organización liberal de la medicina" y "organización social de la medicina", pues ésta, la medicina, dentro o fuera del Seguro o del servicio de la salud, es y debe ser una y la misma.

II.—LA ORGANIZACION LIBERAL DE LA MEDICINA.

A) LOS PRINCIPIOS O LIBERTADES TRADICIONALES.

La organización liberal de la medicina es, como toda organización liberal, una organización espontánea, que se logra en el ajuste automático y armónico de las libertades e intereses individuales contrapuestos, bajo la mirada vigilante del Estado, sin más intervención de éste que la simple acción de policía y de fomento.

El Estado liberal fija, exclusivamente, los requisitos legales para el ejercicio de la profesión médica, garantiza la formación técnica del profesional y expide el título académico correspondiente. El resto es una relación directa y personal entre el médico y su cliente, que se formaliza en un contrato de servicios. De ahí que, de acuerdo con la llamada "Carta Médica",[7] el ejercicio de la medicina descanse sobre cuatro principios, que son la proclamación de otras tantas libertades:

1.—La libertad de elección.

2.—La libertad de contratación o fijación de honorarios.

3.—La libertad terapéutica o de prescripción.

4.—El secreto profesional.

Cabría añadir una quinta libertad: la de instalación o residencia del médico, sin más requisito previo que la colegiación o inscripción.[8]

El contenido de las cuatro famosas libertades médicas es sobradamente conocido. Pero conviene recordarlo una vez más.

La libertad de elección es, sin duda, el primero y más sagrado de estos principios tradicionales. El enfermo elige libremente a su médico,

---

[7] Durand: Op. cit., pág. 444. Doublet y Laveau: Op. cit., pág. 74. Los mismos principios, cálidamente expuestos y examinados, en las conferencias recogidas en El Seguro Social de Enfermedad y los médicos españoles, Madrid, 1934; principalmente la de don Severino Aznar, cuya memoria se honra hoy.

[8] Así, en el Proyecto Gazier, sobre tasación de honorarios de los médicos en Francia. Vid. este interesantísimo texto de Doublet y Laveau: Op. cit., págs. 118-126, con la argumentación del ministro ante el Consejo de Administración de la "Confederación des Syndicats médicaux français" (13 octubre 1956).

en atención a su fama. El médico, salvo casos de urgencia, puede rechazar la solicitud de asistencia de un enfermo. La libre elección es así la piedra básica del sistema: la garantía de una buena atención del paciente. El estímulo profesional del facultativo. La causa del clima o relación de confianza entre uno y otro. Es la posibilidad ideal de promover social y económicamente hacia el éxito al médico más apto, al más abnegado. En una palabra, es la fórmula mágica de dar prestigio y fortuna al mejor.

En segundo lugar, y como una consecuencia lógica derivada de la premisa anterior, tenemos la libertad de contratación de honorarios. Esta palabra última es reveladora: el ejercicio de la medicina, como el de cualquiera otra profesión liberal (la abogacía, por ejemplo), da lugar a una actividad que no puede ser tasada en su valor. Tal es la creencia. Es tasable el trabajo manual de un obrero, o es tasable una mercancía, porque son trabajos o cosas en cierto modo fungibles, sustituibles o recambiables. Pero el cuidado de la salud, la salvaguardia de la justicia, etc., como actividades por su propia naturaleza libres, son manifestación de la personalidad original del profesional, fruto de sus vigilias de estudio, de su constante dedicación a la investigación, y de su afán de perfección. De ahí que los servicios médicos sean inestimables. De ahí también que se emplee tradicionalmente la palabra "honorario" para designar su retribución, palabra que, por encima de la idea material de "precio", levanta una idea más espiritual de testimonio de gratitud y de reconocimiento personal.[9]

El médico, como el profesional libre en general, recibe una cantidad por sus servicios, que está de acuerdo, tanto con la categoría del médico, como con la fortuna o la importancia social de su paciente. La idea de precios tasados se dice que repugna a la propia condición de la medicina y de su titular. De ahí también la suprema elegancia del médico, que acepta un puesto mal retribuido en el hospital de beneficencia, o que atiende gratuitamente, o sin más que el regalo en especie, anual, en Navidades o en el día de su santo, al indigente de la parroquia o comarca.

La libertad de prescripción es, en tercer lugar, exigencia mínima de la medicina: el médico receta, según su juicio, lo que juzga más adecuado a su paciente. La imposición de un determinado producto farmacéutico, la renuncia a ciertas pruebas previas de exploración y diagnóstico, etc., contradicen la libertad de juicio y de conciencia del facultativo, libertades esenciales de la profesión médica.

En fin, el secreto profesional viene motivado por cuanto, en esa relación médico-paciente, el médico pasa a ser un amigo íntimo, un confesor, que entra en posesión de secretos que afectan al individuo y a su familia y que no puede revelar sin deshonor y sin sanción.

B) LA FIGURA DEL MEDICO DE FAMILIA.

El planteamiento temático de la medicina liberal es hermoso, hay que reconocerlo. Es hermoso como toda teoría liberal. Y goza a su favor

[9] Se han manejado unas notas de una intervención oral del profesor Alonso Olea, sobre El trabajador intelectual. Vid. también en Durand: La politique, cit., página 445.

de una imagen que todos los hombres de Occidente conocemos, o bien personalmente, o que nos ha sido conservada por la novela, el teatro, el cine, etc.[10]

El médico libre estuvo —y está para la anécdota y la nostalgia— encarnado en la figura del médico de familia, ese médico que es un miembro más del grupo familiar, algo así como el testigo de penas y de alegrías, sabio y bueno, que acompaña a las distintas generaciones de un hogar en su relevo por la vida.

El médico de familia, que era algo así como un médico para todo, consultor general y especialista, que atendía con igual solicitud al rico hacendado y al menesteroso, que cobraba muchas veces en especie, es el símbolo ya perdurable de la medicina liberal, la imagen viva de toda una profesión, que merece de la historia de la Medicina un emocionado recuerdo. Pero, y esto es lo que hay que meditar, tan sólo un recuerdo.

Efectivamente, y volvemos a repetirlo, el esquema de la medicina liberal, con sus cuatro principios cardinales, es hermoso como toda teoría liberal, pero es un esquema simplemente teórico, en gran parte irreal, ficticio o convencional.

C) LAS INSUFICIENCIAS DE LA ORGANIZACION LIBERAL DE LA MEDICINA.

En una terminología, que hoy ya no nos asusta ni sorprende, cabe decir que la medicina liberal era la medicina de los económicamente fuertes, pero la medicina del económicamente débil, fue antes como ahora, una medicina limitada, sometida a fuertes restricciones, no de la ley —que siempre puede ser cambiada—, sino de la realidad, que es más difícil de cambiar y también más opresiva.

Así, la libertad de elección y la libertad de prescripción no tienen sentido referidas a las posibilidades del económicamente débil, que ni puede pagar los honorarios altos del especialista, al que llega fiándose en terceros, ni puede adquirir los medicamentos caros, ni puede seguir un tratamiento largo y costoso.

El espíritu compasivo, cristiano o filantrópico del médico podían resolver algunos o muchos de estos problemas, pero tales soluciones privadas fueron siempre parciales, referidas a la asistencia médica general; pero la consulta y el tratamiento del especialista, la medicación continuada y regular, la intervención quirúrgica, estaban, casi siempre, fuera de las posibilidades de la relación caritativa entre el médico y el asistido.

De ahí los dos grandes y desiguales remedios de la organización liberal de la medicina: el hospital de caridad y el Seguro Privado de asistencia médica.

1.—El hospital de caridad.

El hospital de caridad y el Seguro Médico Privado, hay que tenerlo muy presente, son instituciones típicas del sistema liberal de la medicina.

[10] Vid. la breve semblanza en Doublet y Laveau: Op. cit., pág. 75.

Están inmersos en su mismo espíritu de asistencia y de ganancia. Son previos —y esto también es muy importante recordarlo— al Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Los principios liberales de la medicina quiebran dentro de la medicina hospitalaria y dentro de la aseguradora, mutual o mercantil.

El hospital disponía de unos cuadros médicos cerrados, en los que se ingresaba, muchas veces, por concurso u oposición, y otras muchas se ingresaba por simple nombramiento arbitrario de la autoridad política local o provincial. Había un fuerte control sobre tratamiento, métodos de diagnóstico y exploración y sobre todo de medicación. El enfermo (si lograba ingresar al existir vacante en las salas) no elegía médico: le atendía el del servicio, el de turno. El médico a su vez, no podía negarse a tratar a su paciente. La libertad de contratación también había desaparecido: el facultativo percibía un sueldo, normalmente bajo, del hospital, no del asistido. Incluso el secreto profesional era ya un secreto compartido entre el administrador y sus auxiliares administrativos, el médico y su personal, el grupo de médicos practicantes y, en fin, en los hospitales clínicos, con los internos y los alumnos que repiten, una y otra vez, para su aprendizaje, la exploración del enfermo, incansablemente.[11]

El hospital, sin embargo, pese a que en él no encuentran vigencia los principios de la medicina liberal, no tiene, en general, un puesto vergonzante en la historia social,[12] a causa de posibles fallos técnicos de sus cuadros de médicos. Al contrario, el título de médico de un hospital fue y es un título codiciado por el personal sanitario, y no por sus ingresos, sino por su prestigio social y técnico, de acreditada competencia.

El hospital debe su fama vergonzante de otros tiempos a que era un instituto de caridad, el centro sanitario, cuando no el asilo, de los indigentes. De ahí ese temor de nuestros mayores de acabar sus días en un hospital.[13]

2.—La sociedad médica de Seguros.

La aseguradora de asistencia médica fue también una solución o remedio a las insuficiencias sociales de la organización liberal de la medicina.

El trabajador con salarios relativamente altos, el funcionario público modesto, el profesional libre con una clientela limitada, es decir, la clase media baja, procuraban y procuran entrar en una sociedad, en la que, a cambio de una cuota más o menos reducida, reciben, junto con su familia,

---

[11] De ahí la repugnancia de los enfermos a entrar en los hospitales clínicos, ante el temor basado fundamentalmente en prejuicios muy extendidos, de servir de campo de experimentación. La situación de los hospitales clínicos ha llegado a ser, en algunos casos, crítica, en orden a la práctica de sus alumnos.

[12] Sobre "los servicios públicos de beneficencia y sanidad nacional", en Serrano Guirado: Op. cit., págs. 57 y siguientes. El sentido e historia del "hospital", en Hinds, S. W.: L'hopital et son développement a travers les âges, en Bull. A.I.S.S., 8-9, 1957, 369 y siguientes. Las etimologías que se recogen (hospitalidad, hospicio, hotel, etc.), son reveladoras de dicho sentido y evolución.

[13] El temor de acabar en el hospital daba lugar a la formación de pequeños capitales de ahorro, a la reserva de las mejores ropas, etc.; en el primer caso, para evitar el trance; en el segundo, para pasarlo dignamente.

ciertos cuidados sanitarios, fundamentalmente de cirugía, hospitalización y entierro.[14]

La relación médico-cliente en la sociedad médica de Seguros es también una relación no liberal, valga la expresión. El médico cobra cantidades fijas de la entidad aseguradora, por asegurado o por acto médico, y el paciente no puede elegir médico más que entre los que están en la lista, reducida siempre, de su entidad.

En fin, en cualquiera de ambos sistemas, hospital de caridad o aseguradora médica, el paciente obtenía, en general, una asistencia incompleta, sobre todo en el orden de la farmacia, a no ser que la cuota, por excesivamente alta, resultase prohibitiva para grandes sectores de la clase media.

III.—LA ORGANIZACION SOCIAL DE LA MEDICINA.

A) EL DERECHO A LA SALUD.

El postulado, que se afirma en nuestro siglo en todo el mundo, de que la salud es un bien individual y es, a la vez, un bien social,[15] tenía que ser incompatible con este estado de seguridad sanitaria precaria y difícil y, en todo caso, anárquico, movido muchas veces por el ánimo de lucro de terceros, extraños en esa relación de médico y enfermo. De ahí la constitución de los Seguros Obligatorios de Enfermedad,[16] y desde 1938 en Chile y en Rusia, y poco después en Australia, Nueva Zelanda y Gran Bretaña,[17] la organización de los "servicios nacionales de la salud", para todos o casi todos los ciudadanos y residentes del país.

El Seguro de Enfermedad, en cuanto tal, con su sistema de cuotas y su aplicación a ciertos grupos de la población, y no a todos los ciudadanos, es el heredero de la vieja mutua de asistencia sanitaria, pero con un cuadro completo de prestaciones, tales como:

—La asistencia médica, general y de especialidades;

—La exploración y diagnóstico, de acuerdo con las técnicas más progresivas;

—La asistencia de especialistas cirujanos;

—La asistencia farmacéutica, total o indispensable;

—Los servicios médicos auxiliares, de practicante y enfermera o matrona;

—El internamiento sanatorial, etc., de servicios de la medicina moderna, compleja y desarrollada, técnica y costosa, pero que es hoy día un derecho constitucional, un derecho derivado del mis-

---

[14] Vid. en Serrano: Op. Cit., págs. 45 y ss. Pierre Theil: Le corps medical devant la medicine sociale. París, 1943, 80 y ss.

[15] Los distintos textos internacionales en Lega: Il diritto alla salute in un sistema di sicurezza sociale. Roma, 1952.

[16] Es significativo que el primer seguro Social Obligatorio haya sido, precisamente, el de Enfermedad.

[17] En Inglaterra, como es sabido, la creación del National Health Service, tuvo lugar por Ley de 6 de noviembre de 1946, pero la Asociación Médica Británica retrasó su puesta en aplicación hasta el 5 de julio de 1948.

mo derecho a la vida,[18] clave del constitucionalismo social de nuestro tiempo.

B) LA RAZON HISTORICA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD.

Y volvemos así a la cuestión inicial:

¿El Seguro de Enfermedad y, en cierto modo, el servicio nacional de la salud, con todo este cuadro complejo y costoso de prestaciones sanitarias, debe y puede atenerse a los esquemas liberales de la organización médica, o puede y debe, por el contrario, atenerse a los esquemas de la organización hospitalaria y de la sociedad de seguros médicos, excluido siempre el ánimo de lucro?[19]

Hay que tener presente que el Seguro de Enfermedad no tuvo por objeto inmediato sustituir a la organización liberal de la medicina, sino que históricamente a quien sustituye o completa es, en realidad, al hospital de caridad y a la sociedad médica privada.

La comprensión de esta realidad puede, en gran parte, descargar al Seguro de Enfermedad de un buen número de exigencias, frente al esquema, tan traído y llevado, de la medicina liberal.

Con este planteamiento, el Seguro de Enfermedad, dada la evidente superioridad de su cuadro de prestaciones sanitarias, que se completa con la carga gigante de sus indemnizaciones económicas o subsidios, puede sostener una organización no liberal en sus servicios, sin sentir por ello escrúpulos o angustias de culpabilidad.

Sin embargo, aun justificado el Seguro en sus realizaciones actuales, no por ello cabe negar las excelencias de la organización libre de la medicina, al menos en cuanto a sus valores formales. De ahí que convenga estudiar los sistemas de organización existentes para ver hasta dónde es posible conservar los viejos principios de libertad de elección, de libertad de prescripción, de libertad de honorarios y de secreto profesional, sin frustrar, al hacerlo, la finalidad social del sistema, que es su razón de ser.

Entremos, pues, a estudiar la supervivencia de estos principios en la parte final de esta disertación; es decir, expongamos algunas experiencias típicas de la organización social de la medicina.

C) EL SECRETO PROFESIONAL Y LA MEDICINA EN EQUIPO.

El secreto profesional sigue siendo un principio admitido, y fundamental, de la organización social sanitaria. Sin embargo, es preciso reconocer que no puede mantenerse como secreto individual, ni en el consultorio del Seguro ni, lo que es más importante, en el consultorio privado, del médico particular. La naturaleza de la medicina actual obliga a esta conclusión.

[18] Vid. en Marti Bufil: Tratado comparado de Seguridad Social. Madrid, 1951, 108, 113, 118, etc.

[19] El Código Internacional del Trabajo recoge el artículo 6º del Convenio 24, en el que se preceptúa que el Seguro de Enfermedad deberá ser administrado por instituciones autónomas, que estarán sujetas al control administrativo y financiero de los poderes públicos y no podrán perseguir "ningún fin lucrativo" (art. 631). El Convenio ha sido ratificado por España el 8 de abril de 1932.

Hoy, junto al médico de familia o para todo de otros tiempos, hay que acudir al sistema de trabajo en equipo.[20] El médico de contacto inmediato es un simple médico general, que si precisa de un reconocimiento o exploración minuciosa del enfermo, ya suele acudir antes del diagnóstico al radiólogo y al analista, y que acaba remitiendo a su paciente a uno o a varios médicos especialistas. La intervención de los auxiliares sanitarios, la formación de expedientes clínicos, etc., completan el cuadro dentro del cual el secreto profesional es siempre un secreto compartido entre varios.

El sentido del secreto profesional es, pues, hoy distinto del de otros tiempos. Y de ahí que pueda decirse, con toda exactitud, que está garantizado en el Seguro Social como en la clínica particular. La existencia y el uso de códigos cifrados, con letras claves para cada enfermedad, es el remedio común que puede completar estas garantías frente a la curiosidad indiscreta de terceros profanos.

En verdad, el secreto profesional no puede ser arma de discusión, ni menos de censura, contra los servicios sociales de la asistencia sanitaria, en nuestro tiempo.

D) LA LIBERTAD TERAPEUTICA Y SUS GARANTIAS.

La libertad terapéutica o libertad de prescripción es, sin disputa, uno de los principios más importantes de la medicina, sea ésta liberal o social, tradicional o moderna, pues está relacionada con la eficacia misma de la asistencia. Las exclusiones por razones puramente económicas, cuando la medicina prohibida se presenta ante los ojos del enfermo como el remedio infalible o el más eficaz para sus dolencias, resulta antipática, destruye el prestigio y la fundamentación psicológica del Seguro Obligatorio y, a la larga, puede representar para éste también un mayor costo.

Ahora bien, sobre este principio general, reconocido en la famosa recomendación número 69 de la O.I.T, formulada en Filadelfia, en 1944, hay que admitir, y así se hace también en dicho texto internacional,[21] que la prescripción farmacéutica puede estar sometida a ciertas restricciones.

En primer lugar, son admisibles las limitaciones respecto de todos aquellos productos que basan su deseabilidad en su propaganda o en su alto precio, o que no tienen una finalidad curativa propia, sino que son más bien de finalidad alimenticia, de usos domésticos o, simplemente, de tocador.

En segundo lugar, son también admisibles las condiciones que tienen por objeto refrenar la propensión al consumo del asegurado, demasiado consciente de sus derechos de cotizante, y ya no digamos las que se pro-

[20] La transformación técnica de la medicina, en Durand: Op. cit., págs. 449 y siguientes.

[21] "La asistencia médica debería comprender... y, siempre que fuere posible, el material necesario para la asistencia dental, farmacéutica, médica o quirúrgica... (en Cód. Int. Trabajo, art. 624, W. 2). En la Recomendación de 1927, sobre el Seguro de Enfermedad, simplemente se aconseja "el suministro de medicamentos y de medios terapéuticos suficientes y de buena calidad..." (en C. I. Tr., art. 658, 1).

ponen corregir los distintos abusos provocados por una complacencia fraudulenta, pues se entra aquí en el campo jurídico penal.

Las restricciones o limitaciones se logran de dos modos: uno, mediante las listas de medicamentos, los clásicos petitorios del Seguro español, y otro, con el llamado "tique moderador", o participación del asegurado en el precio del producto, con una cantidad fija por receta o en un cierto porcentaje del costo.

El petitorio, decimos que es clásico del Seguro español, pero también es clásico en otros muchos sistemas de Seguro europeos.

Los ejemplos de uno y otro procedimientos se encuentran fácilmente. En Bélgica, vemos, el asegurado participa en el precio del producto, normalmente, en un 25%, si bien hay casos en que paga nada menos que el 50% de su valor. Y con todo, sólo se le pueden dispensar los medicamentos enumerados en una lista establecida por el Ministerio, previo dictamen, eso sí, del Consejo de especialidades farmacéuticas.[22]

En Holanda, el sistema es aún más riguroso, dado que la medicación es gratuita: el asegurado tiene que estar inscrito en una farmacia para tener derecho a dichas prestaciones. Las farmacias, a su vez, sólo pueden expedir contra el Seguro los medicamentos que están recogidos en la lista aprobada por una Comisión Central Médico-Farmacéutica. Los medicamentos que no están listados sólo se pueden recetar previa aprobación del médico inspector de cada Caja del Seguro. Siempre que una especialidad pueda ser sustituida por una preparación magistral, mucho más barata, tendrá lugar tal sustitución. El médico que tiene una farmacia recibe una cantidad fija por beneficiario y por año para la preparación y el suministro de los medicamentos prescritos por él o por el médico especialista al que ha enviado al paciente (3.58 florines); recibe también el reembolso de ciertos medicamentos, caros, y por los medicamentos especiales cuyo despacho ha sido autorizado. El farmacéutico (no médico) recibe a su vez una cantidad fija por persona al año como honorarios y reembolso de gastos (3.24 florines), el precio de compra de los medicamentos expedidos, según una tarifa periódicamente revisada de común acuerdo entre las organizaciones de farmacias y las Cajas de enfermedad, y una cantidad por receta despachada (0.40 florines).[23]

En Noruega, el Gobierno fija los precios máximos de venta de todos los productos farmacéuticos, y ejerce una rigurosa intervención sobre las medicinas, tanto nacionales como importadas. Así, el número de especialidades reconocidas es muy reducido (sobre 1,300). Los enfermos asistidos

[22] R. D. de 22 septiembre 1955, orgánico del Seguro de Enfermedad e Invalidez, en su artículo 63, párrafo segundo, establece que "La lista de las especialidades farmacéuticas, en cuyo costo estará autorizado el Seguro para intervenir, así como el precio de referencia que habrá de servir de base para el cálculo del importe de dicha intervención, se establecerán por el Ministro de Trabajo y Previsión Social, previo dictamen del Consejo de Especialidades Farmacéuticas..." El artículo 61, párrafo segundo, sobre "provisión de productos farmacéuticos", se completa en el párrafo final, al establecerse que "para las prestaciones enunciadas en los números 2. o ..., el importe correspondiente será fijado por el Ministro de Trabajo y Previsión Social, sin que (la participación del interesado) pueda exceder del 25%...".

[23] Ledeboer, L. V.: L'assurance —soins médicaux aux Pays— Bas, en Bull. A.I. S.S., 9, 1948, 408 y siguientes. Es un estudio completo y detallado sobre la materia.

en centros sanitarios (hospitales o sanatorios) reciben gratuitamente los medicamentos precisos, pero fuera del recinto hospitalario tan sólo los que estén afectos de graves enfermedades reciben por reembolso parte del costo de la medicación.[24] En Suecia, donde no hay petitorio, el beneficiario soporta, en cambio, desde 1956, el 25% del costo, y antes de esa fecha sufragaba hasta un 50% de dicho valor.[25]

En Francia, en fin, donde tampoco hay petitorio, el asegurado satisfacía, hasta 1958, el 20% del precio de las medicinas, después de adelantar el importe total al pagarlo directamente al farmacéutico. En 1958, con la nueva política económica, con sendos Decretos de diciembre, se estableció un sistema más riguroso:

—En primer lugar, se fijó una franquicia, cifrada en 3.000 francos por beneficiario y semestre, que soportaba íntegramente el interesado; el Seguro sólo participaba en el costo de la farmacia en la cantidad que excediese de esos 3.000 francos por beneficiario y semestre;

—En segundo lugar, el asegurado tenía que participar en el costo de la farmacia, o bien con un 30% de su valor, como regla general, o bien, al menos, con un 10% cuando se tratase de ciertos medicamentos especiales, entre los que se incluían los antibióticos.

El 4 de febrero de 1959, es decir, un mes después, la primera medida templó su rigor al admitirse que se derogaba el límite exento de reembolso a favor de pensionistas de vejez e invalidez, pensionistas y derechohabientes por accidente del trabajo, parados y familiares a cargo, estudiantes, etc. Cinco meses después, el 26 de junio de 1959, la derogación del límite mínimo de gastos de 3.000 francos por asegurado y semestre se ha suprimido radicalmente, en favor de todos los afiliados. Pero queda en vigor la participación en los costos entre un 30 y un 10%, según los casos (20% en las preparaciones magistrales).[26]

En España, como es sabido, en el Seguro de Enfermedad hay un petitorio, que se revisa actualmente por el Ministerio de Trabajo, sin participación del asegurado en el precio de la farmacia. Sin embargo, en el Seguro Escolar y en el Montepío Nacional del Servicio Doméstico, dada

[24] La Ley de 2 de marzo de 1956, sobre el Seguro de Enfermedad, en su artículo 31, párrafo quinto, establece el derecho del asegurado al "suministro de medicamentos indispensables según las listas, normas y tasas que fije el Ministerio". Un estudio amplio y detallado en Illuminati, F.: La sicurezza sociale in Norvegia (II parte: Assicurazione contro le malattie), en I Problemi Della Sicurezza Sociale, 1, 1959, 79-98, y en 2, 1959, 265-285, las "Normas y tarifas para el reembolso de los honorarios médicos" (son curiosas las relativas a gastos de viaje y de transporte) y "Normas y tarifas para el reembolso de los gastos por medicinas admitidas".

[25] Ley de 3 de enero de 1947, modificada por Leyes de 19 junio 1953, 14 mayo 1954, 4 junio 1954, 3 junio 1955 y 23 marzo 1956. Véase para este país y para otros muchos (Alemania, Austria, Bélgica, Bolivia, Brasil, etc.), el Informe sobre la Prestación Farmacéutica en el Seguro de Enfermedad, realizado por Serrano Guirado, en 1958 (ejemplar poligrafiado por el I.M.P., Madrid, octubre 1958), págs. 169 y siguientes. El informe aborda ampliamente el problema de las prestaciones farmacéuticas, estudiando críticamente todas y cada una de las posibles formas de organización de las mismas.

[26] Vid. el proceso descrito en el texto, en Informaciones Sociales (O.I.T.), números de 1º marzo 1959, págs. 196-197; 1º mayo 1959, págs. 370-371, y 1º noviembre 1959, pág. 311.

la mayor libertad en la elección del facultativo que se ha recogido en ambos sistemas, el asegurado participa en un 30 y en un 50%, respectivamente, del costo de la medicación, a no ser que esté hospitalizado, caso en el que la farmacia es totalmente gratuita.

En conclusión: la existencia de petitorios, así como de un tique moderador, es una característica del Seguro Social, y no puede censurarse por principio, pues si se regula con criterios racionales y flexibles, no coarta, sino que simplemente condiciona y depura, la libertad de prescripción.

E) LA LIBERTAD DE ELECCION Y LA DE FIJACION DE HONORARIOS.

1.—CRITERIOS DE ORGANIZACIÓN.

La libertad de elección puede jugar en relación con tres distintos criterios o situaciones:

—Primera, el asegurado tiene la posibilidad de elegir entre todos los médicos colegiados, es decir, entre todos los médicos autorizados para el ejercicio de la profesión;

—Segunda, y de un modo diametralmente opuesto, el asegurado no tiene opción respecto del profesional sanitario; sólo puede ser atendido, con cargo al Seguro, por el médico que se le ha designado;

En fin, cabe una situación intermedia, en la que el asegurado elige, pero elige entre los médicos adscritos al Seguro o al servicio nacional de la salud.

Los sistemas segundo y tercero, al descansar sobre un cuadro de personal sanitario limitado, dan lugar a un nuevo problema derivado, al tener que determinarse qué médicos son o deben ser los médicos al servicio de los asegurados.

Los criterios, a este respecto, son, fundamentalmente, los dos siguientes:

—Uno, el de lista abierta;

—Otro, el de lista cerrada.

En el sistema de lista abierta pasan a ser médicos del Seguro, o del servicio nacional, todos aquellos que aceptan sus condiciones de trabajo. En el de lista cerrada hay que atender, en cambio, al nombramiento del personal adscrito acudiendo a concursos, oposiciones, antigüedad en la profesión, residencia, cargos oficiales, etc.

El Seguro o el servicio nacional pueden exigir a sus facultativos una dedicación plena, incompatible con el ejercicio privado de la medicina, o pueden contentarse simplemente con una dedicación parcial, compatible con dicho ejercicio libre.

En cuanto a la fijación de honorarios, en principio, la retribución del médico puede responder a estos sistemas:

—Pago directo por el asegurado, que luego se reembolsa del Seguro

en la cuantía total pagada o sólo en una parte, soportando personalmente la diferencia;[27]

—Pago directo por el Seguro. Los criterios de retribución en este segundo supuesto pueden ser:

—Sueldo fijo, mensual generalmente;

—Retribución por acto médico, o bien por cada consulta o visita, o bien por períodos fijos de tratamiento de cada enfermedad;

—Retribución por cabeza, con una cantidad fija por cada asegurado a cargo del facultativo.[28]

2.—EXPERIENCIAS NACIONALES.

a) Criterios legales.

a') Francia.

En Francia, el Seguro de Enfermedad funciona en régimen de asistencia indirecta, es decir, no tiene servicios médicos propios, sino que acude al sistema de reembolso.

En el cuadro médico del Seguro se distinguen:

—El médico tratante, de medicina general o especialista;

—El médico consejero, que equivale a médico inspector;

—El médico experto en funciones de arbitraje en los litigios de la Caja en cuestiones médicas.[29]

Respecto de los primeros, todo médico inscrito en la Orden Nacional de los Médicos está facultado para atender a los asegurados. La libertad de elección es, pues, absoluta como principio. Las Cajas de Seguridad Social y el cuerpo médico, respetando una tarifa nacional tipo que fija el Gobierno, establecen en cada circunscripción territorial, por convenio colectivo, las tarifas de remuneración por acto médico, y, en principio, el médico debía de respetar tales tarifas. El beneficiario paga directamente al médico, obtiene así una factura, y con ella logra de la Caja un reembolso del 80% de su importe, con lo que sólo soporta la diferencia de un 20% de lo pagado.

El mismo sistema se sigue en Bélgica,[30] en Noruega[31] y en Suecia, si

[27] Hay una modalidad que hace menos gravoso el sistema de reembolso para el asegurado: la forma del "tercer pagador", de modo que el asegurado satisface directamente al médico tan sólo su porcentaje de los honorarios totales, y la diferencia la cobra el médico directamente del ente asegurador. Así, la Ley noruega de 2 de marzo de 1956, artículo 37, prevé que "La Caja de Seguro podrá, de acuerdo con la Oficina Nacional de Seguro, decidir que la indemnización debida al asegurado a título de asistencia médica se pague directamente al facultativo. En ese caso, el médico no podrá reclamar al enfermo la fracción de los honorarios que haya de pagar la Caja del Seguro".

[28] Las distintas formas de retribución y la situación jurídica del personal sanitario, en Venturi: I fondamenti scientifici della sicurezza sociale. Milán, 1954, 344 y siguientes.

[29] Como estudio más actual, hemos seguido el de Simonin, C.: La Sécurité Sociale en France. II. Rólo des médicins, en Bull. A.I.S.S., abril 1959, 169 y siguientes.

[30] R. D. de 22 de septiembre de 1955, artículo 64, y R. D. de 14 de julio de 1956, modificando los artículos 65, 66, 69 y 72. La hospitalización estará sometida a la previa autorización (a no ser en casos urgentes) del consejero médico del organismo asegurador, quien fijará la duración probable de la misma (art. 67). En todo caso, el enfermo paga por cada consulta, en el gabinete del médico, 5 frs., y por cada visita domiciliaria, 10 frs., para frenar en parte la propensión a los servicios. (Datos tomados de la publicación de la A.I.S.S.; El Seguro de Enfermedad. Monografías nacionales. Ginebra, 1958, tomo I.).

[31] Vid. bibliografía de nota 24.

bien en este país se limita el reembolso al 75% de la factura médica, de acuerdo con un baremo aprobado previamente.[32]

En España hay un sistema muy parecido en el Seguro Escolar, para casos de intervención quirúrgica: se han tarifado las retribuciones del personal médico, auxiliar, anestesista, gastos diarios de hospitalización, etc., de operaciones médicas de una intervención quirúrgica con internamiento. El enfermo elige el médico que estime más conveniente, entre todos los colegiados en el país, y paga sus honorarios. El Seguro Escolar le reembolsa luego de acuerdo con la tarifa aprobada, de modo que si ha pagado una cantidad superior, esta diferencia corre a cuenta del interesado. Ahora bien, el Seguro ofrece a sus beneficiarios un cuadro médico y unas instalaciones concertadas, en las que en ningún caso los honorarios por servicios, los gastos de internamiento, quirófano, etc., serán superiores a los fijados en la tarifa oficial En este cuadro están, desde el primer día y en virtud de un ofrecimiento generoso, todos los catedráticos y profesores adjuntos de las Facultades de Medicina. Es, pues, un cuadro de absoluta solvencia profesional. Pero, con todo, el asegurado puede acudir al cirujano de su libérrima elección.

b') Rusia.

En la U.R.S.S., el sistema es diametralmente opuesto al sistema francés.[33] Desde 1937, el cuidado de la salud, como función de la competencia del Estado, corre a cargo de un servicio público, dentro de los respectivos Ministerios de Sanidad. La organización sanitaria descansa sobre dos bases: una, la empresa, con sus cuadros médicos de empresa; y otra, de carácter territorial, que atiende a la población de la ciudad y a la población campesina, en sus dos ramas de servicios.

Los médicos son funcionarios públicos, adscritos a determinados puestos de trabajo, en ambulatorios, policlínicas, sanatorios, instituciones de investigación, etc., y atienden gratuitamente a los ciudadanos residentes de su zona. El enfermo que desea cuidados médicos tiene que ir necesariamente a dicho médico de zona o de empresa. Si acude a otros médicos distintos, tiene que satisfacer por su cuenta los honorarios correspondientes. No existe, pues, dentro del sistema médico-social, el principio de libre elección en ninguna de sus formas.

La retribución del médico-funcionario consiste en un sueldo fijo, cuya cuantía varía en relación con la categoría profesional, la naturaleza del

[32] La legislación cit., artículo 14: "La compensación por gastos de asistencia médica se pagará respecto de cada enfermedad..., elevándose a las tres cuartas partes de los gastos, o si excedieren de la cuantía especificada en la escala fijada por la Corona, a las tres cuartas partes de esta última cuantía..." Véase distintas limitaciones en los artículos siguientes.

[33] Nos atenemos a la referencia de Venturi: Op. cit., págs. 448 y siguientes. Recientemente, Rodov, Y.: Les services de santé dans l'Union des Républiques Soviétiques Socialistes, en Bull. A.I.S.S., marzo 1958, 97 y siguientes, y noticia en I Problemi Della Sic. Soc., 2, 1959, 316. Vid. para un tratamiento general. Sigerist, H.: La medicina socializada en la Unión Soviética (trad.). La Habana, 1944. Dobb, M.: Social Insurance in the Soviet Union. Londres, 1942, Soukhov, A.: La Sécurité Sociale en U.R.S.S., en la obra de Pacherstnik, La legislation du travail en U.R.S.S. París, 1947, páginas 192 y siguientes. Un informe completo en Bull. A.I.S.S., 10-11, 1958, páginas 465-487.

servicio y su antigüedad. El médico sigue un régimen de plena dedicación, con un horario que, en 1953, se fijaba o bien en horas (de seis a ocho horas en los sanatorios y ambulatorios), o bien en relación con un número fijo de reconocimientos de enfermos o de visitas domiciliarias. Las visitas a domicilio del enfermo se contaban como tres visitas en ambulatorio.

La carrera profesional del médico suele empezar como médico rural, con tres años como mínimo de servicio. Pasa luego, en razón de su competencia y antigüedad, a los servicios urbanos. A los sesenta años tiene derecho a la jubilación.

Los mismos criterios se aplican, en general, en las organizaciones sanitarias de Rumania[34] y de Polonia.[35]

c') Inglaterra.

En Inglaterra, desde 1948, funciona el Servicio Nacional de la Salud, con el sistema que hemos llamado de "lista abierta", y cuenta así con todos los médicos del país que han aceptado sus condiciones de trabajo.[36]

El servicio, en su organización, distingue entre médicos con plena dedicación y médicos con dedicación parcial. Los primeros cobran por sueldo, cuya cuantía es muy variable según la edad, la categoría profesional, los gastos de residencia, etc. Así, entre los llamados "especialistas de consulta", las retribuciones oscilan entre 1.965 libras y 12 chelines hasta 5.585 libras, después de la última subida de sueldos, en diciembre de 1958.

Los médicos generales del Servicio son retribuidos por cabeza, con cantidades fijas por asegurado inscrito entre su clientela. A estos efectos, hay que indicar que el presunto paciente puede elegir con absoluta libertad entre los médicos que han aceptado las condiciones del Servicio, y viceversa (y a salvo siempre los cuidados de urgencia), el médico puede aceptar o rehusar la elección del cliente. Una vez inscrito, con un procedimiento muy simple, puede variarse de facultativo. El número máximo de inscritos en la lista de médico que no cuente con ayudante es de 3.500 (antes de 1953 eran 4.000). El médico que disponga de un ayudante (permanent assistant) puede tener 2.000 inscritos más.

La retribución por inscrito es, desde enero de 1959, de 18 chelines al año, con una sobreprima de 12 chelines por cada inscrito entre el 501 al 1.500. En consecuencia, el Servicio da como remuneraciones normales,

---

[34] Un informe completo en Bull. A.I.S.S., 12, 1958, 567-613. Sobre la asistencia médica, Págs. 579 y siguientes.

[35] Balcerski, St.: Les prestations de l'assurance maladie-maternité (en Le régimen de Sécurité Sociale de la Republiqué populaire de Pologne), en Bull. A.I.S.S., 10-11, 1959, 490 y siguientes.

[36] Entre otros, vid. el estudio de Stockman, H. W.: Histoire et développement de la Sécurité Sociale en G. Bretagne, en Revue de la Séc. Soc., 89, marzo 1958, págs. 21-70. Un amplio folleto nos ha sido facilitado por el Instituto Británico de Madrid: Health Services in Britain. Londres, 1958 (vid. especialmente págs. 12 y siguientes, sobre "practitioner services"). Sobre los honorarios vigentes desde enero 1959, vid. el Boletín poligrafiado National Health Service. How the Doctor is Paid, facilitado también por "H. B. M. Embassy. Madrid. Information Department. Library". Datos generales sobre el Servicio Nacional de la Salud, referidos a 1958, en la publicación de la A.I.S.S.: Seguro de Enfermedad. Monografías Nacionales, tomo I.

en relación con las listas del médico general, las que se recogen en la siguiente escala:

INSCRITOS	REMUNERACIONES NORMALES (£)
500	450
750	825
1 000	1 200
1 250	1 575
1 500	1 950
2 000	2 400
2 500	2 850
3 000	3 300
3 500	3 750

Aparte de estas retribuciones normales o generales, el médico general puede obtener otros ingresos al ejercer en zonas calificadas oficialmente como con insuficiencia de doctores o con escasa población (de 250 a 500 libras al año); al ejercer en las zonas rurales, para compensarles sus desplazamientos, etc. Se garantiza también a los médicos con más de sesenta años y con un número reducido de inscritos en su lista (con más de 300, pero menos de 1.200 pacientes), unos ingresos mínimos, etc.[37]

En fin, es interesante indicar que se pueden establecer ciertas limitaciones a la libertad de instalación del médico, cuando se estima que en una determinada localidad o zona hay ya demasiados médicos establecidos. Funciona a estos efectos un "Medical Practices Committee", formado por nueve vocales, de los que el presidente y seis más son médicos practicantes.

d') Holanda.

En Holanda, las distintas Cajas del Seguro de Enfermedad tienen su cuadro médico fijo. La retribución del médico general es por cabeza, y se cifraba, en 1958, en 10.80 florines al año por cada uno de los inscritos hasta el número 2.000, y en 7.96 florines asegurado-año a partir del número 2.001.

El asegurado elige entre los médicos de su Caja, dentro de su zona o localidad. Cuando necesita los servicios de un especialista, obtiene de su médico de cabecera una carta de envío.

El especialista cobra una cantidad fija por cada carta de remisión que atiende, y está facultado para renovar estas cartas por períodos mensuales, pero entonces la retribución es ya de cuantía inferior, para cortar posibles abusos. La Caja, además, mantiene una relación fija, según la categoría de los médicos especialistas, entre el número de cartas de envío y el de las cartas renovadas que pueden ser pagadas a cada médico especialista durante cierto período. Las cantidades por carta varían, claro está, por las diferentes categorías de dichos especialistas.

[37] Según datos del citado boletín How the Doctor is Paid. Para la retribución de los especialistas de consulta, etc., vid. Notas Informativas (I.N.P.), 5 de marzo de 1959.

En fin, ciertas prestaciones, como radiografías, análisis clínicos, pequeñas operaciones quirúrgicas, etc., son pagadas por acto médico.[38]

b) Valoración práctica.

La consideración de los distintos sistemas nacionales expuestos parece que obliga a concluir que los que más se acercan al esquema liberal de la medicina son, seguramente, el inglés y, especialmente, el francés, con asistencia indirecta y reembolso parcial.

Las críticas contra ambos sistemas son, sin embargo, muy fuertes, y apuntan, sobre todo en Francia, a su falta de sentido social.

No es nuestro propósito, con todo, el de formular valoraciones, pues como indicamos, para tal empeño se precisaría un conocimiento directo y, a la vez, completo de cada sistema, en todos sus servicios y ramas (hospitalización, cuidados dentales, farmacia, oftalmología, gastos de viaje de médico y enfermo, retribución de consultas por tercero o por teléfono,[39] etc.) De ahí que baste decir que en Inglaterra se dan, en perjuicio del Servicio Nacional, estas tres clases de circunstancias:

—Primera, la propensión del médico general a reenviar al especialista un número cada vez mayor de pacientes, con el fin de evitarse trabajo personal y, a la vez, ganarse por su complacencia la adhesión de la clientela;

—Segunda, la posibilidad de que el médico del servicio con dedicación parcial acepte luego al asegurado como cliente particular, con el consiguiente riesgo de coacción indirecta sobre el primero;

—Tercera, el coste, cada vez más impresionante, del servicio, tal y como hemos visto en un principio.[40]

En Francia, y lo mismo sucede en Bélgica y en Suiza,[41] las críticas contra el sistema son las siguientes:

—En primer lugar, el asegurado tiene que adelantar el coste total de la asistencia, tanto médica como farmacéutica; por lo que en bastantes casos, rehúye o retrasa su demanda de cuidados médicos (sobre todo cuando se trata de beneficiarios a cargo), con el consiguiente posible daño irreparable para su salud;

---

[38] Ledeboer: Op. cit., págs. 411 y siguientes. Vid. para Dinamarca, el amplio estudio de Peter Friis Olsen: Gli accordi con i medici in Danimarca, en I Problemi Della Sic. Soc., 4, 1959, 513 y siguientes. Entre otras curiosidades, se prevé una retribución inferior a las consultas "por teléfono". Las tarifas son, en coronas, las siguientes: consulta, 4.55; consulta por teléfono, 3.35; renuevo de prescripciones, 2.60; consultas para exámenes especiales, 6.90; intervenciones quirúrgicas menores, 9.65; primera intervención para heridas graves, 13.85; primera intervención para otros casos graves de accidente, 24.25; operaciones de mayor importancia, según la clase, de 18.45 a 24.25; asistencia por puerperio y abortos, 44.50; asistencia por puerperio con intervenciones intrauterinas, 70; visitas a domicilio del enfermo, residente en un radio de dos kilómetros de la residencia del médico, 6.50; por cada kilómetro más, 0.75; se prevén aumentos para la asistencia nocturna, en días festivos, etc.

[39] Además, en cada país funcionan simultáneamente varios sistemas. Así, para Francia, vid. el régimen de la Caja Autónoma Nacional de Seguridad Social en las Minas, en la publicación de la A.I.S.S.: El Seguro de Enfermedad, tomo I.

[40] Vid. ya en Durand: La politique, cit., págs. 478 y siguientes.

[41] En Suiza, por ejemplo, se suelen ejercer ciertas presiones sobre el médico para que conceda "curas balnearias", en base a la posibilidad de cambiar de médico en cada enfermedad.

—En segundo lugar, y como censura más grave, hay que tener presente que el reembolso del 80% de los gastos médicos es más teórico que real. Los médicos (y así se ha puesto de manifiesto oficialmente en repetidas ocasiones, sobre todo con motivo del Proyecto Gazier,[42] no respetan las tarifas aprobadas oficialmente, sino que fijan sus honorarios al nivel de los de sus clientes particulares no asegurados. En todo caso, sobre la tarifa nacional tipo, en cada circunscripción territorial se suelen fijar tarifas más altas.

En consecuencia, antes de 1959, en la zona de París la situación venía a ser la siguiente:

—Honorarios reales percibidos por el médico general: sobre mil francos consulta (1.000 francos);

—Tarifa oficial: 400 francos consulta;

—Reembolso: 80% de 400 francos, es decir, 320 francos.

El enfermo que pagaba 1.000 francos obtenía, pues, del Seguro 320 francos, menos de la mitad de lo que realmente paga. En los servicios de radiología y fisioterapia, la situación es aún más grave, dado que la tarifa oficial vigente fija remuneraciones bajísimas.[43]

El Decreto de 31 de diciembre de 1958 ha querido remediar, en parte, este estado de cosas. Pero las tarifas oficiales siguen siendo muy bajas. A saber:

—Consulta, a 600 francos;

—Visita a 700 francos;

—Cirugía menor, a 360 francos.

Cuando los Convenios locales entre las Cajas y las Agrupaciones sindicales médicas fijan tarifas más altas que las de la tarifa nacional, el asegurado tiene que participar ya en un 40% del precio de la asistencia, y si paga una cantidad extra por encima de la tarifa local, corre totalmente a su cargo este excedente.[44]

La comparación, a su vez, de los sistemas de retribución por acto médico y por asegurado o cabeza, en la experiencia recogida en 1957 por el Seguro de Enfermedad en Italia, da también resultados reveladores:

Un médico, que cobra por acto médico, si tiene a su cargo menos de 20 asegurados, les dispensa 11.65 visitas al año a cada uno, en términos promedios, y les expide 13.67 recetas; el que tiene de 26 a 100 asegurados inscritos, hace un promedio de visitas a cada uno de 7.19 y les expide 8.76 recetas. Si tiene más de 2.000 asegurados a su cargo, las visitas promedio se reducen ya a 5.02 y las recetas a 6.69. Es decir, hay una proporción inversa entre la solicitud y la complacencia del médico y el número de asegurados a su cargo, que pasa de 11.65 visitas a 5.02. En cambio, en el caso del médico que cobra una cantidad fija por asegurado, el número

[42] Vid. bibliografía de nota 8.

[43] Los datos de Modifications apportées au régime général á dater du 1. 1, 1959 en Revue de la Sec. Soc., enero 1959, págs. 15-16.

[44] En Informaciones Sociales (O.I.T.), 1º marzo 1959, págs. 196-197.

de recetas expedidas se mantiene casi constante, ya tenga menos de 20 adscritos o tenga más de 2.000: el promedio oscila entre 5.84 y 4.36.[45]

Llegado el momento de cerrar este cuadro complejo y desigual de la organización social de los servicios sanitarios en su relación con los principios liberales de la medicina, parece obligado formular algunas conclusiones.

La tarea es ardua, y ni la ocasión ni mi falta de experiencia directa me permite recurrir a criterios personales. De ahí que reproduzca las conclusiones de un experto, el doctor Coppini, Presidente del Instituto del Seguro de Enfermedad (I.N.A.M.), de Italia, colaborador también de la Asociación Internacional de Seguridad Social, que en abril de 1959, después de la Asamblea de Londres, de 1958, fijaba las orientaciones internacionales en el campo de la Seguridad Social sanitaria en estos resultados:

1.—El sistema de asistencia sanitaria, con servicios a cargo del Seguro de Enfermedad, es el sistema predominante, frente al sistema de reembolso, que no alcanza sus objetivos sociales.

2.—Para la retribución de los médicos, la tendencia general es la de establecer sistemas a "forfait", a tanto alzado, por enfermedad o por asegurado, o en la forma de sueldo fijo.

3.—En relación con los medicamentos, las restricciones y limitaciones están cada vez más generalizadas, y revisten la forma cualitativa de lista (petitorio), y, con menos frecuencia, la forma cuantitativa de participación del interesado (tique moderador).

4.—En materia de hospitalización, al ser más fácil y firme el control, se tiende a establecer un sistema también más liberal en la prescripción farmacéutica.[46]

Por mi parte, sobre estas prudentes conclusiones, que responden a datos objetivos del derecho comparado, y no a simples opiniones, sólo me permito añadir estas dos observaciones:

—La primera, que el Seguro de Enfermedad, en su estructura sanitaria, ha de tener siempre presente los valores morales y científicos, ya que no puede mantener incólumes los principios jurídicos y económicos, de la medicina libre, por respeto no sólo al médico, sino también al asegurado. No hay una medicina liberal, óptima cualitativamente, y una medicina social, de calidad limitada: la medicina tiene que ser siempre la misma, ya se preste por un profesional libre, vinculado a su cliente por un contrato de servicios, ya se dispense por un profesional contratado a una institución para atender a los beneficiarios de ésta. La situación juridicopersonal del médico no empece, objetivamente, a la calidad del servicio.

[45] Coppini, M. A.: Problemes de l'assurance sociale contre la maladie, en Bulletin A.I.S.S., abril 1959, 159. Vid. en este estudio un interesante y esquemático cuadro sobre las modalidades del servicio de las prestaciones en el Seguro de Enfermedad, relativo a Alemania, Austria, Bélgica, España, Inglaterra, Grecia, Italia, Holanda, Polonia, Portugal, Suecia, Suiza, Checoslovaquia y Yugoslavia, en pág. 158.

[46] Coppini: Op. Cit., págs. 157-159.

—La segunda, que hay que hacer urgentemente un balance de las posibilidades que el Seguro de Enfermedad y, en general, los servicios públicos de sanidad, pueden ofrecer en el mundo de hoy a las nuevas y sucesivas promociones de profesionales sanitarios. Pues si se llega a la convicción de que la organización social de la medicina es la forma de la medicina en nuestro tiempo, a esas nuevas promociones hay que inculcarles, dentro de sus centros de enseñanza, una nueva escala de valores profesionales, en la que el estímulo de servicio no sea ya simplemente el éxito económico en un régimen de libre competencia, sino la conciencia de una vocación de acción social y humana dentro de los cuadros de un servicio social, si es que no público.

La enseñanza de una medicina de espíritu liberal en un mundo en crisis de transformación social es un peligroso anacronismo.