

# SEGURIDAD SOCIAL

---

*AÑO XI*

*EPOCA III*

---

Núm. 14

MARZO-ABRIL

1962

MEXICO, D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS  
GENERALES DE LA C. I. S. S. Y DE LA A. I. S. S.

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

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

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

## INDICE

	Pág.
ESTUDIOS:	
Antecedentes Sobre el Cálculo del Costo de la Seguridad Social de Chile, para los años de 1956 y 1957. <i>Superintendencia de Seguridad Social de Chile. . . . .</i>	7
Bolivia y la Seguridad Social. <i>José S. Venegas Iporre . . . . .</i>	23
Régimen Pensionario de los Profesionales Universitarios en el Uruguay. <i>César Martínez de Georgis . . . . .</i>	37
El Seguro Social de Enfermedad y La Profesión Médica. <i>Augusto A. Vives S. . . . .</i>	43
NOTICIAS:	
Conferencia Sobre Educación y Desarrollo Económico y Social en América Latina. . . . .	67
Consejo Federal de Seguridad Social de Argentina . . . . .	71
Cursos de Estadística para Funcionarios de Instituciones Americanas . . . . .	79
LEGISLACIÓN:	
Reglamento del Seguro Social Obligatorio de Invalidez, Vejez y Muerte (Colombia) . . . . .	85
Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (México). . . .	97
BIBLIOGRAFÍA . . . . .	117

# EL SEGURO SOCIAL DE ENFERMEDAD Y LA PROFESION MEDICA

Por AUGUSTO A. VIVES S.  
(Panamá)

## INTRODUCCION

En torno a las relaciones entre las instituciones del seguro social y el cuerpo médico, existe una copiosa literatura basada en conceptos teórico-prácticos y en la experiencia de los regímenes de seguro social, cuyo conocimiento ha sido, desafortunadamente, pertenencia casi exclusiva de aquellos familiarizados con la compleja problemática de la seguridad social. Eminentemente médicos, con clara conciencia de la función social de la medicina contemporánea, han emitido conceptos a través de numerosos ensayos, monografías y conferencias especializadas, cuyo efecto no ha rebasado el ámbito de los círculos técnicos. Es así como no sólo amplios sectores de los asegurados, sino incluso esferas importantes de opinión entre las cuales cuentan personas de profuso bagaje cultural, desconocen el planteamiento correcto de la cuestión médico-social.

No es extraño en estas circunstancias, oír y leer con harta frecuencia, comentarios equivocados y muchas veces disparatados, de prestantes elementos del gremio médico y aun de dirigentes políticos, cosa particularmente cierta en Panamá, lo cual conduce evidentemente, a situaciones que van en perjuicio de los intereses mayoritarios.

Estas líneas tienen la pretensión de hacer llegar a amplias zonas de la opinión nacional y en especial a los sectores más representativos de los asegurados, los términos y las características más relevantes del problema importantísimo de las relaciones entre el cuerpo médico y los regímenes de seguridad social.

Para ello, nos permitiremos a lo largo de este artículo, apoyarnos en conceptos y aun en expresiones de aquellos tratadistas que han dedicado sus esfuerzos al estudio sereno y técnico del problema aludido.

No ignoramos que al definir posiciones en esta delicada cuestión, estamos rozando intereses de magnitud en nuestro medio e hiriendo susceptibilidades, pero nos impele a ello la conciencia del deber y el convencimiento de que así prestamos en modesta escala un servicio a la causa del progreso de la seguridad social en nuestro país.

## I

Para hablar en forma adecuada sobre el problema médico-social en nuestros países, debemos abocarnos al planteamiento de los aspectos económico-sociales del acontecer histórico de la América Latina.

Hasta hace unas cuantas décadas, los países de América Latina tenían como base una economía agrícola cerrada, siendo sus principales

fuentes de riqueza la ganadería y el monocultivo (café, azúcar, plátano, etc.). Gracias a la explotación de ciertas materias primas necesarias a la industria mundial, esta situación de tipo económico semi-feudal fue cambiando. Se inició la etapa pre-capitalista, las soñolientas aldeas se fueron transformando en centros urbanos de relativa importancia, y empezó posteriormente el extraordinario fenómeno, sin parangón en otras latitudes del rápido crecimiento demográfico y de la industrialización creciente de la América Latina. Este proceso de industrialización, tardío con relación a la revolución industrial que tuvo lugar en Europa a principios del siglo pasado, trajo aparejados concomitantes problemas de vivienda popular y salud pública.

## I I

Paralelamente a estos fenómenos de tipo económico-social, se había ido produciendo en Europa desde fines del siglo pasado, una profunda evolución en el concepto clásico de la medicina. En efecto, de la etapa empírica anterior a la revolución industrial, se pasó a la época de los grandes descubrimientos bacteriológicos y clínicos de la escuela francesa. Puede señalarse el año de 1900 como el apogeo de la edad de oro de la medicina privada. Con el aumento de la población, la transformación de las condiciones de vida y el crecimiento de las ciudades, el médico vio aumentada su clientela privada, convirtiéndose en el gran señor que dispensaba salud y cuya posición social era a todas luces destacada.

El médico concentraba su atención en la medicina curativa individual, valiéndose de los medios terapéuticos de la época y solamente cuando se trataba de una enfermedad contagiosa, aparecía fugazmente la función social de la medicina. (Dr. Oscar Cordido). Desde luego en este estado de cosas, las clases pudientes eran las que recibían el mayor beneficio de la atención médica, permaneciendo las grandes masas de la población al margen de la protección médico-asistencial.

## I I I

Con la Segunda Guerra Mundial, que trastornó muchos conceptos y destruyó muchas instituciones tradicionales, se produjo una verdadera revolución en el campo de los conceptos económico-sociales, cuya expresión literaria la constituyó el Tratado de Versalles. A la par que los Estados bajo la presión de las circunstancias bélicas se vieron obligados a someter bajo su control inmediato los recursos naturales del país, a intervenir en la vida económica de los asociados, a preservar en suma la riqueza nacional con fines de defensa y utilidad pública, surgió inevitablemente como consecuencia la consideración de que el capital humano era un patrimonio colectivo.

Se abandonó así totalmente el concepto manchesteriano del *laissez-faire, laissez-passer*, y el Estado cambió su tradicional actitud de Estado-Policía a Estado-Protector o Estado-Intervencionista. Se organizó el

control público de las enfermedades, se implantaron con carácter obligatorio normas de higiene social y se adoptó el criterio de la salud colectiva como un deber y un derecho del individuo. La legislación estableció la obligación de someterse a medidas sanitarias: vacunación compulsiva, exámenes de salud prenupciales, profilaxis social, etc., etc. Y en la medida en que el Estado intervenía más y más a través de sus departamentos de salubridad para controlar la salud pública, se opacaba la importancia social del médico que actuaba en consultorios privados haciendo la medicina tradicional.

En esa época surgieron asimismo los Seguros Sociales: era la culminación de una larga etapa, que iniciándose en la protección ejercida por el jefe de la familia o de la tribu, pasaba por la caridad privada, luego por la protección de los gremios medievales, y la beneficencia pública —que es la caridad del Estado—, hasta llegar al concepto de la salud como un derecho del ciudadano.

#### IV

Pero al mismo tiempo que se sucedían estas transformaciones económico-sociales, la formación escolar de los médicos permanecía inalterable. Las universidades continuaban preparando médicos para el ejercicio de una profesión liberal, sin conciencia social y sin ningún concepto de la medicina colectiva ejercida por el Estado, como si aún se estuviera viviendo bajo el signo del liberalismo económico finisecular.

En la América Latina languidecíamos bajo el coloniaje cultural de Europa y el tutelaje económico y político de los Estados Unidos. Las clases acomodadas enviaban sus hijos a Alemania, a Francia y especialmente a los Estados Unidos a estudiar la medicina, como un medio de obtener una envidiable situación económica. El *get rich quickly* tenía más validez en la profesión médica que en ninguna otra profesión liberal. Y el cuadro se recargaba por el atraso en la evolución social, por la falta de madurez política en las agrupaciones obreras, y por la ausencia de organización y estabilidad en las instituciones públicas.

Sin embargo, por lógico contraste, era en América Latina donde en mayor escala se iba a producir una transformación radical en el ejercicio de la medicina, dado que los dos problemas básicos de nuestros países, a saber: la salud y la educación públicas, forzosamente requerían la intervención directa y decisiva del Estado para su más rápida solución.

#### V

A partir de la tercera década de este siglo, se implantan los Seguros Sociales en América Latina como el medio más eficaz y racional para lograr la protección a que tiene derecho todo trabajador contra los riesgos inherentes al trabajo. Y principal consideración de todas las instituciones de seguro social lo constituye el propósito de solucionar el problema de la salud pública, de hacer llegar a las grandes masas de trabajadores los

adelantos de la ciencia médica, de contribuir para dotar a los países del utillaje sanitario necesario, de construir mediante la utilización de sus reservas técnicas, los hospitales, policlínicas, nosocomios y casas de salud inexistentes, y paralelamente, intervenir económicamente en la solución del problema de la vivienda popular, como un medio eficaz de elevar el nivel de vida de la población asalariada.

En este punto, el gremio médico, creyendo ver equivocadamente en el seguro social un competidor que le resta su clientela privada, se enfrenta en casi todos nuestros países a los programas de salud de las instituciones de seguro social. Y porque a ello lo induce su formación universitaria, ve en el seguro un peligroso rival profesional. Desprovisto de un concepto claro de su función social, preparado por la universidad con mucha hojarasca académica y una gran provisión de sutilezas para entenderse con el presunto cliente, sufre un choque muy violento cuando frente al enfermo, ese presunto cliente se le transforma en un ciudadano en demanda de un derecho constitucional. La universidad le ha dicho que no hay "enfermedad sino enfermos"; los nuevos postulados de la medicina social prescriben que "no hay enfermos sino enfermedades", que no interesa el palúdico sino el paludismo, que lo que importa es preservar la salud de la colectividad y restituir cuanto antes al trabajador enfermo a su vida activa, es decir, que no solamente hay que hacer medicina curativa, sino, sobre todo, medicina preventiva. (Doctor Oscar Cordido M., de Venezuela).

Y en vez de sumarse a la causa de la salud pública, ya que indiscutiblemente dentro de los nuevos conceptos, el médico es el agente principal de la salud, el imprescindible vehículo para el logro de los altos fines de la salud colectiva, y en vez de volver a tomar la iniciativa que había perdido, quitándola de manos del Estado para dirigir científicamente los programas de asistencia social, se vuelve un "antisegurista".

Pero es entonces también que el médico comprende que aislado no puede hacer nada, y se organiza en equipo, en policlínicas particulares, porque alcanza a darse cuenta que solamente así, responde a las exigencias técnicas de la terapéutica moderna y puede volver a tener fama y hacer dinero.

Al mismo tiempo y en contraste con la actitud casi hostil de la mayoría del gremio, unos cuantos médicos de espíritu alerta y conciencia social comprenden que el proceso es irreversible. Que en la medida en que el Estado a través de sus dependencias de salubridad y de los seguros sociales, interviene más y más para el control de la salud pública, en esa misma medida, la práctica individual de la medicina va quedando a la zaga de los acontecimientos. Que es conveniente para la colectividad y aun para el propio profesional colaborar con esta causa y transformarse por la misma fuerza de los hechos, en un factor principalísimo en el cumplimiento de esa gestión eminentemente humana.

En relación con este aspecto del problema, es quizás oportuno insertar aquí el texto de la Recomendación sobre la formación médico-social de los médicos, aprobada en la XI Asamblea General de la Asociación

Internacional de la Seguridad Social, reunida en París del 7 al 11 de septiembre de 1953.

“Considerando que para que los médicos presten una mejor colaboración en las instituciones de seguridad social es necesario que actúen con plena comprensión del sentido social que inspira a las actividades de la seguridad social y que conozcan y acepten los principios en que se basa la misma, y

Considerando que para lograr lo anterior es menester que el futuro médico adquiera los conocimientos necesarios sobre medicina social y forma de aplicarla en el ejercicio de su humanitaria profesión,

Recomienda que todas las universidades incluyan en los planes de estudio de la carrera de médico y cirujano cursos obligatorios de medicina social y den a los estudiantes la preparación adecuada sobre tan importante materia.”

## VI

De todas estas consideraciones que pueden conceptuarse como una breve reseña de las circunstancias y factores que han conducido a la existencia e importancia del problema médico-social, se desprenden sin embargo ciertos problemas que son los siguientes:

1º—Que en la medicina social exista el peligro de que se produzca un automatismo tal que rebaje el nivel científico de la actividad médica.

2º—Que predomine en el ejercicio de la medicina como servicio público, el criterio económico del equilibrio financiero de la Institución en desmedro de la calidad del servicio que necesita el trabajador.

3º—Que el médico no reciba la adecuada remuneración y protección dentro de la institución del Seguro Social ni obtenga el reconocimiento social y económico a que lo hace merecedor su importante función dentro del engranaje social.

Desde luego que todas estas objeciones pueden ser fácilmente desvirtuadas. En efecto, el médico como factor principal en la conservación de la salud de la colectividad, tiene derecho a un trato superior al trato que tiene un empleado administrativo corriente.

Entre las recomendaciones aprobadas por la IV Asamblea de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, reunida en México en 1952, figuran algunos puntos que podrían servir de programa en esta nueva etapa que ha de cumplir la profesión médica. Exponemos a continuación los aspectos más importantes de dicho documento:

“Considerando que las buenas relaciones entre los médicos y las instituciones de Seguridad Social son necesarias para el incremento y conservación de la salud de los derecho-habientes.

“Considerando que por la amplitud de su radio de acción la Seguridad Social debe hacerse responsable de la evolución ascendente de los progresos de la medicina, se propone que la política médica de las instituciones de seguridad social se oriente a la búsqueda de todos los estímulos



que hagan del profesional el mejor intérprete de su finalidad y el mejor aliado para la realización de las mismas.

“Para tal propósito deberán garantizarse a los médicos los siguientes aspectos:

- 1.—Selección rigurosa.
- 2.—Contratación especial de acuerdo con la organización técnica de las instituciones.
- 3.—Remuneración justa y protección social del profesional.
- 4.—Supervigilancia técnica de las actividades profesionales.
- 5.—Mejoramiento técnico, a base de la práctica de la medicina de alto nivel científico, con estímulos para el perfeccionamiento del profesional, tales como: equipos, biblioteca, investigación científica, becas, etc.
- 6.—Garantía de estabilidad, de acuerdo con la contratación y sobre la base de eficiencia y cumplimiento.
- 7.—Incremento de la confianza de los derecho-habientes en las atenciones médicas del seguro y en los facultativos que las prodigan.

Por otro lado al colaborar el médico como un agente de la salud pública en los programas de los organismos del Estado, se ve obligado a aceptar ciertas normas, es cierto, que aparentemente van en contra de su libertad de acción. En particular se hace referencia a que la institución establece formularios médicos y fija pautas de tratamiento, pero es evidente que tanto el formulario como las pautas de tratamiento, son elaboradas por los propios médicos, presumiblemente basados en el más alto espíritu científico y adoptando los mejores métodos terapéuticos, únicamente con el fin de suprimir lo superfluo o innecesario, con el objeto de obtener una mayor eficacia y economía en los servicios para su mejora y ampliación, extendiéndolos a un número cada vez mayor de personas pero dejando siempre margen al médico para que pueda seguir procedimientos distintos en casos muy especiales. (Mijares Ulloa).

Se ha dicho asimismo, que el sistema destruye la confianza entre el médico y el paciente. Esta objeción sería válida, si la institución de seguro interviniera para aconsejar al médico respecto a la forma como debe tratar al paciente, o si lo presionara para disminuir la calidad de la atención con la mira exclusiva de suprimir los gastos. La verdad es que no hay mejor economía para el seguro social que un diagnóstico certero y un tratamiento eficaz. Es preciso reconocer que la terapéutica dirigida es una necesidad que debe estar vigilada por comisiones técnicas permanentes de médicos para evitar que se caiga en el automatismo.

A riesgo de resultar cansado, vamos a transcribir algunos párrafos que con respecto a estos aspectos, hemos entresacado del interesante artículo “Los Aspectos Psicológicos de la Seguridad Social”, cuyo autor el Dr. Reinhold Melas, es el Director de las Instituciones de Seguridad Social de Austria.

“La enfermedad se considera en general como un fenómeno de carácter individual. Y sobre la confianza, están basadas las relaciones del

enfermo con el médico que le asiste y del cual espera la curación. Algunos médicos pretenden que la institución del Seguro Social, al intervenir en esas relaciones, compromete la armonía. No es este el caso, sin embargo. La enfermedad, de hecho, considerada desde un ángulo más vasto que desde el punto de vista del enfermo, no es en modo alguno un fenómeno puramente individual. Produce repercusiones económicas, así como sociales, sobre toda la colectividad. Así, la pérdida de salario que sufre el enfermo perjudica a su familia. La desaparición de su capacidad de trabajo tiene, además, un papel importante desde el punto de vista económico. Por otra parte, si las enfermedades son contagiosas, obligan a la sociedad a proteger a sus miembros con medidas preventivas o sanitarias, y no puede hacerlo sin pasar sobre los derechos del individuo. La solución consistente en organizar el tratamiento de los enfermos *sobre una base colectiva más bien que dejar la asistencia al libre arbitrio del individuo está, pues, plenamente justificada.*"

"La objeción de ciertos médicos, según la cual la injerencia de la Caja de enfermedad entre el enfermo y ellos sería un factor de perturbación, *sólo parcialmente es válida.* No tiene fundamento por lo que concierne a la creación de un lazo de confianza entre el médico y el enfermo. El tratamiento de este último, en efecto, queda confiado al juicio del médico de la Caja, del mismo modo que si se tratase de su clientela privada, y la Caja, si cuenta con que el médico hará todo lo que pueda para obtener la curación del asegurado, le confía completamente este cuidado. No hay ejemplos de que la Caja se haya mezclado en aconsejar al médico que asiste, sobre la manera como debía cuidar a tal o cual enfermo asegurado. Lo que significa que la Caja no podría alterar en lo más mínimo la confianza indispensable del enfermo en su médico. Además, las Cajas ponen generalmente a disposición del enfermo un número suficiente de médicos para que éste pueda, con toda libertad, elegir entre ellos."

"Se ha reprochado con frecuencia al Seguro Social que él mismo administra instituciones tales como, por ejemplo, los hospitales, los sanatorios, los establecimientos de cura y de convalecencia, los centros sanitarios, etc. Ese reproche está mal fundado. Los tratamientos y curas efectuadas en establecimientos administrativos por el Seguro de Enfermedad según programas precisos han dado hasta el presente resultados satisfactorios, tanto desde el punto de vista de los asegurados como del de la economía nacional y el del Seguro mismo. Se ha probado que los servicios del Seguro Social —especialmente el seguro de accidentes— por la aplicación de métodos apropiados, cuentan en su activo curaciones numerosas y rápidas. El caso de un enfermo que ha debido esperar varios días en un hospital del Seguro antes de ser objeto de un examen sistemático no se ha dado nunca. Las estadísticas revelan resultados notablemente más rápidos —merced a tratamientos específicos concedidos precisamente con ese fin— que los observados en otros hospitales. Es un éxito este que interesa no solamente al Seguro mismo, sino a toda la colectividad de los asegurados, y que constituye una propaganda útil en favor de las instituciones de Seguro Social. Ocurre incluso que se reprocha a éstas el tener un equipo

demasiado lujoso en sus servicios. Si se ha convenido en calificar así un equipo médico de primer orden, gabinetes de consulta y salas de espera instalados según las reglas de la higiene, habitaciones claras, salones confortables adornados con cuadros y tapices, el Seguro Social puede entonces enorgullecerse de ese lujo. Nadie osará censurar tampoco la preocupación de las Instituciones de Seguro Social por dar a los enfermos de los hospitales y sanatorios la mejor alimentación posible, con el fin de acelerar de esta manera, entre otras, el proceso de su curación. Se han lanzado críticas, es verdad, respecto de estas instituciones, a las cuales se reprochaba el desplazar a los trabajadores de su ambiente transfiriéndoles a un medio muy diferente del suyo, de suerte que a su regreso al hogar podían establecer una comparación desventajosa para su propia casa. No podría ser más falsa esta tesis. Muy al contrario, el estrecho marco, y con frecuencia monótono, en que el obrero está obligado a pasar toda su existencia es a veces una razón más para ofrecerle durante el tiempo de su enfermedad y de su convalecencia un espectáculo nuevo más agradable y propio para volverse a dar el gusto de la vida. Juzgando de cerca el aspecto de regocijo de ciertos enfermos que regresan curados del sanatorio, se está en el derecho de concluir que su curación no ha sido sólo física, sino también psíquica.”

## V I I

En Panamá al igual que en la mayoría de los países de América Latina, se suscitó desde la implantación del Seguro Social una controversia entre la Asociación Médica Nacional y la Caja de Seguro Social. La divergencia de criterios se refería desde luego, a la forma de prestar los beneficios por riesgos de enfermedad y maternidad y quedó resumida en la reunión celebrada el día 17 de noviembre de 1943 en la Presidencia de la República, en las expresiones vertidas por el entonces Presidente de la Asociación Médica Nacional, con la aceptación de la Directiva de la Asociación Médica en pleno y que podrían sintetizarse en los siguientes términos:

1º—La Caja de Seguro Social sostiene que el sistema llamado de Funcionalismo Médico es el que garantiza “*mayores beneficios para los asegurados*”.

2º—La Asociación Médica Nacional alega que la Libre Elección es “*la más conveniente a los intereses de la profesión médica*”.

Posteriormente y venciendo la resistencia exacerbada de los dirigentes de la Asociación Médica Nacional, quienes habían decretado la expulsión de todo médico que aceptara trabajar con la Institución, la Administración del Seguro estableció los primeros servicios médicos propios con la colaboración de médicos jóvenes, quienes entendían que las conveniencias personales y las ventajas individuales debían de estar subordinadas al interés colectivo y al mantenimiento de la salud de los trabajadores. Ahora, sin embargo, pareciera que se quiere dar marcha atrás al reloj de la historia, bajo la influencia de criterios asaz anacrónicos.

Aun cuando la polémica en torno a las ventajas y desventajas de la prestación directa de los servicios médicos en las Instituciones de Seguridad Social, como procedimiento para lograr la mayor eficacia y economía en las prestaciones, es una cuestión históricamente superada en América Latina por razones técnicas, administrativas y sociales y la cual ha sido anchurosamente abonada por la experiencia, vamos a referirnos brevemente a este punto, en consideración a que nuevamente después de quince años, la Asociación Médica pretendiendo ignorar las realizaciones del Seguro Social, insiste en plantear el mismo viejo problema.

En efecto, la mayoría de los países que implantaron el Seguro de Enfermedad, ensayaron en un principio el sistema llamado de libre elección, para llegar a la conclusión de que la pretensión del gremio médico de exigir la libre elección no significaba para los asegurados, ninguna garantía de prestación racional, económica y eficaz de los servicios médicos. La experiencia de Chile al respecto, es dramática. La Caja tuvo en su primera época el sistema de la libre elección a base de bonos que retiraban los asegurados en las oficinas de la Institución y que luego el médico canjeaba mensualmente según tarifa previamente convenida. Los abusos por parte de los médicos y de los asegurados llegaron a extremos tales, que fueron la causa principal del cierre de la Caja decretado por el Gobierno. La venta de medicinas pagadas por el Seguro llegó a límites intolerables. Médicos hubo, que tenían agentes en los hospitales y consultorios de los demás colegas, encargados de conseguirles clientela. El boletín médico social de la Caja de Seguro Obligatorio resume así de manera concluyente, el resultado del sistema:

“Una prolongada y dura experiencia realizada ha llevado al convencimiento de la Administración, que el sistema de atención médica de los asegurados llamado de libre elección, lleva fatalmente a la Caja a la desorganización de los servicios, a la relajación moral más completa y a la bancarrota financiera”.

Y es que existen poderosas razones de orden técnico que demuestran la superioridad del funcionalismo sobre el sistema de libre elección. El doctor Andrade Marín, Director de los Servicios Médicos del Seguro Social Ecuatoriano, resume a su juicio algunas de estas razones, así:

1.—La libre elección pudo haber sido un sistema aceptable cuando la medicina podía hacerse, en su aspecto de diagnóstico y tratamiento con el concurso de un solo profesional. Pero ahora el médico clásico que recibe un enfermo, lo examina clínicamente y le prescribe su tratamiento sobre el diagnóstico supuesto, ha dado paso, a causa de los progresos de los métodos modernos, al médico que para establecer un diagnóstico certero del enfermo y efectuar un tratamiento, necesita el concurso de colegas especializados. Y si la libre elección de un solo médico presenta inconvenientes, la libre elección de especialistas para cada caso se vuelve imposible en la práctica.

2.—Desde el punto de vista técnico y de eficacia de los servicios, la libre elección ha fracasado rotundamente. La explicación es simple: el Seguro Social tiene como principal ventaja, el poner a disposición de sus

pacientes los más eficaces medios de diagnóstico y tratamiento. Una clínica particular no tiene nunca ni puede tener el equipo de una entidad de Seguro Social, ni puede contar con los especialistas que la medicina moderna requiere para bien del enfermo.

3.—En algunos países la profesión médica propugnó la libre elección como una defensa gremial, sosteniendo que el funcionalismo dejaría sin clientela a los médicos que trabajan poco, y que la libre elección distribuiría más equitativamente esa clientela del Seguro. La práctica demostró todo lo contrario. Los médicos con clientela trabajaron el doble, los de poca clientela la restringieron más, y nada ni nadie pudo dar clientela a quien no la tenía.

4.—Aparte de estas dificultades de orden técnico, el control administrativo de la libre elección se vuelve imposible, se presta a abusos y combinaciones inevitables, y a que el enfermo crónico comience a ambular por todos los consultorios médicos de la ciudad, a costa del Seguro.

5.—Estas y otras razones han hecho que toda Institución que presta servicios de medicina colectiva existentes, haya tenido que decidirse por el sistema del funcionalismo médico. Aun los servicios médicos de instituciones particulares como Bancos e industrias, sindicatos, sociedades, etc., han estado siempre encargados a médicos funcionarios y en muchas ocasiones a un solo médico al cual han tenido que acudir siempre los afiliados.”

Y termina diciendo el doctor Andrade Marín: “Después de esta concluyente experiencia de Chile, espero que ningún Seguro Social del mundo quiera volver a comenzar la triste prueba de implantar la libre elección entre sus sistemas de trabajo”.

Cuando volvió a funcionar en la Caja de Seguro de Chile el Seguro de Enfermedad con la nueva modalidad de funcionalismo, el médico Jefe, Dr. F. Bulness declaraba:

“Estos siete años de vida accidentada nos dejan ahora nuevamente en el punto de partida sin que la Caja cuente con establecimientos propios adecuados para el desempeño de sus labores y nos dejan además una dura experiencia que esperamos no se habrá de olvidar en el futuro: que del desconocimiento de los principios fundamentales ya sancionados en los Congresos Internacionales de Seguridad Social, sólo pueden derivarse fracasos en la marcha de estas Instituciones.”

Estas afirmaciones dictadas por una dolorosa experiencia, indican que la solución lógica para estos problemas, ha de ser contar con servicios propios y con médicos funcionarios.

Antes de enumerar los argumentos que se presentan en contra del Funcionalismo, queremos destacar uno que en Panamá se esgrime con visos de novedad, y que en último término es a la Asociación Médica Nacional, a quien correspondería combatirlo. Se dice en efecto, que dentro del Funcionalismo Médico, los profesionales perderían interés en los casos atendidos. Refiriéndose a este argumento el primer Gerente de la Caja, Lic. Manuel M. Valdés, se expresaba así:

“La propia dignidad, el sentido del deber y la honradez en el desempeño de cualquier profesión, debe presuponerse, como atributos básicos del ser sociológicamente normal. Si algún profesional demostrara que al interés económico inmoderado subordina el juramento de Hipócrates, su propio prestigio, las satisfacciones morales y hasta el más elemental sentido de responsabilidad, la culpa no sería del sistema mismo sino del individuo, y mayor daño podrá causar esta unidad a la sociedad en general y a los asegurados en particular, dentro del sistema de Libre Elección, que se caracteriza justamente por la imposibilidad de establecer medidas de control.”

Las objeciones fundamentales al sistema de prestación directa en establecimientos propios y por medio de médicos funcionarios, pueden resumirse así:

- a) Imposibilidad de contar con el servicio de todos los especialistas;
- b) Factor psicológico, en el sentido de que el individuo generalmente tiene fe en determinado profesional, y
- c) Perjuicio para los médicos que no forman parte de los institutos de previsión, a quienes éstos les sustraen la clientela privada.

Queremos, para responder a estas objeciones ya clásicas y harto conocidas, citar algunos párrafos de un estudio que sobre el particular hizo hace años el distinguido médico ecuatoriano, Dr. Alejandro López Saa, Director General Interino de los Servicios Médicos de la Caja de Seguro de Empleados Privados y Obreros del Ecuador.

“En la obligada restricción de Médicos que ofrece el Sistema Funcional, no se puede abarcar a Profesionales de todas las especialidades. Los más necesarios son los Médicos clínicos generales, pues algunas, muy pocas especialidades, dan un volumen suficiente de enfermos capaz de ocupar diariamente, y por algunas horas, a los especialistas. Otras especializaciones son ocupadas en menor escala y las hay que dan muy pocos casos en el curso de un año entero.”

“Ante esta modalidad no se podría pagar un sueldo fijo a especialistas que no van a tener enfermos sino ocasionalmente, en cuyo caso el trabajo de este personal resultaría muy costoso para la Caja.”

“Pero aun esta dificultad que ofrece el Sistema Funcional sólo se refiere a los grandes centros de población con gran número de afiliados y con presencia de buen número de Médicos y Médicos especialistas. Para las demás ciudades y pueblos donde la Caja mantiene sus Dispensarios, no se ofrece este problema, por cuanto los pocos profesionales existentes se ven obligados a practicar su profesión, haciendo todas las especialidades, obligados por las circunstancias del ambiente en que actúan. Sucede así que cuando se presenta un caso que sale de los límites de sus posibilidades de diagnóstico y tratamiento, remiten el enfermo a los principales centros de población, especialmente en los casos quirúrgicos, ya sea por la carencia de equipo para operar, ya por falta de entrenamiento de los Médicos y ya, especialmente, porque el mismo enfermo no se conforma con someterse a la intervención con los Médicos de la localidad.”

“Sin embargo, la dificultad que presenta la falta de especialistas es subsanable dentro del Sistema Funcional, con la contratación de Médicos extraños, en los casos de especialidades no mantenidas por los servicios establecidos. Tal modalidad ha tenido en su aplicación un resultado muy halagador.”

“Aún más, se puede llegar a una mejor forma de arreglo con profesionales especialistas extraños a la Caja, que no ganarían sueldos fijos sino honorarios establecidos previo acuerdo. Este sistema tiene la ventaja de saber anticipadamente lo que costaría a la Caja un enfermo que requiera la atención de uno de estos especialistas...”

“Esta objeción (asegurados adictos a determinado profesional) tiene un fundamento más bien psicológico que efectivo. Todos los individuos saben “tener fe” en un Profesional determinado, muchas veces sin que medie para esto la eficacia y preparación del Profesional. Es consecuencia de la oportunidad o las circunstancias especiales que hicieron que un Médico adquiriera importancia dentro de un grupo familiar. Lógicamente, este grupo llega al convencimiento de que sólo determinado Profesional puede curar las enfermedades que afectan a la familia y no otro; peor si saben que el servicio es gratuito. Pero este fenómeno desaparece poco a poco y de hecho casi *ha desaparecido totalmente entre la mayor parte de los afiliados a la Caja del Seguro.*”

A su vez y refiriéndose a las ventajas que presta el sistema llamado de Funcionalismo Médico, el mismo Dr. López Saa, los resume en la siguiente forma:

- a) Beneficios más amplios y gratuitos para los asegurados por la Asistencia Médica, Quirúrgica y Dental;
- b) Primer paso indispensable hacia el sistema de Clínicas, Hospitales, Dispensarios, Laboratorios y Farmacias propios de la Caja, con lo cual se incorporarían a las ventajas mencionadas anteriormente los beneficios por Farmacia, Laboratorio y Hospitalización;
- c) Centralización de las prestaciones, en forma favorable a la Estadística, tan vital para el éxito de un Instituto de Previsión Social que su importancia ha sido equiparada a la del diagnóstico preciso en las enfermedades. Impulso, como resultado del perfeccionamiento estadístico, hacia *la medicina preventiva, sin la cual el Seguro deja de cumplir su esencia misma y que no puede obtenerse dentro de la dispersión a que obliga la Libre Elección.*
- d) Simplificación del proceso administrativo previo a los beneficios, con la eliminación de gran número de las medidas odiosas para los asegurados que exige la Libre Elección con el fin de mantener siquiera una semblanza de control y de Estadística;
- e) Confección de presupuestos exactos sobre el costo de cada uno de los beneficios por Enfermedad y Maternidad;
- f) Economía tan decisiva en el costo de los beneficios, a pesar de ser estos gratuitos para el asegurado, que este solo factor ha sido y es presentado como suficiente para justificar el sistema. La

ventaja adquiere singular importancia en los países de cuota excepcionalmente baja para beneficios por Enfermedad y Maternidad y en Panamá los asegurados —para tener derecho a dichos beneficios— contribuyen con el 3.5% de sus sueldos, o sea B./3.50 por cada B/100.00;

- g) Eliminación del interés económico inmoderado por parte de los profesionales y de los tratamientos y medicamentos innecesarios o superfluos;
- h) Estímulo a los profesionales para la especialización en general —tan necesaria en Panamá— y en particular en los males típicos de las clases asalariadas, como accidentes del trabajo, higiene comercial e industrial, etc.;
- i) *Mejoramiento de la calidad de la profesión*, por medio del intercambio con los demás Institutos de Previsión Social, becas para estudios especializados, etc.;
- j) Trascendencia psicológica —especialmente en los países de escasa tradición social con cuerpos de profesionales excepcionalmente reducidos y con tarifas excepcionalmente altas— porque la Libre Elección obliga a los asegurados a pagar parte de los beneficios. Y frente a esa situación, la reacción de ellos tiende a ser adversa al Seguro Social, por interceptar el Sistema en el sentido de que los beneficios son insignificantes, cuando en realidad su costo para la Caja, aun así incompletos, resulta muy superior al del Funcionalismo Médico;
- k) *Desarrollo de una verdadera conciencia social*, por medio de la nivelación de las clases frente a los beneficios y la falta de estímulo a los asegurados económicamente capaces, para solicitar éstos.
- l) *Impulso favorable a la salud pública en general*. “(La Caja del Perú construye 43 Hospitales y Sanatorios, 35 puestos rurales, 10 Dispensarios móviles; la del Ecuador, un Policlínico y 35 Dispensarios; la de Chile, 4 Sanatorios, 2 Casas de Reposo, 2 Institutos de la Madre y del Niño, 207 Policlínicos y Consultorios, 367 Puestos rurales, 38 Servicios médicos coordinados; la de Bolivia, un Hospital; la de Costa Rica un Policlínico, etc.)”

En relación con el mismo asunto, el Dr. José Viscarra, ex-director Médico de la Caja de Seguro Obligatorio de Chile, se expresa en la forma siguiente:

“Los médicos y las profesiones anexas han defendido el sistema de la “Libre elección del médico” por el enfermo, como sistema indispensable para salvaguardar las prerrogativas de la profesión liberal y el secreto profesional. Tal sistema pudo ser mantenido con éxito cuando la medicina tenía sólo *valor y aplicación curativos*, cuando la consulta en el gabinete privado estaba revestida de la mística y empirismo del antiquísimo arte de curar y, por último, en los años en que el ejercicio de la profesión abarcaba integralmente a la patología y la omnisciencia médica era creída o aceptada por el enfermo.”



“La extensión infinita de los conocimientos médicos ha traído consigo la parcelación del arte de curar, creando la especialización y la necesidad de la colaboración de técnicos, o sea, de los equipos médicos para el diagnóstico y tratamiento. La necesidad del uso de aparatos electro-médicos, mecánicos, etc., para el diagnóstico y tratamiento modernos, obliga a la adquisición de un utilaje costoso y de difícil rendimiento económico cuando se pretende su explotación particular y privada. La valoración cada día más importante y definitiva de las estadísticas médicas como base fundamental para conocer las deficiencias y necesidades de la Salud Pública, ha relegado a segundo plano la conveniencia personal del secreto diagnóstico.”

“Los Seguros Sociales y los médicos han debido, pues, reconocer la especialización médica; la necesidad de la existencia de un utilaje costoso y la conveniencia social de la estadística y, en tal caso, unos y otros *han abandonado la lucha para mantener la “libre elección” como elemento indispensable de una profesión liberal.*”

“Por otra parte, debemos reconocer que las condiciones económicas y sociales de los pueblos son las que fijan rumbos al ejercicio de las actividades productoras de sus habitantes. Pasada la época de la economía liberal y en pleno auge del Estado Social, *no pueden los médicos y las profesiones auxiliares mantenerse al margen e insistir en la defensa de doctrinas pretéritas.*”

“Así, pues, debemos dar por abandonada la “libre elección del médico” por los asegurados, porque a las razones expuestas podemos agregar que tal sistema es de *ineficacia absoluta en el ejercicio de una medicina preventiva y precoz* y de una valoración económica tan alta que no podría ser resistida por los capitales de la Previsión, engañosamente considerados abundantes y suficientes.”

Abandonado el sistema y sus variaciones, como son la de los médicos contratados y otros a base de controles gremiales, se llega a la creación del médico y profesionales auxiliares de tipo funcionario. Esto hace posible la *tendencia social moderna del abandono de la medicina-mercancía, privilegio del poderoso y su reemplazo por una medicina eficaz y económica al alcance y en beneficio de toda la colectividad.* Las Administraciones del Seguro Social tienen libertad de control adquiriendo el derecho para intervenir en las normas a las que deben sujetarse las relaciones de médico y enfermo; pueden reglamentar las prestaciones médicas y, aún, establecer una verdadera “medicina dirigida”, con exámenes y tratamientos estandarizados hasta donde no sea perjudicial para el enfermo y para el libre perfeccionamiento de la técnica y de la evolución progresista de la curación y la prevención de las enfermedades.”

“Al hablar de las Administraciones, nos referimos a aquellas en que están debidamente representados los técnicos, en quienes se confía y se les entrega la responsabilidad directiva de los trabajadores de la medicina en sus relaciones con las masas aseguradas.”

“Este poder directivo, ejercitado en forma adecuada y justa, representa la máxima oportunidad para lograr que la eficacia y economía de

las prestaciones médicas sean un hecho evidente. Por el contrario, el excesivo poder director y su aplicación interesada en sentido político, partidista u otro que no sea el técnico, nos llevará al terreno de lo perjudicial para la salud colectiva, oneroso para la economía nacional y fatal para las profesiones médicas.”

“Constituyen, pues, la directiva técnica y el médico funcionario, la expresión más moderna, eficaz y económica de la estructura funcional de los Seguros Sociales, y, en especial, del Seguro de Enfermedad. De las relaciones que ambas guarden, de la reglamentación y control que se establezcan y del valor técnico y moral que ambas posean, resultará la calidad de la labor que se efectúe. En estas relaciones funcionarias queremos destacar que será indispensable reemplazar las aspiraciones de perfeccionamiento técnico, de holgura económica, de previsión y de consideración social que se observaron en la época del libre ejercicio profesional, cuando las razones de competencia profesional y de convivencia social impulsaban a tales finalidades.”

“A las administraciones del Seguro Social que tengan presente estos objetivos básicos para la normal existencia y desenvolvimiento de las profesiones médicas, les será fácil imponer deberes de eficiencia y moral funcionarias a cambio de reconocer el derecho que tienen los técnicos de posibilidades de perfeccionamiento profesional, a la estimación en la colectividad, al mejoramiento progresivo de sus posibilidades económicas y a la tranquilidad de una vejez garantizada en lo económico y social.”

Por último y refiriéndonos a la tercera objeción, la de que el Seguro Social le resta clientela a los médicos privados y merma sus ingresos, vamos a citar una vez más al Dr. Reinhold Melas:

“Ningún colaborador es más útil al Seguro que el Médico y ninguno ejerce sobre aquél una influencia más apreciable, puesto que tiene completa facultad para decidir, en cuanto a la atribución de las prestaciones en especie, al menos. En realidad, los argumentos invocados contra el Seguro Social por ciertos sectores médicos, argumentos que hemos mencionado anteriormente (acción deprimente sobre los enfermos, obnubilación del sentido de su responsabilidad, etc.) *están destinados a ocultar motivos puramente interesados*. Esa categoría de facultativos acusan al Seguro Social de privarles de una parte de sus ingresos. Y su resentimiento —injustificado, puesto que se basa en un falso cálculo— se traduce por quejas diversas que se refieren especialmente al supuesto perjuicio que causaría al enfermo, desde el punto de vista moral, la injerencia de un organismo de Seguro entre el médico y él. Hemos expresado antes lo que pensamos de esas críticas. Nos resistimos a creer que ciertos médicos esperen ganar la confianza de los clientes por el solo medio del dinero que reciben de ellos. *El espíritu de mercantilismo nos parece, en efecto, sistemáticamente opuesto al ejercicio de una de las más nobles profesiones*. Además, es difícilmente concebible que el enfermo —sin el cual el médico no puede ejercer su arte— no pueda dar muestras de confianza sino cuando es asistido por un facultativo a quien él mismo paga. La actividad del médico

depende de una función colectiva. Se trata menos de una profesión ejercida con carácter privado en interés de quien la ha elegido, que de una misión a cumplir respecto de la sociedad. De manera que el buscar un provecho personal no podría asignar límites legítimos a la actividad médica. Esto no quita para que el médico tenga derecho a un nivel de vida correspondiente a las exigencias de su profesión. No debe perderse de vista el hecho de que su formación teórica y práctica ha sido larga y difícil, y de que ha debido renunciar a ganancias en una edad en que otros estaban ya en posesión de ingresos apreciables. Teniendo en cuenta estas diversas consideraciones, la sociedad debería estar en medida de asegurar a sus médicos una independencia material absoluta, de liberarles de toda preocupación de carácter material durante toda su actividad y hasta en los días de su vejez. El Seguro Social, organismo colectivo, puede y debe estar en condiciones de garantizarles económicamente una existencia satisfactoria.”

Podríamos extendernos en numerosas citas de eminentes médicos acerca de este tema que fue discutido ampliamente cuando se iniciaron los Seguros Sociales en América Latina y acerca del cual, como dijimos al principio, hace mucho tiempo ya, se llegó a la conclusión de que la pretensión del gremio médico de exigir la libre elección no significaba para los asegurados ninguna garantía de prestación racional, económica y eficaz de los servicios médicos.

Queremos sin embargo hacer una excepción citando, por lo que ellas representan, las palabras del primer Gerente de la Caja de Seguro Social, Licenciado Manuel María Valdés, y que aparecen en la exposición que en su carácter de representante legal de la Caja, presentó ante el Comité Sociológico de la Junta de Estudio de los problemas nacionales, con fecha 29 de noviembre de 1943. Decía el Licenciado Valdés en esa ocasión:

“Se ha colocado así la Junta Directiva de la Asociación Médica Nacional en una posición *jurídicamente insostenible*, porque lesiona principios de Derecho Constitucional que determinan la subordinación del interés privado al interés público o social y principios de Derecho Administrativo, que obligan a la Caja a implantar el sistema más conveniente para la eficiencia y economía de las prestaciones; *sociológicamente inaceptable*, porque tiende a tergiversar y anular la contribución de nuestro Instituto máximo de Previsión Social en la solución del magno problema de la higiene y salubridad pública; y *socialmente intolerable*, porque ha pretendido esgrimir, para crear y mantener una situación que, según se ha visto, ignora el interés general, el arma del sindicalismo, cuando éste ha sido y debe ser exclusivamente un instrumento o herramienta de combate en favor de reivindicaciones eminentemente populares.

“Ha aspirado así, pues, la Junta Directiva de la Asociación Médica Nacional, a crear y mantener indefinidamente un orden de cosas trastocado y que reúne todos los requisitos para merecer el concepto que, frente a situaciones como ésta, emitió recientemente la Oficina Internacional del Trabajo.”

“La persistencia de estos males —ha declarado ese prestigioso organismo— es tan intolerable como la esclavitud. La desidia de cualquier país en borrarlos debe mirarse como un escándalo internacional.”

### VIII

Además no es superfluo agregar que en la América Latina, integrada por países de economía endeble, es conveniente aprovechar los recursos en la mejor forma posible evitando los sistemas de libre elección o de reembolso que aumentan considerablemente los gastos del Seguro. Asimismo es necesario hacer hincapié en que el sistema de prestación directa con médicos funcionarios que por lo demás es el único aceptado en todos los regímenes de Seguridad Social de América Latina, permite un control eficaz, una mayor economía y datos estadísticos de morbilidad, mortalidad y actos médicos que sirvan como norma para el establecimiento de nuevos servicios con los que se estructure una campaña sanitaria; en otras palabras, mediante dicho sistema se tiene el conocimiento preciso de la utilidad de los fines inmediatos y del mejoramiento que el sistema puede proporcionar a la colectividad.

Para ilustración queremos transcribir parte de la Declaración de Santiago de Chile (Resolución Núm. 8) y de la Resolución Núm. 44 de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social sobre el Seguro de Enfermedad, que dicen:

#### DECLARACIÓN DE SANTIAGO DE CHILE (Resolución Núm. 8)

“La Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, declara:

Que el seguro de Enfermedad debe otorgar una asistencia médica eficaz que proporcione a los asegurados todos los recursos de la ciencia médica para el cuidado y fomento de la salud y para distinguir y tratar las enfermedades desde sus primeros síntomas; y reconoce como medios conducentes a ese fin:

- a) El otorgamiento *directo* de las prestaciones mediante la participación de *médicos funcionarios debidamente capacitados*...

#### RESOLUCIÓN “C.I.S.S.” NUM. 44

La Conferencia considerando:

1º—Que la experiencia adquirida por las instituciones de Seguridad Social de los países americanos, sobre las *prestaciones médicas impartidas con servicios propios*, demuestra de una manera acabada y terminante que *es la más eficaz y económica y responsable*; permite por otra parte, la formación de bioestadísticas, la uniformidad en las prestaciones y el control técnico de las mismas.

Recomienda:

“Los servicios contratados se aceptarán únicamente cuando por motivos especiales no se pueden impartir los propios.”

Nos permitimos asimismo transcribir las palabras que pronunciara con fecha 5 de agosto de 1946 el Dr. Peter Thullen, ante la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Nacional de Panamá.

“Es conveniente llamar la atención a la tendencia de la medicina moderna y a la especialización cada día más diferenciada de los médicos y también a la técnica médica moderna en el diagnóstico y tratamiento, lo que exige la concurrencia de varios médicos para la asistencia de los enfermos e indispensables instalaciones costosas de las cuales difícilmente podría disponer un médico privado. Es un hecho innegable que la práctica médica día a día *abandona el consultorio privado y se traslada a la policlínica; esto es tanto o más cierto en la medicina curativa y preventiva dirigida a grandes grupos, a quienes la vieja práctica de la medicina privada jamás podría abarcar.* Por esta razón, con motivo de la misma eficacia y economía del servicio, el Seguro de Enfermedad preferirá *dispensarios propios debidamente equipados y dirigidos por médicos funcionarios, en vez de la libre elección.* Existen además, poderosas razones administrativas; el servicio directo permite llevar con precisión y en forma completa la ficha de salud de cada asegurado; permite organizar la estadística médica con gran facilidad, establecer el control de los enfermos y, sobre todo, eliminar los múltiples abusos de la libre elección que pueden afectar seriamente la financiación del seguro. Sería difícil en relación con el funcionalismo médico contener el desarrollo a tendencias modernas en todo el mundo, ya sea que se fomente la medicina social en forma de asistencia social, ya sea como seguro de enfermedad.”

“No cabe duda de que han de ser los mismos médicos conscientes de que su profesión se caracteriza por un elevado espíritu humanitario y social, quienes cooperarán con los Institutos de Seguridad Social, en bien de la masa trabajadora, *que sólo en el Seguro Social de Enfermedad puede hallar la garantía de salud.*”

Por otro lado, no importa lo que se piense al respecto, la evolución social de la medicina es un hecho histórico, un proceso fatal e inevitable y ningún interés de tipo individual o gremial, ni la opinión de estadistas, administradores o funcionarios públicos por destacada que sea la posición que ocupen, podrá detener su avance. Momentáneamente es cierto, por la incomprensión de los hombres, podría frenarse la corriente evolutiva hacia el mejoramiento de la salud colectiva; pero tarde o temprano la justicia y la bondad de sus postulados se impondrán. La salud de los trabajadores es un bien tan precioso para la colectividad, que su defensa y mantenimiento han de merecer la atención preferente de todo Estado fundado en bases racionales y técnicas. Este concepto de que la salud de los trabajadores es un patrimonio colectivo que debe ser preservado por el Estado, es la base sobre la que se funda la medicina social, la cual es ya parte integrante, vital y definitiva de la Seguridad Social.

“Es la población asalariada, con las condiciones precarias en que se desenvuelve su vida, la que más sufre los estragos de la enfermedad. La asistencia médica individual es insuficiente frente a las formas típicas de

la patología social, que requieren para ser combatidas una acción profiláctica y medidas intensificadas de asistencia social y económica. El objetivo es la prevención colectiva, que contempla detrás del individuo enfermo, a la familia y aun más lejos, al grupo social." (Dr. Oswald Stein, ex Director de la División de Seguridad Social de la O.I.T.).

Para terminar, permítasenos dos citas más: la primera, del distinguido médico y estadista chileno, Dr. Eduardo Cruz Coke, autor de la ley de medicina preventiva de su país. Dice así el Dr. Cruz Coke en relación con la medicina social:

"Pretender hacer medicina social con un criterio de medicina individual, pretender multiplicar los consultorios y los aparatos para diagnósticos y toda la complejidad del andamiaje que tiene el clínico en su concepto del ejercicio privado de su profesión, para tratar a toda la población es un inmenso absurdo por ser una inmensa imposibilidad."

"Cuando se pasó de la distribución del agua en barriles a su distribución por medio de un sistema de cañerías, no se generalizó un procedimiento, sino que se pasó de un plano a otro en la repartición de este artículo de consumo."

"La socialización de la medicina, tal como de una manera ingenua la han planeado algunos especialistas, sobre la base de hacer a los médicos empleados del Estado sin tomar en cuenta casi ningún otro factor, *es desconocer el problema y aun más, desconocer el sentido de una justa socialización.*"

"Es necesario que hagamos pasar la medicina social, a medida que la técnica lo imponga, *del plano de una medicina individual multiplicada, en el cual estamos, al de una medicina de masas.* Esta medicina de masas no era posible ayer, cuando no se disponía de elementos para establecerla. Hoy día los tenemos y son los grandes e importantes descubrimientos terapéuticos de los últimos diez años. Una medicina de masas, para ejercer su acción, necesita:

- a) Escoger aquellas enfermedades que pueden ser diagnosticadas en forma sistemática y económica;
- b) Escoger entre estas enfermedades aquellas que representen la mayor morbilidad;
- c) Atacarlas en el período en el cual económicamente pueda hacerse con mayor rendimiento en salud y en dinero; y
- d) Prestar atención preferente a la terapéutica."

Y la última, unas frases del ilustre médico y filósofo español, Dr. Gregorio Marañón, extractadas del discurso que pronunciara recientemente el sabio en el aula de Patología de la Facultad de Medicina de San Carlos de Madrid, con ocasión de conmemorar sus bodas de oro con la medicina.

"Nosotros —dijo el insigne clínico—, los médicos viejos que hicimos nuestra formación profesional en otra época y en otro ambiente, tenemos que reconocer la realidad del Seguro de Enfermedad, su necesidad y que responde a los avances sociales que todos los países tienen que acatar."

Y añadió que, como consecuencia de la implantación del Seguro de Enfermedad, la Asistencia Pública y en general la medicina asistencial y curativa tienen que experimentar una transformación para adaptarse a la nueva tendencia colectiva de la medicina de masas y el Seguro de Enfermedad.

Tres conclusiones hizo resaltar el Dr. Marañón en su conferencia:

- 1.—Que el Seguro de Enfermedad es una necesidad ineludible;
- 2.—Que está llamado a prestar extraordinarios servicios en beneficio de la asistencia domiciliaria, y
- 3.—Que los modernos avances de la medicina social están ligados indefectiblemente al desarrollo y evolución de la sociología con su legislación proteccionista de las clases trabajadoras."

Y para terminar, expresó el Dr. Marañón: "Si los médicos saben adaptarse al Seguro y colaborar en sus reglamentaciones, las inquietudes y desconfianzas que hoy se observan en las clases sanitarias podrían cambiar favorablemente en todos sentidos."

En cuanto a la falacia demagógica, empleada por algunos profesionales de la medicina en el sentido de que al establecer el Seguro el funcionalismo médico y desechar la libre elección, atenta contra la libertad individual, baste con señalar —para demostrar la inconsistencia e invalidez del argumento— que con el mismo criterio se podrían tachar de antidemocráticos los reglamentos del tránsito, las normas compulsorias de higiene social, la vacunación obligatoria contra la viruela, las pautas taxativas y las condiciones restrictivas de la educación pública, etc., porque todas ellas "coartan" la absoluta libertad individual químicamente pura.

Es evidente que quien pretendiera en esta época de intervencionismo estatal, de economía dirigida, de predominio colectivo, invocar trasnochados dogmas de liberalismo puro, estaría colocándose en una posición sociológica y jurídicamente insostenible a la luz de los principios del derecho social que determinan la subordinación del interés privado al interés público.

Quienes critican a la Caja de Seguro Social, la adopción de medidas de control para la eficiencia y economía de sus prestaciones, entre las cuales la principal consiste precisamente en la eliminación del sistema de la libre elección por lo que significa de oneroso, de anacrónico y por constituir fuente de abusos sin cuento, ignoran que están haciéndole el juego a los intereses de una minoría de profesionales, quienes en el fondo buscan únicamente la eliminación del Seguro de Enfermedad, y con ello la promesa mejor en nuestro país para el logro y la realización de la medicina social.

\* \* \*

En los párrafos que anteceden creemos haber cumplido con el propósito enunciado en la introducción de este artículo, a saber: exponer a grandes rasgos las características más sobresalientes del problema médico-social en las Instituciones de Seguridad Social.

Pudiera criticarse la abundancia y extensión de las citas, pero tal como anunciábamos al inicio, se ha buscado deliberadamente, por vía de ilustración, presentar diversas opiniones de distinguidos profesionales médicos, cuya autoridad en estos problemas es indiscutible, en un plan de divulgación sucinta y siguiendo en la labor de recopilación, el criterio de hacer conocer a sectores más amplios de asegurados, los conceptos y las exposiciones mejor logradas, a nuestro juicio, en torno a la cuestión que estudiamos.

Únicamente la reacción favorable de quienes lean este modesto artículo sin pretensiones técnicas, y mucho menos, sin alardes de originalidad, puede dar la medida, para determinar hasta qué grado la finalidad perseguida con la publicación de estas líneas, ha sido lograda.

Nos resta sólo agregar, que para nosotros, nos basta con la íntima satisfacción de saber que en esta forma cumplimos a nuestra manera con un deber de lealtad para la Institución y para con los asegurados.