

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XVIII

EPOCA III

Núm. 56

PRIMER CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARZO-ABRIL

1969

MEXICO, D. F.

CIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
ES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
E ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana 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.

	Pág.
LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL <i>Dr. Jérôme Dejardin</i>	85
Principios Generales	85
Situación Económica	85
Situación del Equipo Sanitario y del Personal	86
Formas de Organización de la Atención Médica	89
Libre selección del médico	95
La calidad de la atención médica	98
La participación de los beneficiarios en los gastos de la atención médica	104
Prioridades en la selección de las prestaciones médicas	106
Las responsabilidades en el financiamiento y costo de la atención médica	110
LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO <i>Sr. Franco Illuminati</i>	123
Preámbulo	123
ASIA	125
JAPON	126
TURQUIA	128
BIRMANIA	131
INDIA	133
Situación resumida en los cinco países arriba citados	137
AFRICA	140
GABON	141
GUINEA	146
LIBIA	148
TUNEZ	153
Regímenes legales o estatutarios	154
Régimen de Previsión Social del personal del Estado y de las entidades públicas	154
Régimen de la seguridad social en el sector privado no agrícola	156
Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	159
Régimen de las sociedades nacionales	160
Regímenes basados en contratos colectivos y convenios privados	162
Retribución de los médicos y pago de las farmacias y hospitales	163

SECCION MEDICO SOCIAL

PONENCIAS

LA SEGURIDAD SOCIAL Y LAS PRESTACIONES MEDICAS:
AFRICA, AMERICA, ASIA Y EUROPA.

PONENTE: ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL.
DR. JÉROME DEJARDIN.
SR. FRANCO ILLUMINATI.

PRESIDENTE: LIC. ANTONIO ORTIZ MENA.
SECRETARIO DE HACIENDA Y CRÉDITO
PÚBLICO. (MÉXICO).

SECRETARIO TÉCNICO: DR. CÉSAR LECHUGA ROJAS.
JEFE DE LOS SERVICIOS MÉDICOS FORÁNEOS
DEL IMSS.

LA ORGANIZACION DE
LOS SERVICIOS MEDICOS
EN LA SEGURIDAD SOCIAL



Dr. Jerome De Jardin

1.—PRINCIPIOS GENERALES

Los principales elementos que constituyen la base de la organización de un sistema de atención médica están regidos esencialmente por las circunstancias de hecho propias a los países y a las regiones consideradas.

a).—*Situación económica*: Es evidente que el desarrollo económico, el grado de industrialización y el poder contributivo de las poblaciones, a título individual o colectivo, tienen influencia decisiva, sobre la posibilidad de extender la organización de atención médica a una parte más o menos grande de la población. Cualquiera que sea, en efecto, la forma que asuma esta organización y sus modalidades de aplicación, el costo creciente de la atención médica, los progresos constantes de la medicina, las necesidades cada vez más grandes de las poblaciones que aumentan con su educación y con las condiciones modernas de la vida, contribuyen a incrementar en forma permanente las cargas financieras destinadas a la salud y a exigir una parte cada vez más importante del ingreso nacional.

Por lo tanto, es normal comprobar que los países más industrializados, que gozan de las condiciones económicas más favorables, no solamente fueron los primeros en instaurar tales regímenes de atención médica, sino que los aplicaron en primer lugar a la parte de la población directamente asociada a esta economía industrial, y aún estos países altamente industrializados sólo extendieron posteriormente los regímenes de atención médica a las poblaciones rurales y agrícolas, en la

medida en que la economía nacional podía compensar completa o parcialmente las débiles posibilidades contributivas de estas poblaciones.

Y este es, indudablemente uno de los grandes méritos del principio mismo de la seguridad social, que por medio de contribuciones que toman en cuenta las posibilidades materiales de cada uno, permite repartir equitativamente las cargas, y dar acceso a la atención médica a las personas que individualmente estarían completamente incapacitadas para cubrir su costo. Si una sociedad estuviera formada únicamente por personas ricas, la seguridad social no tendría la necesidad imperiosa de organizarse, pues cada individuo estaría en condiciones de soportar personalmente las cargas que implican el mantenimiento y la restauración de la salud. Pero la sociedad generalmente está constituida por una minoría de ricos, por una mayoría de ciudadanos que disponen de medios suficientes para cubrir las necesidades normales de la vida y por una minoría más o menos importante de personas pobres y muy pobres, que ni siquiera disponen de la posibilidad de responder a las necesidades imperativas de una subsistencia normal.

En una sociedad próspera, la colectividad es rica; pero de esta sociedad forman parte individuos que todavía tienen necesidades esenciales insatisfechas y es evidente que aquellos y la masa de los que materialmente no pueden enfrentarse a los hechos accidentales de la vida, son a quienes se dirige la seguridad social, como posibilidad de cubrir por un esfuerzo permanente y equitativo de todos, las necesidades de cada uno.

b).—*Situación del equipo sanitario y del personal*: también es evidente que aún si los individuos o la colectividad en un país o en una región determinada disponen de medios financieros suficientes para cubrir los costos de la atención médica, todavía es necesario que estos individuos dispongan, en ese país o en esa región, no solamente de la infraestructura hospitalaria y del equipo técnico indispensables para dar atención médica en buenas condiciones, sino también del personal médico y paramédico indispensable para el funcionamiento de los hospitales, de los dispensarios y de las policlínicas y para la organización de la atención a domicilio de aquellos enfermos que no pueden desplazarse.

Un fenómeno natural produjo un desarrollo de la educación y del equipo sanitario, paralelo al desarrollo industrial: las regiones industriales, económicamente fuertes, disponen al mismo tiempo, en un mismo país, de grandes escuelas que forman médicos, farmacéuticos,

enfermeras, parteras y por otra parte, centros hospitalarios capaces de responder, en condiciones satisfactorias, a las necesidades de las poblaciones urbanas. Y se comprueba frecuentemente que la economía nacional ha concentrado sus esfuerzos de organización en los grandes conglomerados en donde la rentabilidad de las instituciones está asegurada por la densidad misma de la población, y que se encuentra rápidamente desprovista de medios para asegurar un equipo mínimo, en las regiones rurales en donde la diseminación de la población plantea para los hospitales o los dispensarios, no solamente problemas de inversión y de reparto, sino también de rendimiento y de acceso.

A estas dificultades materiales, hay que añadir las dificultades de reclutamiento de personal suficiente: la atracción de las grandes ciudades, la promoción que aseguran en el plano material y cultural, las posibilidades que ofrecen para efectuar investigaciones científicas y el acceso a centros especializados de diagnóstico y de tratamiento, alejan a los médicos cada vez más del aislamiento que crea para ellos y para su familia el ejercicio de su misión en las regiones rurales.

Y así, se asiste, aun en los países industrializados y con mayor razón en los que no lo están, a esta situación injusta de las poblaciones rurales que no solamente tienen pocos o ningún medio para cubrir las cargas de la atención médica, sino que además aunque se les concedieran, no encontrarían la posibilidad de realizar su derecho debido a la falta de la infraestructura sanitaria o de personal calificado para darles la atención que exige su estado de salud.

Evidentemente, la solución de este problema radica en primer lugar en la realización de esta infraestructura, y segundo en la búsqueda de medios para inducir a los médicos y a sus auxiliares a abandonar las grandes ciudades para llevar la salud a aquellos lugares que tienen mayor necesidad de ella. Es evidente, que las soluciones de tales problemas implican la coordinación de esfuerzos y de medios de todas las instituciones interesadas en los problemas de la salud pública — el Estado, la seguridad social, los municipios y hasta la iniciativa privada — igual que los diferentes departamentos ministeriales competentes en el campo económico.

Es así como algunos países, conscientes de la necesidad de esta coordinación, elaboraron programas de planificación en los cuales se pueden entrever soluciones a los problemas del otorgamiento de atención médica, a través de un plan de construcción de carreteras o de una reforma agraria que permita, por ejemplo, la creación de cooperativas

agrícolas que producirían una reconcentración de la población rural en medio de la cual será posible instituir un centro médico viable.

Paralelamente, se observan algunas iniciativas destinadas a favorecer la instalación de médicos en las regiones rurales: en algunos países, como en Túnez, todos los médicos jóvenes deben al principio de su carrera efectuar tres años de práctica en un dispensario rural. En otras regiones, como en India, se designan médicos funcionarios. En Gran Bretaña, no hay disposiciones que obligen a los médicos a ejercer su profesión en el campo, pero se limita el número de consultorios médicos y de dispensarios en las ciudades, lo que obliga a que los médicos que excedan dicho número vayan a trabajar a otro lado; en otros países como en Polonia, se pagan salarios más altos a los médicos de regiones rurales, que a los que practican en las ciudades, pero se trata aquí, como en Gran Bretaña, de un sistema de seguridad social completamente integrado en un servicio nacional de salud.

Otros países han tratado de remediar la insuficiencia de médicos en las regiones rurales, organizando unidades sanitarias móviles, es un experimento que se ha efectuado en Chile, ya sea organizando el transporte de los enfermos de las regiones rurales hacia los hospitales de las regiones urbanas, o usando intensivamente el personal auxiliar formado por los médicos en las técnicas de diagnóstico y de tratamiento que normalmente son practicadas por los médicos pero que, faltando otros medios, pueden ser practicadas en forma bastante satisfactoria por el personal auxiliar educado en el lugar mismo: es un experimento que se ha hecho en Canadá, especialmente para las poblaciones seminómadas del Gran Norte, en donde además, se han utilizado todos los recursos modernos que ofrecen las radio comunicaciones para mantener contacto permanente entre los centros médicos y las poblaciones aisladas.

De todas maneras, es evidente que para permitir a las poblaciones rurales el acceso a los recursos de la medicina, intervienen elementos que van más allá del marco de los problemas estrictamente médicos y sanitarios y que implican frecuentemente opciones previas en el plano de la organización de la economía, ya se trate de la economía financiera, de la economía agrícola o de la política de obras públicas, y de una distribución territorial.

Pero la sociedad moderna indudablemente tiene el deber de corregir lo antes posible esta injusticia que hace que sean precisamente las poblaciones más desheredadas en el plano material, físico y cultural,

las que carecen de medios de acceso a la promoción para el desarrollo integral de la persona y para la lucha contra la enfermedad.

Hay que añadir que puede desempeñar un papel esencial la colaboración internacional en esta concentración de esfuerzos para remediar estas situaciones intolerables, ya sea para aconsejar y promover iniciativas nacionales, ya sea para contribuir gracias a la asistencia técnica de instituciones tales como: la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Internacional de la Seguridad Social. Esta cooperación entre naciones también puede ser eficiente en el plano regional o continental, ya sea por los intercambios de informaciones que realiza por ejemplo el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, o por la conclusión de tratados regionales, que permiten aprovechar conjuntamente la organización de algunos sectores de la economía de diferentes países vecinos y usar en forma mancomunada, especialmente en las regiones fronterizas, instituciones sanitarias que llegarán a ser viables y eficientes por la sola eliminación de los límites territoriales en materia de seguridad social.

Sobre todo en lo que se refiere a los países relativamente pequeños que disponen de número reducido de médicos, se puede considerar la posibilidad de poner a disposición de varios estados, unidades médicas o quirúrgicas muy especializadas para que den el mayor grado posible de rendimiento y de eficiencia y crear en esta forma un mercado común de la medicina para utilizar al máximo el patrimonio científico, técnico y hospitalario de cada uno.

Esta economía sanitaria regional podría, en numerosos casos, aportar soluciones satisfactorias a las necesidades de algunas regiones rurales que se encuentran aisladas entre dos centros urbanos de diferentes países, y las relaciones así establecidas, permitirán una solución mejor a este grave problema.

2.—FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Cuando se estudia el seguro de enfermedad en los diferentes países del mundo que cuentan con regímenes de este tipo, resaltan en primer lugar dos características comunes: la primera, es que el seguro de enfermedad adquiere en todos los países considerable importancia, tanto como medio de promoción del individuo que como instrumento de la política sanitaria; la segunda, es la concepción idéntica del otorgamiento de la atención médica en el marco de la seguridad social, que se reconoce

como un derecho del hombre, al mismo título que su derecho a la educación y su derecho al trabajo.

Este concepto se opone a los aspectos históricos de la asistencia médica en donde la enfermedad era considerada como un impedimento y en donde la oportunidad de obtener un mínimo de atención, dependía de las posibilidades que se tenían de provocar la lástima o de encontrar personas o instituciones caritativas. Después de esta fase de la caridad privada y aleatoria viene la época de la beneficencia pública, en la cual, el triste privilegio de una ayuda en dinero o en especie estaba ligado a la prueba de una indigencia total y en donde la calidad de la atención recibida, era la imagen de la insuficiencia de los servicios que la daban y del tiempo limitado que el médico quería o podía dedicar al excedente de consultas.

A principios del siglo XIX nació una forma de organización de lucha contra los riesgos de enfermedad, basada en la contribución voluntaria a sociedades mutualistas: estas mutualidades agruparon en primer lugar a los trabajadores de una misma profesión y se fusionaron después en grupos más numerosos a medida que comprobaron que la ley de los grandes números constituye una garantía de equilibrio financiero diluyendo las consecuencias de los riesgos excepcionalmente costosos.

Esta fue una forma de seguro contra la enfermedad que preparó el nacimiento de la era de la seguridad social, sus principios eran esencialmente los mismos, ya que solidarizaba la cobertura del riesgo pero su debilidad residía en su carácter facultativo que sólo conducía a proteger a las capas más previsoras de la población y a dejar sin protección a todos aquellos que, frecuentemente por falta de educación y de información, debían pasar por la triste experiencia de la enfermedad para conocer la miseria y las ventajas de una organización a la que ya no podían adherirse por estar ya enfermos o inválidos.

Además, estos regímenes mutualistas sólo cubrían la reparación de la enfermedad y no contribuían efectivamente a la medicina preventiva. Su mérito histórico fue enorme, pero constituyeron esencialmente un medio de combatir las consecuencias de la enfermedad.

A ello la seguridad social añadió el mérito de prevenirla.

Al lado de estas dos características comunes de los regímenes de atención médica en el marco de la seguridad social, hay que comprobar multitud de formas de organización.

Hay que distinguir dos formas diferentes de organización: si el régimen de seguridad social, suministra él mismo la atención médica por medio de sus propias instituciones y personal médico y paramédico, ó si el régimen paga prestaciones que son suministradas por instituciones o personas independientes del régimen mismo.

La primera de estas formas de organización se denomina generalmente "sistema directo" y la segunda, "sistema indirecto".

Algunas veces los dos sistemas existen conjuntamente.

Se comprueba en forma general que los países industrializados aplican el sistema indirecto, mientras que los países en vías de desarrollo recurren casi sistemáticamente al sistema directo.

Pero a pesar de esta preferencia, debo señalar sin embargo, que fui llamado hace algunos años, en mi propio país, a colaborar en un plan de reforma de seguro de enfermedad, que fue aplicado desde 1964 y conocí completamente la nueva organización, sobre la base del sistema indirecto.

¿Se trata aquí realmente de una opción que fue hecha libremente por el régimen de seguridad social? ¿o se trata más bien de una situación que resulta de las circunstancias de hecho? ¿ofrece el uno o el otro de estos sistemas más o menos ventajas y garantías para justificar la opción?

A continuación se examinarán estas preguntas, considerando las diferentes modalidades de aplicación de estos sistemas y tratando de comparar sus respectivos méritos.

Considero personalmente que el sistema del otorgamiento directo de las prestaciones ofrece soluciones más válidas a la mayoría de los problemas planteados por la organización de la atención médica, tanto en lo que se refiere a la gestión administrativa, como a la eficiencia del régimen mismo y a las relaciones con el cuerpo médico.

Si se me encargara organizar un servicio de atención médica en una región con una población que tiene una necesidad evidente de protección sanitaria, pero que no cuenta con médicos, enfermeras, hospitales y dispensarios, me ocuparía desde luego en reclutar médicos en otras regiones, proponiéndoles un contrato de arrendamiento de servicios para asignarlos a la región que hay que organizar. Bajo las mismas condiciones, reclutaría enfermeras, organizaría una red de dis-

pensarios locales y de hospitales regionales e implantaría sin vacilación, un sistema de otorgamiento directo de las prestaciones en donde todo pertenecería a la seguridad social y dependería de ella.

Haría lo mismo, si se me encargara de organizar un servicio de atención médica para una parte relativamente limitada de la población de un país, por ejemplo, solamente para los funcionarios, para los mineros, para los trabajadores de los transportes públicos o para todos los trabajadores de las empresas industriales, si éstos sólo representan 10 ó 15% de la población, aún si la infraestructura hospitalaria existente me ofreciera la posibilidad material de integrar el régimen de seguridad social en esta organización sanitaria, y para darle vida a esta organización, escogiera los mejores médicos y el personal paramédico más calificado.

Pero si esta misma responsabilidad me fuere otorgada para organizar un régimen de seguridad social aplicado rápidamente al 50% de la población o al conjunto de los residentes de un país determinado, no podría hacer abstracción ni del equipo hospitalario existente, ni de la red sanitaria distribuida en el país, ni de la opinión y de las tradiciones del conjunto del cuerpo médico, por que tendría necesidad de todo y de todos y no podría ni realizar las inversiones necesarias para adquirir la propiedad de todo este equipo, expropiando al Estado, a las municipalidades y a las instituciones privadas, y no podría llevar al cabo una transformación suficientemente rápida y sincera de la sicología de todo el cuerpo médico para asegurar sus servicios en esta organización de atención médica directa.

Esta hipótesis que acabo de plantear corresponde a la realidad histórica que condujo a la situación de hecho que conocemos actualmente y que divide a los regímenes en directos e indirectos.

Los países altamente industrializados son también aquellos que dispusieron desde un principio de una red satisfactoria de hospitales, de dispensarios, de una red de enseñanza secundaria y universitaria para formar un número importante de médicos y de personal paramédico: la red sanitaria surgió paralelamente con el desarrollo industrial, de la iniciativa del Estado, de las municipalidades o de las empresas, y hasta de los médicos mismos.

Ya existía cierta organización de la salud pública y el problema esencial que quedaba por resolver era menor en lo que se refiere a la penuria de hospitales o de médicos, que el de adquirir los medios para pagarles: estos medios fueron aportados por los regímenes de seguridad

social que se dirigieron desde un principio al conjunto de los trabajadores industriales y a los miembros de su familia, es decir, a la mayoría de la población. *En los países industrializados, la seguridad social ha constituido esencialmente un método, no de organización de la salud, sino de pago y de compra de la atención que puede ser otorgada a los trabajadores.*

En los países no industrializados se produjo la evolución inversa: el subdesarrollo económico no ha permitido, o sólo en un grado muy débil, el desarrollo del equipo sanitario, ni la generalización de la enseñanza, reduciendo considerablemente las posibilidades de formación, en número suficiente, de un personal calificado para el otorgamiento de la atención.

La organización de la atención médica era tanto más indispensable cuanto más insuficiente era el nivel sanitario general y que había que combatir los estragos de los grandes plagas tales como: la tuberculosis, el paludismo, a las cuales entre tanto habían encontrado respuestas positivas los progresos de la medicina.

A medida que se desarrollaba la economía, un grupo limitado de trabajadores de las empresas industriales, gracias a la economía monetaria, pudieron llegar a ser los primeros beneficiarios de un régimen de seguridad social cuya misión no podía evidentemente limitarse a asegurar la cobertura del costo de la atención médica, sino que necesariamente debía edificar una primera red sanitaria válida; y el sistema directo no fue sólo el único sistema válido, sino, el único posible.

Pero a medida que se desarrollen la economía y la industrialización, grupos más numerosos de la población accederán a los beneficios de la seguridad social, y vendrá necesariamente un momento en el que la red de instituciones de seguridad social se unirá a la de las instituciones públicas o privadas, y con mayor razón, porque entre tanto, el problema de las poblaciones rurales también deberá haber encontrado una solución; y es entonces cuando vendrá el momento de la verdadera opción: o la seguridad social continuará adoptando exclusivamente el sistema de otorgamiento directo de las prestaciones y absorberá la red de instituciones paralelas, o el Estado asegurará, por medio de la fiscalización general, la red sanitaria en las regiones rurales, o bien los esfuerzos serán coordinados y por un reparto equitativo de estos esfuerzos, los poderes públicos y la seguridad social conjuntamente colaborarán para repartirse las cargas y las misiones específicas.

Sería por lo menos, racional que en las regiones en donde la seguridad social dispone de dispensarios, de médicos y de hospitales, algunos acuerdos permiten otorgar atención médica aun aquellos que no dependen de su protección y que, inversamente, en las regiones en las que por imperiosa necesidad el Estado organizó o promovió la creación de centros médicos en ausencia de otros, la seguridad social pueda enviarles sus beneficiarios. Y en este caso ya no será el sistema directo de otorgamiento de atención médica.

En los sistemas de otorgamiento indirecto de la atención médica, en los cuales los regímenes de seguridad social tienen convenios o acuerdos de pago con las instituciones y con los médicos que prestan la atención, hay que comprobar la tendencia cada vez más marcada hacia la asociación de estos regímenes a las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, en lo que se refiere a los problemas ligados a la política sanitaria, y a las responsabilidades del Ministerio de Educación Nacional, en lo que concierne a los problemas ligados a la enseñanza de la seguridad social y a la formación del personal sanitario.

Es evidente, en efecto, que a medida que los regímenes de seguridad social se extienden a una parte cada vez más grande de la población, estos regímenes constituirán la forma esencial y hasta única, no sólo de llevar la carga de la atención médica prestada a cada individuo, sino también, directa o indirectamente, los gastos de funcionamiento y de amortización del conjunto de los establecimientos de atención médica, ya se trate de hospitales, de policlínicas o de dispensarios.

A partir de ese momento llegará a ser normal que la seguridad social esté presente en todas las discusiones que se refieren directa o indirectamente a la organización de la salud.

Veamos ahora cuales son fuera de estas consideraciones históricas y de hecho que explican, por lo menos en parte, la selección por los regímenes de seguridad social, del sistema de otorgamiento de la atención médica — las ventajas o los inconvenientes que pueden presentar estos sistemas en la solución que dan a los diferentes problemas planteados por la organización de la atención médica: libre selección del médico, calidad de la atención, participación de los beneficiarios en los gastos de la atención médica, responsabilidades en el financiamiento y el costo de la atención médica y prioridad en la selección de las prestaciones médicas.

3.—LIBRE SELECCIÓN DEL MÉDICO

La carta fundamental elaborada por la Asociación Médica Mundial, colocan en el primer plano de los principios defendidos por los médicos a la posibilidad de que el enfermo pueda escoger libremente a su médico.

El cuerpo médico estima, en efecto, que además de la competencia técnica que debe poseer cada médico, hay que otorgar una importancia primordial al ambiente de confianza que debe reinar entre el médico y el paciente y que este ambiente, que tiene consecuencias directas sobre las posibilidades de establecer un diagnóstico preciso y sobre el éxito de la terapéutica, sólo puede surgir si el enfermo puede escoger a su médico, o que en todo caso no puede existir si el médico es impuesto al enfermo contra su voluntad.

Pero en este campo como en otros, son más bien las circunstancias que los principios las que imponen la regla.

En efecto, aun en los regímenes más generosos y liberales, desde el punto de vista de la libre selección, es decir, los regímenes de otorgamiento indirecto con reembolso de las prestaciones, cualquiera que sea el médico consultado, ¿qué podemos comprobar?

Ciertamente el enfermo escoge libremente a un médico de medicina general y algunas veces consulta sucesivamente a un segundo y hasta a un tercero, corriéndose el riesgo de que cada uno comience con los mismos exámenes porque generalmente ignora la opinión de sus colegas anteriores y la naturaleza de las prestaciones que han efectuado y los tratamientos que han prescrito. Pero hay que reconocer que hasta aquí el enfermo se ha beneficiado enormemente de las posibilidades que tiene de dirigirse libremente a uno o a varios médicos de su confianza. Pero esta posibilidad sólo puede ser real, si habita en una región urbana en la que hay gran número de médicos entre los cuales puede escoger y no en un pequeño pueblo aislado o en una región rural, en donde sólo hay un médico accesible para toda la región, y que este último esté disponible en el momento preciso en el que el enfermo necesita de sus servicios.

Además, aun en los casos en los que el enfermo ha podido ejercer su libre selección del médico general, este último algunas veces recurrirá a la opinión de un médico especialista: aunque el enfermo disponga siempre de la posibilidad de escoger su médico especialista, generalmente el médico general designará al especialista y aunque esta desig-

nación hubiese sido hecha a título de consejo o de indicación, el enfermo irá con el especialista sin ejercer verdaderamente su libre selección.

Si, finalmente, el enfermo debe ser hospitalizado y aunque pueda también escoger libremente el hospital, finalmente irá al servicio hospitalario que le ha sido recomendado por el cirujano que lo va a operar y que generalmente tampoco escogió el mismo. Y sucede igual cuando deben hacerse exámenes especiales de laboratorio o radiográficos.

Se comprueba efectivamente, que aun en los regímenes que conceden a los beneficiarios la libre selección absoluta de todas las prestaciones de atención médica, esta libre selección raras veces se ejerce efectivamente y que frecuentemente sólo ayuda a garantizar la libertad del médico.

¿Por qué entonces criticar a algunos regímenes que limitan la libre selección a un número restringido de médicos que figuran en una lista, que han aceptado respetar ciertas condiciones impuestas por la seguridad social?

Además, hay circunstancias en las que el interés del enfermo parece exigir que no pueda dirigirse incondicionalmente al especialista de su selección.

Con bastante frecuencia, en efecto, los enfermos deciden ir con un médico de una especialidad determinada y escuchar previamente la opinión de un médico general y ellos mismos determinan esta especialidad en función de los trastornos que sienten. Pero la localización que hacen de sus enfermedades no corresponde necesariamente a la especialización que han escogido: por ello estas consultas pueden representar gastos inútiles y conducir, además a errores de diagnóstico o, lo que es igualmente grave, a ningún diagnóstico debido a la especialización exagerada de algunos médicos.

Estas observaciones han conducido a algunos regímenes de otorgamiento indirecto de las prestaciones a recurrir al especialista sólo cuando el enfermo ha sido enviado por un médico general, teniendo este último en este caso la función de *orientador* y de *coordinador*.

Sin embargo, algunos regímenes de otorgamiento indirecto de las prestaciones han adoptado reglas muy diversas al lado de los sistemas que consisten en reembolsar al enfermo los gastos o una parte de ellos, que hizo para recibir la atención de un médico de su selección, existen sistemas que implican que cada beneficiario se inscriba previamente en la lista de un médico de su selección, no pudiéndose modificar esta

selección durante un período determinado, o sistemas que implican la selección de un médico cada vez que la persona enferma, no pudiéndose modificar esta selección durante toda la duración de la enfermedad; estos sistemas llamados "panel" son sistemas de otorgamiento indirecto de la atención en el sentido de que no es la institución de seguridad social la que otorga directamente la atención médica, ya que ésta se limita a remunerar a los establecimientos y a los médicos que la suministran: en el primero de estos casos, la seguridad social paga a los médicos, honorarios tarifados fijados para el beneficiario inscrito en su consultorio: este es el sistema del servicio nacional de salud de Gran Bretaña; en el segundo caso, paga al médico honorarios tarifados variables en función de la duración de la enfermedad: es el sistema que se practica, en parte, en Alemania.

Estos son ejemplos de regímenes en los que el enfermo puede escoger libremente a su médico, pero en donde la libre selección une al paciente por un período determinado a su médico y le prohíbe recurrir a otro.

En los regímenes de otorgamiento directo, tales problemas no se plantean, ya que en general los consultorios a los que se pueden dirigir los enfermos organizan ellos mismos su selección y su orientación desde su ingreso. Además, la libre selección puede ser ejercida debido al hecho de que un mismo centro dispone de varios médicos y que el enfermo puede expresar su deseo de ser examinado preferentemente por uno o por otro.

En resumen, se puede decir que la libre selección del enfermo debe poder ejercerse en vista del interés que tiene la confianza que debe existir entre el médico y el enfermo, pero esta libre selección puede caracterizarse por ciertos límites que se sitúan en las fronteras del interés del enfermo mismo, que debe poder ser orientado oportunamente hacia médicos especialistas y hacia los centros especializados competentes para mejorar su estado.

Una de las mejores formas de organización de atención médica que garantiza a la vez la libre selección del enfermo y la calidad de la medicina, es la de la medicina de grupo en donde varios médicos generales y especialistas, de varias disciplinas, trabajan en un mismo centro, y complementan mutuamente sus informaciones y sus conocimientos y ejercen al mismo tiempo el control espontáneo de sus actividades recíprocas.

4.—LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Esta observación nos lleva automáticamente a hablar de la calidad de la atención médica suministrada por la seguridad social y a considerar las repercusiones que pueden tener las diferentes formas de organización sobre la calidad de la medicina.

Deseo expresar de inmediato que un elemento domina a todos los demás y garantiza un nivel elevado de la calidad de la atención que se otorga, cualquiera que sea el régimen dentro del cual se inscriben: este es, la conciencia profesional del médico. La medicina moderna cuesta cada día más; pero lo que es más costoso, es no hacer buena medicina, y para hacer buena medicina, no solamente se requieren médicos competentes, se requieren sobre todo hombres de nivel moral elevado.

El problema de ética y de moral médica no solamente depende de la formación y de la educación del médico durante sus estudios, depende ante todo de las condiciones en las cuales va a ejercer su misión y principalmente de su medio de trabajo: ciertamente en teoría, la moral no es una ciencia exacta y no hay unidad para medirla; pero las experiencias que se han tenido y la opinión de los sociólogos se unen para comprobar que el control social produce las mejores condiciones de moralidad: esto significa en lo que nos concierne, que generalmente es el aislamiento y el individualismo del médico, así como, la imposibilidad en la cual se encuentra de controlar su propia actividad, lo que lo conduce a errores, desviaciones y abusos, y que por el contrario, cuando varios médicos trabajan en forma conjunta, ya sea en un hospital, en un consultorio o que practiquen una medicina de grupo, se establece entre ellos una emulación, un control, una disciplina recíproca.

Cada uno impone entonces una limitación a la conducta del otro, y este trabajo en común, contribuye a mantener la medicina en un marco de normas cada vez más válidas porque están sometidas a una posibilidad permanente de crítica.

Pero al lado de esta moral médica, al lado de la moral de los filósofos, de la moral cristiana, de la moral de las diferentes religiones, existe también una moral de la seguridad social. Y esta última moral no debe oponerse a las otras. Reglamentos administrativos o modalidades de organización impuestas por la seguridad social, no deben comprometer a la moral médica o a la moral en una sola palabra. En

este contexto se podrían considerar algunas disposiciones que establecen un plazo de espera de dos o tres días para adquirir derecho al pago de indemnizaciones de incapacidad, pero que preven al mismo tiempo la supresión de este plazo de espera cuando la incapacidad dura más de 10 ó 15 días: es evidente que tales sistemas crean la tentación por parte del beneficiario y del médico de prolongar la incapacidad más allá del plazo que permitirá evitar la espera.

La moral y la ética médica, por una parte, y la moral de la seguridad social por la otra son dos elementos de éxito y de eficiencia, pero estas dos morales deben completarse y sobre todo hay que evitar introducir en la una, reglas que pueden comprometer peligrosamente a la otra.

Este es uno de los problemas más importantes y más difíciles de los regímenes de seguridad social más desarrollados: fueron generosamente concedidos sin tomar suficientemente en cuenta las cualidades morales de los hombres que deben asegurar su funcionamiento; crearon fuentes y tentaciones de abuso que les han asegurado una comodidad extremadamente costosa para el régimen mismo.

Actualmente conviene a la vez revisar algunas modalidades de aplicación de estos regímenes que toleran prácticas tanto más inadmisibles cuanto estos regímenes generalmente han llegado a los límites de la asfixia financiera. Hay que considerar igualmente el problema de la educación de los médicos y de los beneficiarios mismos.

Al lado de este elemento esencial que constituye el valor intrínseco de la conciencia del médico, es preciso situar bien el valor de su formación: se comprueba en general, que si el programa de estudios de doctor en medicina es cada vez más complicado para integrar las numerosas e importantes adquisiciones en el campo de las técnicas de diagnóstico y de tratamiento, se siente cada vez más la carencia de una integración de estos estudios en el contexto de la medicina moderna que a llegado a ser igualmente una medicina social. De allí la urgencia de reorganizar o completar la enseñanza de la medicina para familiarizar a los estudiantes con los problemas económicos, jurídicos e institucionales que plantea la seguridad social. Esto se refiere a los estudiantes. Pero evidentemente también hay que ver que aquellos que imparten las enseñanzas estén a la altura de su tarea y que tengan ellos mismos las cualidades morales que esperan de sus discípulos.

Más allá de los estudios, también hay que tomar en cuenta los grandes adelantos de la medicina y la necesidad que tienen los médicos

de mantener el nivel de sus conocimientos a la altura de estos progresos: en este campo el trabajo en equipo de los médicos ofrece igualmente posibilidades de perfeccionamiento permanente y crea al mismo tiempo condiciones favorables para mantener un nivel satisfactorio de formación.

A los médicos aislados hay que darles posibilidades de participar regularmente en cursos de actualización.

Y aparece nuevamente, que estas condiciones de trabajo en equipo, y estas posibilidades de cursos de perfeccionamiento, son realizadas o inmediatamente realizables en el marco de los regímenes de otorgamiento directo de las prestaciones, porque ellos mismos organizan sus propios servicios y pueden prever, además, en el contrato de los médicos que emplean, reuniones científicas o de cursos de perfeccionamiento que les permitirán estar al corriente de los progresos de la medicina. En los regímenes de otorgamiento indirecto de las prestaciones, ya se trate de sistemas de reembolso o de sistemas de pagos de honorarios por beneficiario inscrito o por caso de enfermedad, las instituciones no pertenecen necesariamente al régimen de seguridad social y no tienen control sobre la organización del trabajo de los médicos. Además, los médicos no están ligados por contrato al régimen y la organización regular de cursos de perfeccionamiento y las posibilidades de los médicos de participar en ellos, se vuelven más aleatorias: uno de los medios para abordar tales soluciones es el otorgamiento, por vía de convenio de ventajas sociales a los médicos que aceptan colaborar completamente con el régimen.

Fuera de estos problemas de ética y de formación de los médicos, veamos ahora cuales influencias pueden ejercer algunas modalidades de organización de atención médica, sobre la calidad de la medicina.

Los sistemas que retribuyen en forma tarifada al médico por toda la atención que eventualmente tendrá que dar a cada beneficiario inscrito en su consultorio, parecen presentar, entre los regímenes de pago indirecto, la ventaja de suscitar y de mantener en el médico el interés de promover constantemente, los medios de medicina preventiva y de diagnóstico precoz, con el fin de evitar la aparición o las complicaciones de enfermedades que podrían aumentar el volumen de su trabajo.

Debo, sin embargo comprobar, que aun los responsables del Servicio Nacional de Salud Británico donde se aplica este sistema, lo han declarado, que este marcado interés por mantener la salud conduce

en muchos casos a envíos demasiado frecuentes y algunas veces injustificados, al médico especialista o al hospital, ya que el médico general no se toma el tiempo necesario para estudiar la sintomatología que le revela el enfermo.

Por el contrario, los sistemas que retribuyen al médico por la atención que dará a los beneficiarios que se inscriben en su lista, en el momento de enfermar y durante toda la evolución del padecimiento, me parece que descuidan demasiado, el aspecto preventivo de la medicina en el marco de la seguridad social y presentan el riesgo de crear el interés por el prolongamiento de la enfermedad o por lo menos por la multiplicación de las prestaciones; sin embargo, dejan al médico la selección de la terapéutica, lo que es indispensable para el ejercicio de una buena medicina.

Existen finalmente los regímenes de reembolso, en los cuales todas las prestaciones libremente efectuadas por el médico escogido por el enfermo, son pagadas directa o indirectamente al médico, en función de una tarifa que figura en una nomenclatura que enumera el conjunto de los actos que pertenecen a las diferentes disciplinas médicas. Estos actos pertenecen tanto a la medicina preventiva como a la curativa, y el beneficiario de la seguridad social puede recurrir a ellos sin que presente necesariamente un estado patológico o mórbido comprobado.

Este sistema ofrece sin lugar a dudas, las mayores posibilidades al enfermo y al médico de recurrir en cualquier momento a todas las prestaciones consideradas necesarias o útiles, porque deja a ambos, la mayor libertad de acceso y de utilización de todas las prestaciones médicas.

El problema es el de saber en que forma se utiliza esta libertad. Hay que comprobar en primer lugar, que la nomenclatura — que es la base para establecer los valores de cada prestación — nunca es completa, aunque se haga el esfuerzo de tenerla regularmente al día, debido al hecho de que por ejemplo las definiciones que dá no corresponden necesariamente al acto efectuado por el médico, o que la rápida evolución de las técnicas no permite un ritmo de actualización tal, que figuren allí necesariamente los procedimientos más modernos.

De ello resulta que, a pesar de la libertad terapéutica que garantizan en principio los sistemas de reembolso, siempre hay por la existencia necesaria de una nomenclatura, un pequeño grupo de prestaciones que no están previstas y que por lo tanto no son reembolsadas, lo que puede crear un daño más grande para la medicina,

ya que en este grupo figuran precisamente las adquisiciones más recientes de la medicina moderna.

Este es un primer inconveniente que evidentemente se trata de remediar, principalmente por medio de la asimilación a las prestaciones que figuran en la nomenclatura, pero estas asimilaciones tienen a menudo el efecto inmediato, de subestimar el valor de prestaciones particularmente importantes.

Pero este no es el inconveniente más grave de los sistemas de reembolso basados en la existencia de una nomenclatura de los actos médicos: cuando se elabora esta nomenclatura y cuando se la examina periódicamente, se trata de dar a cada prestación un valor relativo que exprese su importancia en relación con todas las otras: pero todos sabemos lo difícil que es encontrar una unidad de medida del valor del acto médico y sobre todo apreciar el valor intelectual de este acto; también sabemos como el valor de un mismo acto, puede variar en función de los medios utilizados para realizarlo: coloco aquí a los métodos modernos utilizados en materia de biología clínica, que permiten exámenes rápidos y en gran serie con lectura automática de los resultados; sabemos también que este valor económico puede variar en función de la experiencia adquirida y de la multiplicación de los casos como el de ciertas intervenciones quirúrgicas, en las que el valor relacionado con la duración de la intervención se reduce algunas veces notoriamente a medida que se aleja uno del período de aprendizaje y que mejoran tanto la técnica como la coordinación del equipo de operaciones.

Es decir, que a pesar de la preocupación de dar a cada prestación de la nomenclatura su valor real, es imposible llegar a resultados perfectamente equilibrados, debido tanto a la inexistencia de una unidad de medida del trabajo intelectual como a la fluctuación de los valores económicos en función de los diferentes elementos.

Esta falta de equilibrio en los valores, cuya importancia también puede variar en función del equipo y de la experiencia de cada médico, tiene una incidencia práctica directa en la selección de las prestaciones efectuadas. Se observa, en efecto, que es frecuentemente el valor económico de la nomenclatura lo que determina la selección por el médico, de las prestaciones que efectúa o que propone al enfermo, no el valor intrínseco de la prestación o del método de diagnóstico y de tratamiento.

Es decir, la influencia que de hecho, ejerce la nomenclatura misma sobre la calidad de la medicina y la gran responsabilidad de los que la elaboran y tienen al día.

Se ha podido comprobar, por ejemplo, que el número de partos distócicos aumentaba al pagar a una tasa más elevada la utilización de forceps. E inversamente, el número de recursos al forceps disminuyó bruscamente a partir del momento en el que los honorarios por un parto distócico, fueron colocados al mismo nivel que los honorarios para un parto normal.

El número de apendicectomías disminuyó igualmente a partir del día en el que la nomenclatura previó que la apendicectomía practicada al mismo tiempo que una ovariectomía no recibiría honorarios suplementarios.

Es evidente que tales problemas no pueden plantearse en los sistemas en los cuales la seguridad social administra ella misma los establecimientos hospitalarios y nombra en forma tarifada a los médicos que trabajan allí, en vista de que es la actividad global la que constituye su rendimiento y no la naturaleza específica de los actos efectuados.

No es menos evidente que los regímenes de otorgamiento directo de las prestaciones permiten el reclutamiento de mejores médicos gracias a que pueden ofrecerles contratos particulares, que consideran precisamente su valor y su especialización; esta selección se puede referir a la vez a su valor técnico y a su valor moral: que un médico acepte las condiciones de trabajo impuestas por la institución de seguridad social ya expresa generalmente que tiene un concepto relativamente elevado de la ética médica.

Sin embargo, hay que preguntarse si esta selección, favorable a la calidad de la atención médica, solamente es posible y eficiente en la medida en la que el régimen se dirige a una parte de la población, y no implica, por lo tanto, la colaboración de la mayoría o del conjunto del cuerpo médico.

Por ello es indispensable, para preparar la extensión posterior del régimen de atención médica a una parte más grande de la población, que la seguridad social se preocupe por realizar o promover desde ahora las medidas necesarias para el mejoramiento de los estudios y para el perfeccionamiento de los médicos, aun si estos todavía no se interesan todos en el funcionamiento del régimen.

5.—LA PARTICIPACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EN LOS GASTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Algunos regímenes de seguro de enfermedad imponen una participación financiera personal de los enfermos en el costo de la atención médica. Esta intervención generalmente se conoce con el nombre de *ticket moderador*. El principio de esta participación del beneficiario tiene como meta frenar el consumo excesivo, imponiendo al enfermo un esfuerzo personal que le impida recurrir inútilmente a la atención médica: de allí el nombre de *ticket moderador* que debe, teóricamente, moderar el recurso a las prestaciones abusivas.

Sin embargo, en algunos casos la verdadera razón de esta participación es de orden puramente económico y tiende a aumentar los recursos de la seguridad social, sin pretender eliminar necesariamente el consumo excesivo.

Esta participación personal de los beneficiarios puede, según los regímenes, presentar diferentes aspectos: en algunos casos se refiere indistintamente a todas las prestaciones en el sentido de que la seguridad social sólo interviene para cubrir 80% de la carga llevada por el beneficiario.

En otros casos, sólo se preve la intervención personal del beneficiario para un número limitado de prestaciones, por ejemplo, las consultas y las visitas a domicilio de los médicos, los medicamentos y la atención otorgada por enfermeras y dentistas, todas las otras prestaciones son reembolsadas 100%.

Sin embargo, en ambos casos se puede comprobar que el régimen libera de esta participación personal a algunas categorías de beneficiarios, principalmente a los pensionados y a los inválidos.

¿Cuál es efectivamente la eficiencia de este *ticket moderador*?

En primer lugar hay que observar que esta medida, cuando se refiere exclusivamente al beneficiario, sólo puede tener efecto sobre el volumen de las prestaciones, que pueden ser impúnemente multiplicadas y lo cual depende de la iniciativa del enfermo mismo. En efecto, la consulta de un médico, ya sea general o especialista, depende de esta iniciativa, pero éste ya no será el caso cuando se trata de los medicamentos que serán prescritos por el médico, de los exámenes de laboratorio y de las radiografías que serán pedidos o efectuados por el médico para completar su examen. A partir de este momento ya no tiene efecto alguno

el imponer al enfermo una participación personal para reducir la frecuencia de los actos médicos cuya prescripción y ejecución no dependen de su voluntad.

Por otro lado, es perfectamente inútil tomar medidas para limitar el recurso a prestaciones tales como las cirugías mediana y grande, a las cuales evidentemente el beneficiario sólo recurre en casos de absoluta necesidad.

De lo anterior deriva la siguiente conclusión: aunque el *ticket moderador* permite realmente llevar el volumen de las prestaciones a un nivel normal, sin embargo, puede tener efecto sobre las prestaciones que no dependen de la voluntad del beneficiario; y a partir de este momento, nada justifica la regla de la participación personal del enfermo en los gastos de todos los servicios médicos.

¿Se justifica por lo tanto este ticket moderador en los casos en los que el beneficiario decide él mismo recurrir a la atención médica?

Hay que recordar que nos hemos situado en la hipótesis de una posibilidad de disminución del volumen de las prestaciones, suprimiendo el recurso a los actos no indispensables.

Se pueden considerar tres circunstancias: en la primera, el monto de la boleta, ticket moderador, es mínimo en el sentido de que no representa una verdadera carga financiera ni para las personas menos acomodadas, ni con mayor razón, para las más ricas; en este caso, el ticket moderador, nada impedirá y se podría hasta temer que en el plano psicológico no confirma el principio de un derecho que hay que concretizar necesariamente recurriendo, aún inútilmente a la atención médica; en la segunda circunstancia, el ticket moderador es muy elevado y representa, en todos los casos, una carga excesiva no solamente para la parte de la población más pobre, sino también para las más acomodada: en este caso ya no se trata de un ticket moderador sino de un ticket inhibitor, que constituye verdadero obstáculo al acceso a la medicina; en la tercera circunstancia, el monto del ticket moderador es de nivel medio y representa una carga débil fácil de llevar para los más ricos — sobre los cuales por lo tanto no tiene efecto alguno — y difícil o imposible de llevar para los más pobres entre los cuales se sitúan precisamente aquellos que, como consecuencia de una enfermedad, tuvieron que suspender su actividad profesional, lo que hace más apremiante la necesidad de atención médica, una disminución mayor de su nivel material de vida: se crea en este caso, una discriminación tanto más paradójica e injusta cuanto el ticket moderador tiene por

efecto permitir sin limitación, el acceso a la atención para los más ricos y poner en cambio, obstáculos infranqueables a los más pobres a los que tienen precisamente mayor necesidad de la ayuda médica.

Ante estas objeciones, algunos recuerdan que hay caso en los que, la finalidad del principio de la participación del beneficiario en los gastos no es la búsqueda de una disminución del volumen de las prestaciones, sino más bien la búsqueda de un equilibrio financiero a través de una contribución personal complementaria, proporcional a la frecuencia del recurso a la atención médica.

Este método de defensa no parece estar más justificado que el anterior porque conduce a castigar al enfermo, en función misma de sus necesidades de atención médica, lo que parece oponerse al principio de solidaridad que inspiró a la seguridad social.

6.—PRIORIDADES EN LA SELECCIÓN DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS

El título mismo de este capítulo “prioridades en la selección de las prestaciones médicas” implica la posibilidad de una opción en la naturaleza de la atención que puede ser otorgada por los regímenes de seguridad social.

Para que de este título no resulte ni ambigüo, ni opción aparentemente fundamental sobre el principio de la selección de los riesgos, se puede afirmar que un régimen de atención médica sólo es válido en la medida en que permite el acceso a todas las formas de la medicina y de atención a todos aquellos para los cuales esta medicina y esta atención no son únicamente necesarios, sino simplemente útiles.

Pero después de haber expresado lo anterior, debo reconocer que se trata de una definición ideal de la organización de la atención médica, pero este ideal puede, principalmente por razones económicas y demográficas, ser alcanzado por etapas sucesivas y que la realización de estas diferentes etapas plantea el problema de prioridades sucesivas en el marco de una política de salud.

Hay que mencionar en primer lugar, dentro de las preocupaciones de una política de salud la profilaxia de las grandes enfermedades transmisibles: la tuberculosis, la viruela y las otras enfermedades epidémicas, profilaxia que implica vacunas sistemáticas y periódicas de la población o exámenes de despistage, a intervalos regulares, organizados generalmente a partir de colectividades sociales: por pueblos o por barrios en

los grandes conglomerados, en los consultorios de pediatras para los menores de un año, en las escuelas para niños, en las empresas para trabajadores. Para que estas campañas de profilaxia tengan los mayores éxitos se requiere en efecto, que impongan las menores dificultades posibles de desplazamiento a las personas, por lo que, es importante que se efectúen de acuerdo con las condiciones normales de vida. Hay también medidas profilácticas de enfermedades propias de ciertas regiones geográficas, especialmente el paludismo.

Pensamos que la organización de estas medidas y las cargas que implican, por los grandes daños que estas enfermedades pueden causar a la economía nacional, por la posibilidad de su generalización al total de la población y también porque, en lo que se refiere a las enfermedades contagiosas, estas medidas sólo pueden ser plenamente eficaces si alcanzan indistintamente a todas las capas de la población y a todos los miembros de una comunidad, debe incumbir a los poderes públicos, es decir, según el caso, el Estado, a las provincias o a las municipalidades.

La prevención* de las enfermedades llamadas sociales porque sus consecuencias, por su multiplicación, comprometen directamente el potencial económico de toda la sociedad, pierde todo sentido y llega a ser una empresa cuyo costo aumenta con su falta de rentabilidad sino crea la posibilidad y hasta la obligación de que cada ciudadano se beneficie o se someta a ella.

El deber de los poderes públicos en este campo es aún más imperativo cuando el poder adquisitivo de la población es bajo, cuando no hay un régimen de seguridad social o cuando dicho régimen se extiende sólo a parte de la población.

Y la misión que deben asumir los poderes públicos no es incompatible ni con una coordinación de los esfuerzos hechos en el mismo sentido por la iniciativa privada, principalmente por algunas empresas industriales, ni con aquellos realizados por la seguridad social: esta misión es tan esencial a la salud pública y exige un tal esfuerzo financiero, cualquiera que sea la economía del país, que no debe crear nunca en una región, dobles empleo, u organizar una red paralela de instituciones cuya rentabilidad corre el riesgo de disminuir con una multiplicación inútil; esta misión puede ser integrada en la de la seguridad social, sobre todo si esta dispone de sus propios servicios, y los medios del Estado deben concentrarse principalmente en las regiones en donde

la seguridad social no ha podido penetrar, generalmente por ausencia o insuficiencia de medios.

Esta es la opción mínima que debe realizarse en la primera etapa de una política de promoción de la salud y este mínimo debe referirse a toda la población.

Es evidente que más allá de este mínimo, existen todavía opciones esenciales por efectuar. Pero aquí surge generalmente una discusión sobre el interés que tiene, en el orden de prioridades, el reservar un privilegio a la atención curativa por oposición a las prestaciones que dependen de la medicina preventiva.

Y antes de entrar en esta discusión, hay que preguntarse en primer lugar, si es posible hacer en la mayoría de los servicios médicos, una distinción clara entre los que pertenecen a la medicina preventiva y los que dependen de la medicina curativa.

Cuando se trata a un paciente que sufre de tuberculosis pulmonar abierta, que es separado de su casa para ser internado en un sanatorio especializado, evidentemente que se aplica un tratamiento cuando se consideran las medidas que se refieren al enfermo mismo, pero no cabe duda que se toman también medidas preventivas en lo que se refiere a los miembros de la casa de donde se retira el foco de contaminación.

Cuando un niño o un adolescente tiene anginas y éstas se curan, se trata indudablemente de la medicina curativa, pero curándolo se previene quizá un reumatismo articular agudo, en cuyo caso se trata de medidas preventivas, y cuando se tratan las crisis sucesivas de reumatismo articular agudo, se efectúa la prevención de complicaciones cardíacas y de deformaciones articulares ulteriores.

Cuando se administran gamaglobulinas a una mujer embarazada que ha estado en contacto con un foco de rubeola, no se trata la mujer misma, sino que se tratan preventivamente las complicaciones del sistema nervioso central del niño que lleva en ella y cuyo tratamiento tardío sería mucho más caro que las dosis preventivas de medicamentos.

Cuando un enfermo de poliomelitis es tratado en el pulmón artificial, se trata de medicina de urgencia, que sin ser específicamente curativa de la enfermedad, tampoco se puede hablar exclusivamente de la prevención. Cuando, después de la fase aguda de la enfermedad que ha podido superar las deficiencias respiratorias, se aplica un tratamiento fisioterapéutico, este tratamiento por definición está destinado a corregir las secuelas motrices de la enfermedad, pero sobre todo a

combatir las deformaciones progresivas que resultarían inevitablemente de la ausencia de estos medios de rehabilitación y que implicarían una incapacidad definitiva: y en este aspecto el tratamiento fisioterapéutico reúne todas las condiciones de una intervención preventiva.

Y creemos que se ha vuelto ya imposible hacer una demarcación neta entre las dos ramas tradicionales de la medicina: la prevención y el tratamiento, ya que una condiciona frecuentemente a la otra o la complementa. Hay, además, semejanza estrecha entre las prestaciones que pertenecen a la prevención pura y las que permiten hacer un diagnóstico precoz y despistar así, oportunamente una enfermedad la que, si hubiese sido ignorada hubiera presentado manifestaciones clínicas mucho más graves e implicado gastos mucho más importantes, tanto en lo que se refiere a la atención médica como a la incapacidad de trabajo.

Y cuando algunos organismos de seguridad social, o lo que es más frecuente, algunos detractores de la seguridad social, preconizan para equilibrar los presupuestos, la disminución de las cargas que resultan de la organización de atención médica, la supresión de toda intervención de medicina preventiva y especialmente de las prestaciones de rutina que pertenecen a la biología clínica y a la radiología, simple y sencillamente corren el riesgo, con tales proposiciones y consejos irrazonables, de quitar a los regímenes de seguridad social sus medios más seguros para elevar el nivel sanitario sin tener que combatir la enfermedad e invertir a largo plazo el capital más rentable que existe: la salud.

Los regímenes de seguridad social caerían efectivamente en la mediocridad y se condenarían al fracaso si su intervención consistiera en esperar pasivamente a que la enfermedad se instale y desarrolle toda su sintomatología antes de tener la oportunidad de reparar el desgaste físico, orgánico o mental, lo que colocaría a la medicina actual al nivel de la medicina de la edad media, sin disminuir sensiblemente las cargas debidas a la larga duración de los tratamientos que serían necesarios y a la reducción de la mano de obra que de ello resultaría.

El acceso a la atención debe ser posible antes de que el beneficiario enferme, debe ser posible a partir del momento en el que él se sienta inquieto y sienta la necesidad de consultar a un médico para tranquilizarse en relación con un malestar pasajero, un dolor fugaz, o por una angustia emocional que haya sentido. La gran riqueza de la medicina se encuentra actualmente en los medios de diagnóstico: es por este

lado, por el que los regímenes de seguridad social deben esperar reducir progresivamente sus cargas, y es a esta parte de la medicina a la que deben dar especial preferencia.

Pues a partir de estos medios de diagnóstico cada vez más precisos, que será posible descubrir cada vez más oportunamente, las enfermedades, definir las y delimitarlas en una forma cada vez más precisa.

Y por este hecho, las respuestas terapéuticas podrán ser más específicas y utilizadas mejor y durante más tiempo. Las restricciones a las posibilidades de diagnóstico y a la atención precoz, sólo pueden conducir a la aplicación de terapéuticas sucesivas a las que se tiene que recurrir a título de prueba, esperando que sea la evolución misma de la enfermedad la que revele el diagnóstico en un momento en el que se hayan hecho gastos considerables e ineficaces y en el que la medicina verdadera llegue demasiado tarde para ser todavía útil.

Esta tesis que milita en favor de la universalidad de la intervención de la seguridad social en todas las formas de atención médica, puede, sin embargo, encontrar obstáculos de orden económico. Si habría que hacer una opción en razón de estas circunstancias, sería conveniente mantener, en el marco de la atención ambulatoria, el derecho a todas las prestaciones de diagnóstico sin otras restricciones, en cuanto a su frecuencia, que las impuestas al médico por su obligación moral de asegurar la sobrevivencia de la medicina a través de la economía de la seguridad social; el derecho a las prestaciones terapéuticas podría reservarse, en una primera etapa, a los enfermos hospitalizados.

Este sistema estaría incompleto, pero es precisamente el caso en el que nos encontramos y en el que las razones económicas imponen una opción. Esta opción debe ante todo evitar renunciar a las necesidades esenciales y promover lo accesorio.

Y hay que evitar ante todo que la falta de medios financieros no origine obstáculos a la posibilidad de promover la salud, porque la morbilidad que de ello resultaría haría surgir en un futuro más o menos cercano, problemas económicos mucho más importantes que aquellos cuya solución se quiso aplazar provisionalmente.

7.—LAS RESPONSABILIDADES EN EL FINANCIAMIENTO Y COSTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La seguridad social no es un fin en sí mismo, sino un medio para poner la salud a la disposición de la población.

Ante el costo cada vez más elevado de la medicina, la colectividad se ha visto ante la necesidad y el deber de organizar el otorgamiento de la atención médica y la repartición de sus cargas.

El otorgamiento de la atención, es regido por la economía del mercado: el médico se encuentra del lado de la oferta, el enfermo del lado de la demanda; pero lo que caracteriza a este mercado es que no es el que pide, es decir el enfermo, el que precisa esta demanda, sino el que ofrece, es decir el médico, quien decide sobre la naturaleza de la atención, su calidad, las condiciones en las cuales se otorgará en el hospital o en forma ambulatoria.

Se trata por lo tanto, de una profesión cuyo ejercicio no obedece exactamente a las reglas tradicionales de la libre selección de la economía del mercado: esto plantea problemas muy complejos que resultan de las dificultades de controlar el costo de la atención médica y de asegurar su financiamiento. Este aspecto especial de la profesión médica plantea principalmente el problema de las responsabilidades financieras del médico, en lo que se refiere al alcance de las decisiones que toma y que comprometen directamente a los recursos de la seguridad social.

Antes de la seguridad social, el médico mismo conseguía equilibrio económico, al atender gratuitamente a los pobres y compensando esta falta de ganancia, al pedir honorarios más elevados a las personas más acomodadas y ricas. Las responsabilidades financieras del médico estaban directamente ligadas a la naturaleza de las posibilidades financieras del enfermo: la naturaleza y el volumen de la atención otorgada estaban estrictamente limitados a los medios de los cuales disponían el enfermo y el médico para recibirla y darla respectivamente.

Pero este equilibrio se realizaba a través de una desigualdad de situaciones que reservaba la calidad de la atención y la satisfacción completa de las necesidades sólo a los privilegiados por la suerte.

La seguridad social a través de uno de sus medios esenciales, prosiguió esta búsqueda de equilibrio, pero realizando la igualdad de derechos a la salud, exigiendo a cada uno una contribución al esfuerzo colectivo, proporcional a sus posibilidades financieras, ya sea que asegure su financiamiento por cotizaciones proporcionales a los salarios, o que realice o complete sus recursos por la fiscalización en los lugares en los que se aplican contribuciones proporcionales.

Pero habiendo alcanzado el equilibrio al principio, le es difícil realizar este equilibrio al final, en razón de que los médicos que ordenan

los gastos ya no están directamente interesados en las responsabilidades financieras.

Algunos regímenes de otorgamiento directo de la atención médica ofrecen a los médicos una posición en la que no se interesan directamente en los problemas financieros; sin embargo, estos regímenes los integran en la institución misma con la cual acaban por identificarse. Por el otro lado, estos médicos no tienen ningún interés personal en aumentar inútilmente el costo de las prestaciones.

En los sistemas que mantienen a los médicos fuera del marco de la seguridad social y que crean además, por un sistema de pago de honorarios, el interés permanente en aumentar la cantidad de servicios en vez de mejorar su calidad, los gastos aumentan en forma considerable hasta alcanzar los límites de las posibilidades de la economía nacional. Para los países en vías de desarrollo con economía muy limitada, la organización de la atención médica puede ya aparecer como un lujo, en vista de que hay que satisfacer todavía otras necesidades esenciales. Esto sería un lujo necesario y lo sería criminal, si permitiera tales riesgos de inflación.

Aun en los países en los que domina la libre empresa privada, aun en los Estados Unidos, con todas sus riquezas y extravagancias, se ha reconocido la necesidad de una planificación en razón del nivel y del aumento constante del costo de la atención médica.

Las cotizaciones de la seguridad social, aun cuando provienen únicamente de los trabajadores y de los empleadores, representan una deducción a la economía nacional. Y el volumen de esta deducción tiene sus límites. Es decir, que plantea problemas especialmente importantes en los países en vías de desarrollo, con infraestructuras económica y sanitaria muy deficientes.

No entra en el tema de estas conferencias tratar los problemas técnicos del financiamiento de la seguridad social, pero es útil que, aun en las discusiones basadas esencialmente en los problemas de técnica médica y dirigidas principalmente a los médicos, se concentre la atención, aunque sea por un momento, sobre los problemas de financiamiento ligados directamente a los del costo de la atención médica, en vista de que es el futuro de la medicina, la sobrevivencia y la utilidad de los progresos médicos y el futuro de los médicos mismos lo que está directamente en juego.

Una persona ya no puede por él mismo, sostener el costo de la medicina cuyos considerables progresos aumentan simultáneamente

su precio: la colectividad — ya se trate del Estado o de los regímenes de seguridad social — deben substituir al individuo para llevar esta carga o por lo menos para organizar su repartición; pero los medios financieros de los cuales dispone esta colectividad, están a nivel de la economía nacional, y el interés mismo de los médicos y de la medicina, es actuar en tal forma, que se utilicen los medios más insignificantes con el máximo de eficiencia.

Estos medios se obtienen esencialmente por la producción de las empresas industriales, al crear en los trabajadores de estas empresas, una economía monetaria que les permite contribuir al financiamiento de la atención médica: la seguridad social organiza la utilización racional de estos medios de financiamiento y el Estado, que se enriquece con este mismo trabajo, puede eventualmente ayudar a la seguridad social, ya sea aportando medios complementarios de financiamiento, ya sea llevando él mismo algunas cargas, principalmente en el campo de la prevención y de la profilaxia colectiva, ya sea ayudando financieramente a la organización de la infraestructura hospitalaria y asegurando la formación del personal médico y paramédico indispensable.

En algunos países económicamente ricos, se comprueba frecuentemente un fenómeno de acumulación de contribuciones para servicios que, por falta de coordinación, se duplican e implican por ello mismo, una agravación de las cargas financieras: este es evidentemente un obstáculo que deben evitar a todo precio los países en vías de desarrollo, so pena de que se asfixien con demasiada rapidez sus medios ya de por sí reducidos, aún más, porque todavía tienen que resolver el problema de las poblaciones rurales, las que debido a su economía de subsistencia, no disponen de ningún medio para participar en el financiamiento directo de un régimen de seguridad social.

Hay que preguntarse si la separación entre los campos de actividad de la seguridad social y del Estado, en lo que se refiere al financiamiento, no debe hacerse a nivel de estas poblaciones rurales, debido a los grandes problemas que plantean: los medios necesarios para organizar la atención médica en esas regiones deberían deducirse de las finanzas exclusivas del Estado, integradas en parte por los impuestos indirectos.

Sin embargo, en los otros países, que no se enfrentan en la misma medida con el problema de las poblaciones rurales, y en donde la generalización de la atención médica a la gran mayoría de los residentes, ha dificultado el sistema de otorgamiento directo y ha hecho

indispensable la utilización de todos los médicos disponibles, no se ha hecho nada para tratar de interesar al cuerpo médico en las responsabilidades financieras de la seguridad social. En relación con esto, se puede mencionar el caso de Bélgica en donde los médicos, tradicionalmente individualistas, iniciaron en 1964 un movimiento de oposición que llegó hasta la huelga y al éxodo de muchos médicos, porque se oponían a una reforma del régimen destinada a organizar precisamente en forma más racional las relaciones entre la seguridad social y el cuerpo médico.

En julio de 1963, las dos Cámaras del Parlamento belga votaron, con una mayoría de más de las tres cuartas partes de los votos, un proyecto de ley para instituir y organizar un régimen de seguro obligatorio contra la enfermedad y la invalidez; la ley, con fecha del 9 de agosto de 1963, reformaba en realidad un régimen establecido el 1o. de enero de 1945 en favor de los trabajadores asalariados y corregía sus imperfecciones de funcionamiento y sus insuficiencias observadas durante más o menos 20 años.

La imperfección fundamental resultaba de un desequilibrio permanente y constantemente agravado entre los ingresos y los gastos: la obsesión por este déficit, que apareció a partir de 1947, tuvo como primer resultado la creación de un clima psicológico desfavorable a cualquier extensión del régimen a otras capas de la población; y en segundo lugar, volvió estéril — por ser materialmente irrealizable — cualquier iniciativa destinada a aumentar la eficiencia del régimen existente que dejaba a los beneficiarios cargas personales cada vez más importantes para poder cubrir los gastos médicos; estas cargas personales eran especialmente pesadas para poderse soportar en el caso de enfermos o de inválidos incapaces de trabajar, cuyas necesidades de atención habían aumentado debido a su estado y cuya indemnización, por las mismas razones financieras, no había podido adaptarse a la evolución del costo de la vida o de jubilados o de viudas, cuyos ingresos están esencialmente constituídos por pensiones o rentas de un monto habitualmente inferior al salario de un trabajador activo.

La corrección de este desequilibrio financiero, sin haber representado la parte esencial de la reforma introducida por la ley de 9 de agosto de 1963, constituyó sin embargo, uno de sus principales medios.

Hay que establecer previamente que el déficit crónico del seguro de enfermedad e invalidez no fue la consecuencia de su mala gestión o de liberalidades excesivas, sino el resultado aritmético de una insu-

ficiencia absoluta de sus medios financieros ante la evolución de necesidades nuevas creadas por la evolución social, y principalmente, ante la expansión considerable de los medios puestos a disposición del enfermo por la medicina moderna, tanto para precisar el diagnóstico de su enfermedad como para aplicar terapéutica adecuada.

Las necesidades financieras del seguro de enfermedad fueron calculadas en 1944 en función directa del nivel de los gastos de las mutualidades que hasta principios de la segunda guerra mundial y durante varias décadas, habían creado y desarrollado una organización importante del seguro libre, que permitió, en cierta medida retardar el surgimiento del seguro obligatorio y que, al ser creado en 1945, justificó la importante función que fue confiada a las mutualidades, considerando su gran experiencia y la red de servicios médico-sociales que habían extendido en todo el país.

Y si, en condiciones comparables de financiamiento, el seguro obligatorio no pudo alcanzar después de 1944 el equilibrio que el seguro libre había mantenido antes de 1940, no fue la calidad de la gestión a la que había que implicar, pues ésta estaba esencialmente confiada a los mismos organismos y hasta a las mismas personas; tampoco fueron las modificaciones en las tasas de prestaciones reembolsadas, porque éstas se habían adaptado a las tasas practicadas antes de la guerra, así como las tasas de cotizaciones.

Lo que se modificó fundamentalmente fue la naturaleza y el número de prestaciones a las cuales tuvieron recurso los médicos y por lo tanto, el mayor número de reembolsos que los beneficiarios pedían al seguro, y esta evolución no resulta de la transición del seguro libre al seguro obligatorio, sino de la simultánea y considerable evolución de los progresos médicos. Y esto es importante de subrayar, porque la evolución de las técnicas médicas sigue y continúa implicando la necesidad de una adaptación de los medios de financiamiento y de los métodos de cálculo de las necesidades de los regímenes del seguro de enfermedad.

La penicilina al final de la guerra e inmediatamente después la estreptomycinina y otros antibióticos respondiendo cada uno a indicaciones cada vez más precisas, aportaron soluciones a problemas terapéuticos hasta ese momento irresueltos y modificaron completamente el pronóstico de algunas enfermedades hasta ese momento incurables. Hubiera sido inconcebible por parte de los médicos no usar tales medicamentos que se convirtieron para miles de enfermos en la única

condición de sobrevivencia; hubiera sido igualmente inconcebible que los regímenes de seguro de enfermedad, aun en condiciones financieras críticas, no hubieran reembolsado, por lo menos parcialmente, los gastos de tales tratamientos.

En todo caso se trataba de gastos cuya incidencia no pudo ser prevista en las previsiones presupuestarias.

Después otros medicamentos, como la cortisona, propusieron soluciones nuevas a otros grupos de enfermedades: ofreciendo las mismas esperanzas, justificaron una misma utilización e implicaron también las mismas consecuencias.

Paralelamente a estos considerables progresos de la terapéutica médica, los adelantos de las técnicas quirúrgicas, asociados a los progresos de la anestesiología o como resultado de ello, crearon las condiciones necesarias para abordar el tratamiento de enfermedades congénitas o adquiridas que hasta entonces habían implicado la impotencia funcional, la invalidez definitiva o la muerte de niños y adolescentes: en nuestra época la cirugía del corazón y del tórax, los injertos de órganos han abandonado la fase experimental y han sido puestos a disposición del gran público: todas las adquisiciones benéficas que los regímenes del seguro de enfermedad tuvieron que reembolsar para no traicionar su misión, aunque las bases financieras que lo rigen, no hubieran previsto una evolución tan rápida y tan vasta de las conquistas de la medicina.

A este aumento de gastos — que no ha cesado debido, por un lado, a que los biólogos, los farmacólogos y los fisiólogos no han interrumpido sus esfuerzos y, por el otro, a que el mejoramiento de la organización médico-social tiende, por el trabajo permanente de despistage, a descubrir un número cada vez más elevado de enfermos susceptibles de beneficiarse de los nuevos recursos de la terapéutica — hay que añadir un aumento más de gastos en otro campo: el de los exámenes de diagnóstico y, especialmente, de la radiología y de la biología clínica.

Es evidente, en efecto, que mientras la medicina no disponía de ninguna respuesta terapéutica válida a ciertas enfermedades, era poco indispensable y hasta inútil establecer un diagnóstico preciso.

Es igualmente evidente que a partir del momento en el que la medicina aporta soluciones, ya sea permitiendo la curación o dando la esperanza de una consolidación, es importante delimitar lo más preciso posible la localización de las lesiones y definir su aspecto his-

tológico: la elaboración de nuevos métodos de diagnóstico ha respondido a esta necesidad, produciendo, por lo tanto, un aumento de gastos por exámenes radiológicos y de laboratorio.

Otra consecuencia de los progresos de la medicina consistente en los numerosos enfermos que pudieron sobrevivir después de la enfermedad, algunos no están inmediatamente en condiciones de regresar a su trabajo; otros aunque ya curados, siguen siendo inválidos por un período más o menos largo; y a ambos, el seguro de enfermedad invalidez debe conceder indemnizaciones de incapacidad de trabajo y el reembolso de los gastos médicos, que no hubiera podido otorgar en un número tan grande y durante tanto tiempo, si el pronóstico fatal de algunas enfermedades, especialmente graves, no se hubiera modificado completamente.

Esta evolución tan rápida y tan vasta y sus consecuencias modificaron completamente el equilibrio de los presupuestos del seguro de enfermedad, y son directamente responsables de su déficit financiero. Por lo tanto, hay que efectuar una revisión de los sistemas de financiamiento para que no se añada al déficit económico un elemento mucho más grave. El fracaso del régimen mismo.

Los diferentes gobiernos que subieron al poder después de 1947 quisieron reformar el seguro de enfermedad-invalidez; sin embargo, obsesionados por el balance financiero negativo, cometieron el error de no estudiar sus causas y de querer resolver el problema imaginándose diferentes formas de organización del seguro para limitar los gastos en el marco de un presupuesto claramente insuficiente para responder a la evolución de la medicina y de la demografía.

En el marco de este presupuesto no adaptado a las nuevas necesidades y limitado por la insuficiencia de recursos, no fue posible, sin correr el riesgo de agravar aún más un déficit creciente, adaptar una nomenclatura de las prestaciones, desde hace mucho tiempo obsoleta; no fue posible adaptar las tarifas de reembolso, desproporcionadas en numerosos casos en relación a la importancia del acto médico, frecuentemente fue necesario negarse a intervenir en el costo de algunas prestaciones o recurrir a asimilaciones ambiguas que retribuían mal los actos no previstos expresamente en la tarifa. La insuficiencia misma de los reembolsos hizo sufrir a los médicos responsables que continuaban tomándose el tiempo necesario para practicar una buena medicina, la competencia de aquellos que remediaban el inconveniente de las tarifas demasiado bajas practicando una medicina superficial y poco

económica, condicionada más bien por la rentabilidad de una nomenclatura que por la preocupación de un diagnóstico preciso y de una terapéutica adecuada.

El mérito de la ley de 9 de agosto de 1963, reside, en este plano, en el hecho de haber efectuado previamente un inventario de las nuevas necesidades de la medicina y de haber introducido un sistema de financiamiento que ya no condiciona, como en el pasado, los gastos de atención médica a un volumen de recursos preestablecidos arbitraria y empíricamente, sino que, por el contrario, comienza midiendo, para cada ejercicio anual, el nivel de los gastos previsionales y obtiene obligatoriamente desde el principio los ingresos necesarios para cubrirlos. Esta previsión de gastos se hará cada año del período trienal, basándose por un lado, en la nomenclatura modernizada y constantemente actualizada y tarifas de reembolso que resultan de la tasa de honorarios admitidos por convenio y, por el otro, tomando en cuenta el coeficiente de crecimiento de los gastos durante los tres últimos ejercicios conocidos.

Las previsiones de los ingresos deben, en este presupuesto, equilibrar las previsiones de los gastos: los ingresos están constituidos por las cotizaciones acumuladas de los trabajadores y de los empleadores, por una intervención del Estado destinada a reemplazar la cotización de los desempleados y representando, por día de desempleo, una suma equivalente a la cotización media de un trabajador activo; por una intervención del Estado cubriendo 95% de los gastos para el tratamiento específico del cáncer, de la tuberculosis, de las enfermedades mentales, de la poliomielitis y de las enfermedades congénitas; por una intervención del Estado representando 27% de las previsiones de los gastos para todos los otros servicios médicos y farmacéuticos.

La insuficiencia eventual de estas previsiones de ingresos en relación con la previsiones de gastos se cubre, al principio, por un aumento correspondiente de las cotizaciones de trabajadores y empleadores.

Estas declaraciones sobre las necesidades del seguro de enfermedad y sobre su financiamiento podrían parecer fuera de lugar en una conferencia que debe tratar esencialmente de las relaciones entre el seguro y el cuerpo médico.

Pero son indispensables, por un lado, porque la falta de interés de los médicos en el seguro de enfermedad e invalidez o sus críticas de dicho seguro, había encontrado en el pasado su justificación en una evidente imposibilidad de adaptar su intervención a la evolución del

progreso de la medicina y de su costo, y en su desinterés por asociar el cuerpo médico a la elaboración de disposiciones reglamentarias que se refieren directa o indirectamente a la medicina y, por otro lado, porque el seguro de enfermedad no podía tener la ambición de negociar con el cuerpo médico un reglamento de sus deberes recíprocos, mientras que la insuficiencia de sus medios financieros no le permitía garantizar a la vez los derechos de los médicos y afirmar su propio derecho de subrogación a los intereses materiales de los enfermos.

Evidentemente, que para abrir este diálogo con el cuerpo médico, para suscitar su interés y para responder a sus críticas, la reforma tuvo que aportar los medios esenciales: un nuevo concepto de financiamiento adaptado a las necesidades y a las correspondientes medidas de organización. Pero, paradójicamente, provocaron la primera y una de las manifestaciones más importantes de la hostilidad de los médicos.

Para dar las garantías necesarias en cuanto a la consideración de todos los elementos susceptibles de modificar el costo de la medicina y para evitar principalmente que el comité de gestión del seguro de enfermedad subestimara la evolución normal de los gastos de atención médica con la preocupación de no imponer un aumento de las cotizaciones, la ley había previsto que en el comité de gestión, al lado de los representantes de las mutualidades, de los empleadores y de los trabajadores, estuvieran con pleno derecho los representantes del cuerpo médico, tienen el derecho de suspender la aplicación de una decisión del comité si el voto fue adquirido en contra de su opinión. Este derecho, llamado de "mayoría calificada" podía ejercerse sobre todas las decisiones del comité de gestión y principalmente las que se refieren a la aprobación de las previsiones presupuestarias; debía implicar a una revisión de la decisión por el comité mismo o, en caso de persistir el desacuerdo, una decisión arbitral del gobierno.

Los médicos, en su movimiento de oposición a la ley, sólo retuvieron de esta evidente promoción del cuerpo médico a nivel de las instituciones y de las responsabilidades en materia de financiamiento del costo de la salud, la obligación que les fijaba la ley de comprometer lo que llamaban su "asociación al ejecutivo" y el peligro de verse imputar la responsabilidad de un déficit y de soportar ellos mismos sus consecuencias materiales.

Sin embargo, hay que precisar que la ley que impone la necesidad de un equilibrio de los ingresos y de los gastos en la previsión presupuestaria, excluyendo así, la eventualidad de un déficit previsional, im-

pone igualmente las modalidades de cobertura de un déficit de gestión que puede presentarse cualquiera que haya sido el cuidado al establecer las previsiones presupuestarias: los organismos que acusan un déficit en su balance de fin de ejercicio, deben cubrir este déficit ya sea movilizando sus reservas o en ausencia de tales disponibilidades, pidiendo directamente a sus afiliados una cotización complementaria.

Hay que observar que este aumento imprevisto de los gastos será tomado en consideración para establecer las previsiones presupuestarias ulteriores. Y por lo tanto, los médicos nunca tendrán que cubrir, ya sea parcial o indirectamente, este déficit eventual.

Por lo tanto, los médicos que durante años habían exigido primero su presencia en el comité de gestión, después de su asociación a la gestión, hicieron conocer desde la publicación de la ley su negación formal a participar en las instituciones responsables del seguro de atención médica.

Como consecuencia de las negociaciones con los representantes del consejo de la orden de los médicos y de la Academia de Medicina, el Gobierno obtuvo el acuerdo de estos últimos, para enviar observadores al comité de gestión, en ausencia de representantes de los sindicatos médicos, y presentó un proyecto de ley complementaria modificando en este sentido la ley fundamental del 9 de agosto de 1963; este proyecto fue votado, pero entre tanto, los sindicatos médicos habían logrado convencer a los miembros del Consejo y de la Orden y de la Academia de no designar observadores al Comité de gestión. Y la nueva disposición de la ley complementaria del 24 de diciembre de 1963 no pudo ser aplicada.

Por lo tanto, hubo que comenzar de nuevo. Las cámaras sindicales de los médicos que habían reunido a la mayoría del cuerpo médico del país, desarrollaron su movimiento de oposición. Después de una primera amenaza de huelga, después nuevas negociaciones que fracasaron, el cuerpo médico inició en marzo-abril de 1964 una huelga que terminó con la promesa de reiniciar las negociaciones, obtenida gracias a la intervención de los rectores de las universidades belgas.

Estas nuevas negociaciones condujeron al acuerdo de 25 de junio de 1964 en el cual el cuerpo médico no sólo aceptó designar representantes al comité de gestión, para participar con voz consultiva, sino también participar en los consejos técnicos competentes para establecer una nueva nomenclatura de las prestaciones y mantenerla constantemente actualizada.

La negociación condujo evidentemente, al cuerpo médico a adoptar una posición mucho más realista.

Sin embargo, es paradójico comprobar que los médicos renunciaron espontáneamente a su derecho de voto así como, a su derecho de suspender las decisiones del comité de gestión.

Sin embargo, parece que la aceptación del cuerpo médico de colaborar con la institución responsable del seguro de enfermedad expresa franca evolución hacia la colaboración con el nuevo régimen, y que la experiencia que se adquirirá por su presencia en las discusiones y su confrontación con las realidades de la gestión del seguro ayudará a acercar aún más las respectivas posiciones.

La explicación de este cambio en la actitud del cuerpo médico parece recidir en las declaraciones que hizo durante las discusiones con los representantes del gobierno, que su presencia en el seno de los órganos de gestión del seguro de enfermedad, constituía precisamente el medio que le ofrecía a la ley para obtener el respeto de los valores que tradicionalmente son importantes para el médico: el secreto médico, libertad terapéutica, libertad de selección del médico por parte del enfermo.

Es evidente, en efecto, que la presencia de los médicos en las discusiones en las que se elaboran los textos reglamentarios para organizar la atención médica, constituye la mejor garantía contra cualquier exceso en este campo.

Las cámaras sindicales de los médicos presentan su entrada al comité de gestión como una victoria, debida a la perseverancia de su acción y para demostrarlo, subrayan el hecho de que la ley ya no los obliga a tener voz deliberativa y estar asociados a la responsabilidad de un déficit eventual. Lograron que se modificara la ley en ese sentido, y es allí donde reside su victoria. En el plano psicológico es importante, pues les da la sensación de colaborar en una obra que, sin ser perfecta, sin embargo, benefician las mejoras propuestas por ellas.

Pero más allá de esta victoria psicológica, hay que situar la presencia concreta de los médicos en el seno de una institución encargada de ejecutar una ley cuya eliminación total había sido exigida anteriormente por el cuerpo médico.

Si es verdad que el futuro de los médicos y de la medicina dependen en gran medida de la importancia que adquieran los regímenes de seguro de enfermedad en el marco de una política de salud, también se puede

afirmar que la eficiencia de estos regímenes y de esta política, postula la colaboración efectiva de todos los médicos y la posibilidad, para los que tienen necesidad de ello, de disponer de todos los recursos de la medicina moderna: la realización de este doble postulado requiere un esfuerzo constante de adaptación del seguro de enfermedad.

La gran contribución que representó para cada parte el solo hecho de la negociación y la organización de un diálogo permanente, es suficiente para establecer el valor de la discusión libre y directa en la que se trata en primer lugar de informarse, de educarse en el sentido de respetar al contrario y sus opiniones, de convencerse de que el interés final es el enfermo, pero sin disimular por ello que pueden oponerse los intereses inmediatos de los negociadores.

Y al final de este esfuerzo de comprensión, ya sólo es aparentemente paradójico comprobar que aunque haya modificado poco su posición inicial, cada uno considera que ha obtenido una victoria: pero no se trata de una victoria sobre un adversario sino una victoria sobre sí mismo, la que más ennoblece al que sabe ser un contrincante de este tipo.