

II SEGURIDAD SOCIAL

II
Revista
de la

Asociación
Internacional
de la
Seguridad
Social



Conferencia
Interamericana
de
Seguridad
Social



Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO II

NOVIEMBRE DE 1953

NÚM. 7 - 8

INDICE

| | PÁGS. |
|---|------------|
| RELACIONES ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y EL CUERPO MEDICO | 5 |
| CONSIDERACION DEL ELEMENTO FAMILIAR CUANDO SE TRATE DE DETERMINAR LAS PRESTACIONES DEL SEGURO SOCIAL | 27 |
| PROYECTOS DE ACUERDOS INTERINOS EUROPEOS REFERENTES A LA SEGURIDAD SOCIAL | 46 |
| REUNION DE LA COMISION EJECUTIVA DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL | 61 |
| Proyecto de Reforma de los Estatutos de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social | 63 |
| Proyecto de Reforma del Reglamento de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social | 68 |
| Proyecto de Reforma del Reglamento del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social | 74 |
| RESOLUCIONES, RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES ADOPTADAS POR LA XIª ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL | 80 |
| LA SEGURIDAD SOCIAL EN ACCION | |
| BRASIL. — Líneas Generales de la Ley Orgánica de Previsión Social Brasileña | 89 |
| Unificación de las Instituciones de Previsión Social en Brasil. | 118 |
| Reducción del plazo de espera para la concesión del auxilio pecuniario del Seguro-Enfermedad | 127 |
| PARAGUAY.—Seguro Social de Paraguay | 128 |
| CANADA. — Modificación de la Ley sobre la Compensación por Accidentes del Trabajo para la gente de mar | 149 |

RELACIONES ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y EL CUERPO MEDICO

por

LAURA BODMER,

División de Seguridad Social de la O. I. T.

Conferencia Internacional del Trabajo.

En la recomendación N^o 69 adoptada en su 26^a sesión en 1944, y que trata de la asistencia médica, la Conferencia Internacional del Trabajo hace declaraciones detalladas sobre las relaciones entre las instituciones de seguridad social y el cuerpo médico. Esta recomendación prevé normas superiores para la organización de la asistencia médica.

El convenio N^o 102 concerniente a la norma mínima de la seguridad social no se refiere expresamente a las relaciones entre los médicos y las instituciones de seguridad social, pero la Parte II, que trata de la asistencia médica, establece las condiciones mínimas relativas a las personas protegidas, a los riesgos cubiertos, a la extensión y duración de las prestaciones médicas y a la participación en los gastos de asistencia médica que un Miembro de la Organización debe satisfacer si desea ratificar el convenio en lo que se refiere a la Parte II. Es oportuno recordar que el convenio puede, a elección del Miembro, ser ratificado solamente en tres de sus nueve Partes, de las cuales cada una se refiere a un riesgo distinto o a varios riesgos a la vez. Aunque el convenio no se ocupa de las condiciones de servicio de los médicos, es interesante, sin embargo, tanto para la Asociación Internacional de la Seguridad Social como para la Asociación Médica Mundial por el hecho de que las dos series de principios de seguridad social en materia de servicios de asistencia médica, adoptados por estas dos asociaciones, se refieren igualmente al campo de la protección, a la clase de servicios y a la participación directa de las personas protegidas en los gastos de los cuidados proporcionados. Además, el artículo 1^o del convenio admite el sistema de reembolso de los gastos efectuados por el interesado, lo que no es el caso, como se verá más adelante, en la recomendación de 1944 sobre la asistencia médica, que enuncia normas superiores.

Asociación Internacional de Seguridad Social.

En su VIII Asamblea general celebrada en Ginebra en 1947, la Asociación Internacional de la Seguridad Social adoptó una resolución referente al servicio de asistencia médica, la que sin tratar, propiamente dicho, sobre las condiciones de los médicos, se refiere al campo de aplicación de los servicios, a la extensión y a la duración de las prestaciones, a la práctica en común y al principio del médico de familia.¹

Asociación Médica Mundial.

Durante la Asamblea general que se reunió en Ginebra en 1948, la Asociación Médica Mundial adoptó doce principios de seguridad social que expresan su punto de vista sobre las relaciones entre el cuerpo médico y las instituciones de seguridad social. Estos principios se enunciaron de nuevo y se comentaron en un informe sobre la seguridad social considerada desde el punto de vista médico; a este informe, que fué adoptado en octubre de 1952 por la VI Asamblea general de esta asociación, se agregaron varias recomendaciones.²

Vamos a resumir en las páginas siguientes los principios adoptados por las tres organizaciones en lo que concierne a los principales aspectos del problema.

PERSONAS PROTEGIDAS POR UN SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA

Conferencia Internacional del Trabajo.

Normas superiores: La recomendación de 1944 sobre la asistencia médica tiene como finalidad sugerir a los Miembros de la Organización que extiendan sus servicios de asistencia médica a la totalidad de la población. La recomendación no prevé, por lo tanto, un límite de ingresos. La asistencia social, que establece que las prestaciones sean concedidas a reserva de efectuar un examen de los medios económicos de quienes la reciben, no se recomienda sino como medida transitoria en favor de las personas necesitadas que aún no estén cubiertas por la seguridad social (párrafos 5-10). Sin embargo, la Conferencia declara expresamente en el preámbulo de la recomendación, que la extensión del servicio de asistencia médica a todos los trabajadores y a sus familias no debe perjudicar al derecho de cualquier beneficiario del servicio de asistencia médica a procurarse privadamente asistencia médica sufragando él mismo los gastos que ello entrañare.

¹ VIII Asamblea General de la A.I.S.S. Ginebra, 4-9 octubre 1947; Relación, informes y resoluciones, estatutos y reglamentos, Montreal, 1948.

² Ver Boletín de la Asociación Médica Mundial, Volumen 4, octubre de 1952, N° 4.

Normas mínimas: Por su parte, el convenio de 1952, relativo a la norma mínima de seguridad social, no exige más que el 50% por lo menos del total de todos los asalariados o más del 20% por lo menos, del total de los residentes que estén asegurados para servicios médicos en virtud de la Parte II del Convenio, a condición de que sus esposas e hijos tengan también derecho a los servicios médicos. Como alternativa prevé que un miembro que desee ratificar el convenio en lo que se refiere a la Parte II, puede hacerlo si prueba que las personas protegidas por él comprenden la mitad de la población total, incluyendo a las esposas e hijos del sostén de familia protegido; esta alternativa se aplica principalmente ya sea a los regímenes que aseguran individualmente a los miembros de la familia, o a los servicios públicos. De esta manera el Miembro que la ratifica queda en libertad de determinar las categorías de personas que deben asegurarse; no se excluye un límite de ingresos a condición, siempre, de que al menos 50% de los asalariados, o el 20% de la población estén asegurados y que las esposas e hijos de esta parte de los asalariados o de la población, estén protegidos en caso de enfermedad, o que el 50% de la población esté asegurada, comprendiendo a las esposas e hijos del sostén de familia. La asistencia social que concede las prestaciones a reserva de un examen de los recursos, no se admite en vista de la ratificación del convenio respecto a los cuidados médicos, pero sí se admite el seguro obligatorio o facultativo o los servicios públicos, siempre que llenen las condiciones previstas por el convenio. En lo que concierne al seguro facultativo, el convenio prescribe que se incluya en la protección a una parte apreciable de las personas pertenecientes a las categorías que tienen un ingreso modesto.

Asociación Internacional de la Seguridad Social.

La resolución adoptada en 1947 recomienda el aumento y la generalización progresiva de los servicios de asistencia médica para cubrir en definitiva a la totalidad de la población. Mientras tanto, en espera que estos servicios sean aplicados a toda la población, deberán tomarse medidas, tan pronto como sea posible, tendientes a incluir en el campo de aplicación al menos todos los trabajadores dependientes comprendiendo a los trabajadores agrícolas, sin distinción del monto de su salario, así como a las personas independientes de recursos modestos, los beneficiarios de pensiones y sus familias, los desempleados y su familia, las viudas y huérfanos y las mujeres y niños abandonados por el sostén de la familia.

En consecuencia no se ha previsto ningún límite en los ingresos, para el seguro de asistencia médica a los asalariados, pero sí un límite de ganancia, que es admitido como temporal, para los trabajadores independientes, aún cuando se recomienda elevar dichos límites donde ya estén establecidos.

Asociación Médica Mundial.

Esta organización internacional de médicos pide que los sistemas de seguro obligatorio no cubran más que a las personas incapaces de hacer frente por ellas mismas a los gastos de asistencia médica. Reconoce que el costo elevado de las prestaciones médicas, en una época en que la ciencia médica evoluciona con tanta rapidez, limita con frecuencia, en gran parte, la capacidad del individuo para hacer frente a la totalidad de los gastos relacionados con los tratamientos terapéuticos y para el restablecimiento de la salud en un gran número de desórdenes físicos y mentales. Pero mientras más se aumente el grado y el alcance de la obligación, más se atenuará el sentimiento de la responsabilidad personal del individuo. Imponer el seguro a aquellos que poseen los medios de atender a sus necesidades es lesionar los derechos e ideales de la minoría. El socorro del seguro para asistencia médica no debe darse sino a aquellos que tienen necesidad de él, mientras que los otros deberán buscar la seguridad en una economía o en un seguro facultativo.

La Asociación Médica Mundial por lo tanto, admite únicamente el seguro obligatorio para las clases de ingresos modestos, pero reconoce que el seguro facultativo es un medio adecuado para que las otras categorías de la población estén cubiertas en lo que concierne a la asistencia médica.

Resumen.

En convenio de 1952 relativo a la norma mínima de la seguridad social admite el seguro facultativo para la asistencia médica si las personas económicamente débiles son protegidas por ella y no excluye el límite de ganancias en cuanto al seguro obligatorio para la asistencia médica. La A.I.S.S. admite un límite de ganancia para los trabajadores independientes, pero no para los asalariados, mientras que la Asociación Médica Mundial rechaza el seguro obligatorio para las clases acomodadas, pero admite para ellas un seguro facultativo.

Sin embargo, las normas superiores formuladas en la Recomendación número 69 de la Conferencia Internacional del Trabajo y aquellas de la A.I.S.S. recomiendan en previsión de que se incluya eventualmente a toda la población en el campo de aplicación de un seguro social obligatorio o de un servicio público de asistencia médica.

PARTICIPACIÓN DE LOS MÉDICOS GENERALES EN LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Internacional del Trabajo.

La recomendación de 1944 sobre la asistencia médica hace constar en su párrafo 28 que la participación sin reserva del mayor número posible de miembros de la profesión médica y de profesiones afines es

indispensable para el éxito de un servicio nacional de asistencia médica. El número de médicos generales, especialistas, dentistas, enfermeras y miembros de otras profesiones que colaboren en el servicio, debería adaptarse a la distribución y a las necesidades de los beneficiarios.

Subraya las ventajas de una colaboración médica en los centros médicos o sanitarios en relación efectiva con los hospitales y recomienda la creación de diversas clases de centros sanitarios conforme a las condiciones particulares existentes en los países en cuestión.

Los párrafos 66 a 74 de la recomendación tratan del nivel de pericia y de conocimientos profesionales que la Conferencia estima deseable para un servicio de asistencia médica. Recomienda, entre otras cosas, que los médicos que participen en los servicios deben tener una formación adecuada en materia de medicina social, que se les exija un período mínimo de internado en un hospital y además experiencia adquirida como ayudantes en los centros sanitarios o en los consultorios, sobre todo en regiones rurales.

Asociación Internacional de la Seguridad Social.

En su resolución de 1947 relativa a los servicios de asistencia médica, la Asociación recomienda que los servicios de asistencia médica se organicen de manera que se obtenga el mayor rendimiento social de los recursos médicos disponibles y que se considere la organización de la colaboración médica en los centros de salud donde los médicos aportarían en común sus conocimientos, así como el personal y el equipo de esos centros.

El Comité de expertos de la A.I.S.S. sobre las relaciones entre los médicos y las instituciones de seguridad social reconoció, en su reunión del mes de mayo de 1953, que la colaboración de los médicos y de los organismos de seguridad social es necesaria al progreso social y médico, e indicó que existen principios sociales y éticos sobre los cuales deben reposar las relaciones entre los médicos y la seguridad social. Subrayó la necesidad de una distribución geográfica racional de los médicos dentro del territorio al cual se aplica la asistencia médica. Sus conclusiones fueron sometidas a la consideración de la Asamblea general en septiembre de 1953.

Asociación Médica Mundial.

Los principios V y X adoptados por esta asociación insisten sobre la necesidad de que el médico escoja el lugar y el género de práctica que más le plazcan. Todo médico diplomado debe tener el derecho de participar en cualquier plan de seguridad social, sea el que fuere, y ningún médico puede ser obligado a ello si no desea hacerlo.

Al comentar estos principios la Asociación expresa su oposición a que se obligue a los médicos a ejercer en una localidad especial o a

hacer un trabajo determinado. Esta política significaría un atentado a su libertad donde, el principio de libertad de elección, esté en vigor una disposición negativa. Podría redundar en perjuicio de los verdaderos intereses de la comunidad.

Resumen.

Mientras que la Asociación Médica Mundial se opone a cualquier restricción para la admisión de los médicos calificados en la participación de los servicios de asistencia médica de seguridad social, la Conferencia Internacional del Trabajo y la Asociación Internacional de Seguridad Social hacen hincapié en que es necesario adaptar el número y la distribución de los médicos a las necesidades y a la distribución de las personas protegidas por tal servicio, el cual tiene por finalidad poner la asistencia médica a la disposición de todos sus miembros.

DERECHO DE LA PERSONA PROTEGIDA DE ESCOGER SUS MÉDICOS Y DERECHO DEL MÉDICO DE ESCOGER SUS PACIENTES

Conferencia Internacional del Trabajo.

Elección del Médico. La recomendación concerniente a la asistencia médica propone en sus párrafos 47, 21, 54, que el beneficiario del servicio de asistencia médica debería tener el derecho a escoger entre los médicos generales que están a la disposición del servicio y a una distancia razonable de su domicilio, el médico por el que desee ser asistido de una manera permanente (médico de cabecera). También debería tener el mismo derecho de elección para escoger el médico para sus hijos y un dentista para la familia. Cuando los centros sanitarios presten la asistencia, el beneficiario debería tener derecho a escoger su centro a una distancia razonable de su domicilio y a escoger para él y para sus hijos, un médico y un dentista entre los médicos generales y los dentistas que trabajen en ese centro.

El beneficiario debería tener el derecho de cambiar de médico o de dentista de familia por razones justificadas, tales como falta de contacto personal de confianza entre él y el médico.

En lo que respecta a la asistencia prestada por especialistas, la Conferencia recomienda que dicha asistencia, así como la de las enfermeras y miembros de otras profesiones médicas, deberían proporcionarse a instancias y por intermedio del médico de cabecera. Sin embargo, dicho médico debería tener en cuenta, siempre que ello fuere posible, las preferencias del enfermo, si hay varios miembros de la especialidad o de la profesión que trabajen en el centro sanitario o a una distancia razonable del domicilio del enfermo. Deberían tomarse disposiciones especiales a fin de prestar la asistencia de especialistas solicitados por

el enfermo, aunque ello no haya sido aconsejado por el médico de cabecera.

Debería prestarse asistencia en el hospital incluyendo los tratamientos cuando lo aconseje el médico de cabecera del beneficiario y el especialista que haya sido consultado. Si dicha asistencia se presta en el hospital donde trabaja el médico de cabecera o el especialista, el enfermo debería ser preferentemente asistido por su propio médico de cabecera o por dicho especialista.

Elección del paciente: La recomendación sobre la asistencia médica estima igualmente que el médico general o el dentista que colabora en este servicio debería tener el derecho de aceptar o de rehusar un cliente, a condición de que el número de personas inscritas en su lista no exceda del máximo prescrito. Pero no debería poder rehusar clientes que no le hayan elegido sino que le hayan sido asignados por el servicio, de acuerdo con métodos imparciales.

Asociación Internacional de la Seguridad Social.

La resolución adoptada por la Asociación durante su VIII Asamblea general no trata de la cuestión de la libre elección del médico. Hace constar únicamente que el beneficiario debería tener derecho a cuidados médicos permanentes dados por un médico de cabecera.

El Comité especial sobre relaciones entre los médicos y las instituciones de seguridad social reconoció, durante su reunión de mayo de 1953, que el grado de libertad del interesado para escoger su médico depende del sistema según el cual se otorgue la asistencia médica.

Asociación Médica Mundial.

En sus principios I y IV la Asociación de médicos reclama la libertad del paciente para escoger su médico y el derecho del médico para escoger su paciente, excepto en los casos de urgencia o por consideraciones humanitarias.

Ninguna consideración de carácter financiero o administrativo deberían intervenir en la libertad del paciente para escoger a su médico y viceversa. Todo sistema obligatorio perjudica las relaciones de confianza entre el médico y su paciente porque la obligación impuesta engendra la disminución de la confianza en detrimento de la salud del paciente.

La Asociación declara que el paciente debería igualmente tener el derecho a escoger su establecimiento sanitario, pero admite que factores de orden topográfico o médico pueden limitar esta libertad. Pero no debe existir la obligación de utilizar un hospital solamente por razones de proximidad.

Resumen.

La Conferencia Internacional del Trabajo recomienda que la persona protegida por un servicio de asistencia médica de seguridad social debe tener el derecho de escoger al médico general o al dentista que deban atenderlo de una manera permanente y que el médico y el dentista deben tener el derecho de elegir sus pacientes hasta alcanzar un número máximo. La Conferencia está en favor del principio del médico de cabecera a fin de asegurar la continuidad de los cuidados, pero estima que los cuidados de un especialista y la hospitalización de un paciente deberían obtenerse apoyados en el consejo del médico de cabecera, a reserva de un derecho limitado de elección del especialista por el paciente.

La Asociación Internacional de Seguridad Social está igualmente en favor del principio del médico de cabecera.

La Asociación Médica Mundial reivindica la libertad completa de elección del médico y del paciente y la libertad de elección del hospital, a reserva de ciertas limitaciones razonables.

RELACIONES ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE

Conferencia Internacional del Trabajo.

En su recomendación de 1944 sobre la asistencia médica, la Conferencia indica que el servicio de asistencia médica debe tender a proporcionar cuidados de la más alta calidad posible, tomando en consideración la importancia de las relaciones entre médico y paciente y la responsabilidad profesional y personal del médico protegiendo al mismo tiempo los intereses, tanto del beneficiario, como de las profesiones que colaboran en la prestación de este servicio.

Asociación Internacional de Seguridad Social.

La resolución de 1947 no trata de las relaciones entre el médico y el paciente, pero la próxima Asamblea general deseará, sin duda alguna, discutir la cuestión.

Asociación Médica Mundial.

La Asociación de médicos solicita que no haya interposición de un tercero entre el paciente y su médico. Cuando el servicio médico tenga que someterse a un control, éste deberá ser ejercido por médicos; si el Estado, la autoridad local o una institución de seguridad son llamados a entrar en relaciones con el médico y el paciente, en el cuadro de un régimen de seguridad social, esto no debe implicar ninguna intromisión en el dominio de la libertad esencial de las dos partes afectadas.

No debería haber ninguna restricción en materia de prescripciones o métodos de tratamiento por el médico, salvo en caso de abuso. La Asociación estima que esta libertad es un principio fundamental del arte y de la ciencia de la medicina y que cualquier obligación impuesta al médico para prescribir formas determinadas de tratamiento, le impondría una ortodoxia en terapéutica que retardaría el progreso de la medicina.

La Asociación reconoce que todos los regímenes de seguridad social restringen más o menos la libertad del individuo y que estas restricciones son y deben ser aceptadas por los miembros de una colectividad como parte integrante de su manera de vivir. Los médicos manifiestan un positivo interés por los planes de asistencia médica. Los acogen favorablemente, puesto que facilitan la administración eficaz de sus cuidados. Se inquietan sin embargo por las repercusiones desfavorables que pueden tener tales regímenes sobre el individuo, principalmente debilitando el sentido de responsabilidad personal del paciente respecto a lo que puede sucederle. Este sentido de responsabilidad es un factor poderoso para la curación y la salud y es indispensable en las relaciones entre el médico y el paciente. En consecuencia, ya que los regímenes de seguridad social son necesarios, deberían ser desarrollados en colaboración estrecha con la profesión médica.

Resumen.

La Conferencia Internacional del Trabajo hace hincapié en la importancia de salvaguardar la discreción profesional del médico general, debiendo ser observada esta discreción en interés de la salud del paciente.

La Asociación Internacional de la Seguridad Social piensa que la participación de la profesión médica es necesaria con objeto de buscar la mejor solución a estos problemas.

La Asociación Médica Mundial, al mismo tiempo que acoge favorablemente los planes de asistencia médica que permiten a los médicos atender a sus pacientes de manera más eficaz, se preocupa por que se mantengan las relaciones personales entre el médico y el paciente, reduciendo a un mínimo estricto la intervención de terceras personas y de que se deje a discreción del médico la elección del tratamiento.

PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL BENEFICIARIO EN LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA

Conferencia Internacional del Trabajo.

Normas mínimas: El convenio N^o 102, relativo a la norma mínima de la seguridad social admite la participación directa del beneficiario en los gastos de asistencia médica recibida en caso de estado delicado,

a condición de que esta participación no entrañe un gravamen excesivo. En caso de maternidad o de accidentes de trabajo, el paciente no debe participar en los gastos de asistencia médica.

Normas superiores: La recomendación de 1944 sobre la asistencia médica no contiene ninguna disposición expresa relativa a la participación en los gastos, pero el párrafo 20 recomienda que todos los miembros de la comunidad cubiertos por el servicio deberían poder recurrir, en cualquier momento y lugar, a una asistencia completa, preventiva y curativa, en las mismas condiciones y sin obstáculos ni trabas de naturaleza administrativa, financiera, política o de otra índole que no esté relacionada con el estado de salud.

Asociación Internacional de la Seguridad Social.

En su resolución de 1947 concerniente a los servicios de asistencia médica, la Asamblea general estima que los servicios de seguridad social deben proporcionar atención médica completa. No obstante, si los gastos inherentes a la asistencia médica son reembolsados por las cajas a los asegurados, se tomarán las disposiciones necesarias para dejar a cargo del asegurado sólo una parte mínima de los gastos incurridos.

Asociación Médica Mundial.

La Asociación internacional de los médicos se declara en favor de una participación directa del beneficiario en los gastos de la asistencia médica recibida por él. Todo plan de seguridad social debe tomar en cuenta el efecto psicológico que producirá sobre los asegurados el aumento de su dependencia y la disminución de su responsabilidad personal. Todo plan de seguridad social debe antes que todo, tender a mejorar la condición del individuo, a fin de permitirle que se baste a sí mismo. En consecuencia, todo plan de seguridad social debe contener ciertos factores que estimulen en el individuo la confianza en sí mismo y la responsabilidad personal y debe insistir sobre la obligación que tiene el individuo de contribuir al menos con una parte de su cotización en favor del funcionamiento del plan y de los gastos que entrañe.

Resumen.

Mientras que las normas mínimas adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo admiten una participación razonable del paciente en los gastos de asistencia médica, las normas superiores recomendadas en 1944 no parecen hacerlo así. La Asociación Internacional de Seguridad Social quisiera limitar la participación en los sistemas de reembolso a un mínimo, mientras que la Asociación Médica Mundial cree que cierta participación directa del beneficiario en los gastos de asistencia médica es esencial para estimular en el individuo la confianza en sí

mismo y la responsabilidad personal y contrarrestar así los efectos desmoralizadores de la paternidad del Estado.

REMUNERACIÓN DE LOS MÉDICOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Internacional del Trabajo.

Normas mínimas: El convenio de 1952 concerniente a la norma mínima de seguridad social no trata la cuestión de honorarios de los médicos en el cuadro de los regímenes de seguridad social. Sin embargo, el artículo 1 que contiene las definiciones, especifica que el término "prestación" significa, para los fines del convenio, ya sean cuidados proporcionados directamente en forma de asistencia o prestaciones indirectas consistentes en un reembolso de los gastos hechos por el interesado.

Normas superiores: En el párrafo 56 de la recomendación N^o 69, la Conferencia declara que las condiciones de trabajo de los médicos que colaboren con el servicio deberían tender a alejar del médico cualquier preocupación de orden económico, garantizándole ingresos suficientes durante los períodos de trabajo, vacaciones, enfermedad y retiro y garantizando pensiones a los sobrevivientes, sin limitar su discreción profesional, a no ser mediante la vigilancia profesional y no deberían desviar la atención del médico del mantenimiento y mejoría de la salud de los beneficiarios.

Estas condiciones de trabajo deberán ser uniformes para todos los países o para todas las categorías de la población incluidas en el servicio y deberán fijarse de acuerdo con los órganos representativos de la profesión médica, no pudiendo admitirse variaciones sino cuando la diversidad de las exigencias del servicio lo requiera.

La recomendación considera los diferentes métodos de remuneración según el campo de aplicación del servicio de asistencia médica. Para un servicio de asistencia médica que ampare a toda o una gran mayoría de la población, el empleo por tiempo completo mediante un sueldo, parece apropiado, a condición que la profesión médica esté representada de manera adecuada en el organismo que los emplee. Cuando en forma simultánea ejerzan privadamente la medicina y el seguro o la medicina en un servicio público, estará indicado pagar a los médicos generales y a los dentistas una suma básica fija, aumentando un honorario fijo por cada persona inscrita en sus listas; en lo que respecta a los especialistas, estaría indicado remunerarles con un salario por tiempo parcial. Cuando el servicio de asistencia médica no incluya sino a un pequeño número de beneficiarios, la remuneración por consulta médica parece ser la más apropiada.

Asociación Internacional de la Seguridad Social.

La resolución sobre los servicios de asistencia médica adoptada en 1947 no se refiere a la cuestión de la remuneración de los médicos. Pero esta cuestión fué discutida en la última Asamblea general de la Asociación.

El Comité de expertos de la A.I.S.S. sobre las relaciones entre las instituciones de seguridad social y el cuerpo médico, que se reunió en mayo de 1953 para preparar el examen de la cuestión para la Asamblea general de septiembre de 1953, declaró que la remuneración a los médicos debería garantizar a éstos un nivel de vida correspondiente a su situación social, teniendo en cuenta su actividad. Reconoció que los diferentes sistemas de prestaciones de asistencia médica implican igualmente métodos diferentes en la remuneración de los servicios prestados por los médicos.

Asociación Médica Mundial.

La Asociación Médica Mundial estima que no es deseable, en el interés general, que los médicos estén empleados por tiempo completo en el servicio de los gobiernos o de la seguridad social. Este principio se opone al ejercicio de la medicina por médicos empleados por tiempo completo por el gobierno, llamados también servicios médicos del Estado. Sin embargo, es necesario que algunas funciones administrativas sean confiadas a médicos empleados por tiempo completo y que los puestos de los hospitales sean ocupados por médicos. La Asociación teme que toda nivelación por medio del establecimiento de una remuneración fija, expone a los médicos a la frustración intelectual, al descontento, a la incompetencia y a la inacción a causa de una falta de equilibrio en el seno de la administración. "De una manera general, el pago por salario fijo entraña la imposición de un esfuerzo limitado y en lo que concierne al médico que administra los cuidados personales, se opone a los intereses del paciente y hasta puede ser perjudicial". Intentar limitar las horas de trabajo del médico o su capacidad de recibir honorarios proporcionados a su trabajo, es correr el riesgo bien grave de tratar de uniformar el ejercicio de la profesión a las necesidades particulares del paciente; dicho de otra manera, es confinar la naturaleza humana en una camisa de fuerza.

En el principio IX, el portavoz de la profesión médica, pide que la remuneración de los servicios médicos no se relacione en ningún caso con la situación financiera del organismo de seguridad. Esta remuneración debe basarse en las ordenanzas médicas, en el prestigio adquirido en la comunidad, la extensión y la dificultad de su trabajo, los gastos que hayan significado los estudios y en los riesgos de la profesión. "A pesar del ideal que ha inspirado la concepción de los regímenes de seguridad social, ésta entraña en sí un gran peligro. En efecto, no dejarán de disminuir poco a poco la fuerza cohesiva, tanto moral como cultural que emana del patrimonio de las profesiones intelectuales".

Resumen.

La norma mínima adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo admite, para los objetivos de la ratificación del convenio N° 102, el sistema de reembolso que implica el pago por consulta médica. Las normas superiores enunciadas en la recomendación de 1944 estipulan que el empleo por tiempo completo mediante un sueldo puede estar indicado cuando el servicio de asistencia médica incluye a la totalidad o a una gran mayoría de la población, a condición de que la profesión médica esté representada de una manera adecuada en el organismo que emplee a los médicos. Cuando un médico general ejerza su profesión a la vez como médico privado y figura en la plantilla de un organismo de seguridad, el sistema de la remuneración fijada por cada persona confiada a sus cuidados, parece apropiada, recibiendo los especialistas un sueldo por empleo parcial. La remuneración por consulta médica es considerada como indicada para los regímenes que tienen un campo de aplicación limitada.

Aunque la A.I.S.S. admite el sistema de reembolso, no se preocupa del problema de la remuneración en su resolución de 1947. El Comité de expertos sobre las relaciones entre las instituciones de seguridad social y el cuerpo médico reconoce que la remuneración debería garantizar al médico un nivel de vida correspondiente a su situación social.

La Asociación Médica Mundial se opone resueltamente al empleo remunerado de los médicos por tiempo completo cuando trabajan en el servicio de asistencia médica. Opina que la remuneración del médico debe basarse en las ordenanzas y prestigio profesionales y en la extensión y la dificultad de su trabajo. No deberá depender de la situación financiera del servicio.

PARTICIPACIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN LA ADMINISTRACIÓN

Conferencia Internacional del Trabajo.

El párrafo 92 de la recomendación N° 69 sugiere que todos los beneficiarios, así como la profesión médica y las profesiones afines interesadas deberían participar en la administración del servicio de asistencia médica.

La forma que puede tomar esta participación en los diferentes sistemas de administración, es tratada en los párrafos siguientes. Cuando una autoridad central gubernamental administra el servicio, la profesión médica debe ser consultada, de preferencia, por medio de un órgano consultivo. Cuando un organismo representativo o una corporación de expertos administran un servicio de asistencia médica que incluye a la totalidad o a la mayoría de la población, la profesión médica debe estar representada en tal organismo.

En lo que respecta a la administración en el aspecto local, el párrafo 104 recomienda que un servicio de asistencia médica debería ser administrado, ya sea por organismos que representen a los beneficiarios y que comprendan representantes del servicio médico y de las profesiones afines, o que sean asistidos por dichos representantes, o bien en consulta con tales organismos, a fin de proteger los intereses de los beneficiarios y de las profesiones y garantizar la eficacia técnica del servicio y la libertad profesional de los médicos que en él colaboren. La Parte VI de la recomendación considera diversas maneras de alcanzar este fin. La vigilancia profesional de los médicos que trabajan para el servicio debería ser confiada a organismos que incluyan, sobre todo, representantes de las profesiones que colaboran en el servicio y comprender medidas disciplinarias.

Los miembros de la profesión médica deberían tener el derecho de presentar a los organismos de arbitraje apropiados, las reclamaciones que conciernan a sus relaciones con la administración del servicio. Deberían igualmente, tener el derecho de apelar la decisión de estos organismos ante un tribunal independiente.

Asociación Internacional de Seguridad Social.

En la resolución de 1947 concerniente a los servicios de asistencia médica, la Asociación estipula que las partes interesadas, especialmente los beneficiarios y los médicos y miembros de profesiones afines deberían participar en la búsqueda de los mejores métodos para dispensar los cuidados sanitarios. El Comité de expertos, en su reunión de mayo de 1953, confirmó esta opinión. La próxima Asamblea general de la A.I.S.S. examinará sin duda esta cuestión.

Asociación Médica Mundial.

La Asociación Médica Mundial pide que los médicos deberían ocupar posiciones claves en la dirección administrativa de los servicios de asistencia médica. Mientras más completos sean los conocimientos relativos al objeto que debe administrarse, más eficaz (en medicina se diría más humano) será el control. El control de los servicios médicos ejercidos por un personal extraprofesional engendra un sentimiento de desconfianza y de frustración. La profesión médica ha contado siempre en su seno a médicos notables por su ciencia y su devoción, que están prontos a asumir responsabilidades administrativas. Los administradores médicos deben por lo tanto ser elegidos de manera que inspiren confianza general. Además la Asociación pide que los médicos estén representados de manera adecuada en todos los grados de los organismos oficiales que se ocupan de la asistencia médica. La asociación de la profesión médica compuesta de organismos administrativos y consultivos, despertará, en la opinión médica entre los miembros de su profesión, el sentimiento perfecto de sus responsabilidades frente a

la comunidad, lo que redundará en beneficio de los intereses de los pacientes.

Resumen.

La Conferencia Internacional del Trabajo recomienda la participación de la profesión médica en la administración de los servicios de asistencia médica, mientras que la Asociación Internacional de Seguridad Social estima que la profesión médica debería ser consultada. La Asociación Médica Mundial proclama el derecho de la profesión médica a participar tanto en los organismos de control como en los organismos asesores del servicio.

CONCLUSIONES

La Asociación Internacional de la Seguridad Social que representa, en general, a las personas protegidas por la seguridad social, aborda de nuevo el problema de las relaciones entre los médicos y las instituciones de seguridad social con el objeto de discutir este tema tan importante con los representantes internacionales de la profesión médica, de los cuales es portavoz la Asociación Médica Mundial. Por ambas partes se reconoce que es esencial que haya un perfecto acuerdo y que exista una completa colaboración.

Por su parte, la Conferencia Internacional del Trabajo, órgano principal de una institución intergubernamental, que tiende a mejorar las condiciones de trabajo; es una tribuna mundial desde la cual los gobiernos, los trabajadores y los empleadores emiten su opinión, y que adopta, por una mayoría de dos terceras partes, normas internacionales en los dominios que afectan las condiciones de trabajo y la vida del trabajador. Esta Conferencia subrayó en 1944, la importancia de una colaboración de la profesión médica con los servicios de asistencia médica, comprobando que el éxito de estos servicios depende, en gran parte, de los médicos que con ellos colaboran.

Los problemas que han sido larga y apasionadamente discutidos por las dos partes son los del derecho de la persona protegida por un servicio de asistencia médica de escoger su propio médico y el derecho del médico de escoger su paciente, así como la cuestión de la remuneración que frecuentemente se considera como estrechamente ligada a la cuestión de la "libre elección".

Mientras que la Asociación Internacional de la Seguridad Social se prepara a abordar el problema, la Asociación Médica Mundial ha expresado su oposición contra todo servicio médico del Estado tendiente al empleo del médico por tiempo completo y reclama la libertad absoluta del beneficiario de escoger su médico, así como el derecho de médico de escoger su paciente y de establecerse en el lugar que le plazca.

Al examinar las soluciones adoptadas hasta ahora por los servicios existentes de asistencia médica, se comprueba que estos principios raramente se aplican en la práctica sin atenuarlos, por consideraciones de orden práctico y por la necesidad de "dar y recibir".

También los regímenes de seguridad social de América Latina han adoptado el sistema de sueldo, pero no emplean, por regla general, al médico por tiempo completo, sino preferentemente por tiempo parcial. A la vez que el trabajo que ejecuta para el servicio de asistencia médica de seguridad social, el médico tiene una clientela privada o efectúa otros trabajos.

Según los términos del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, el paciente escoge su médico de cabecera entre los médicos generales que colaboran con el servicio. Pero no escoge su especialista ni el hospital; en efecto, el tratamiento especializado y la hospitalización son proporcionados por los hospitales. El médico general puede rehusar a aceptar un paciente, pero las personas que no han encontrado un médico general dispuesto a aceptarlas, son asignadas a un médico. Además el médico no puede aceptar más pacientes que el número máximo prescrito para las listas de médicos generales. Los médicos pueden establecerse donde lo deseen, pero no pueden ser admitidos para participar en el Servicio Nacional de Salud en las regiones en que, en opinión de un organismo especial, disponen ya de un número suficiente de médicos. Los médicos generales reciben honorarios por cada persona inscrita en su lista.

En Francia el asegurado paga él mismo al médico y el régimen de seguridad social le reembolsa el total o una parte de sus gastos, conforme a las tarifas fijadas para los fines de la seguridad social. Puede escoger su médico en cada caso y todo médico calificado puede participar en el tratamiento de los asegurados. El médico debe, sin embargo, aceptar llenar los formularios y establecer los certificados requeridos por el régimen de seguridad social si el paciente debe ser reembolsado. Recientemente la Federación nacional de los organismos de seguridad social y la Confederación de sindicatos médicos concluyeron un acuerdo en los términos del cual los honorarios que la mayoría de los médicos demanden a los asegurados y las tarifas de reembolso de las instituciones de seguridad social deberán ser idénticas y basadas en las tarifas de honorarios mínimos establecidas por los sindicatos médicos para su jurisdicción territorial, de suerte que el asegurado no deberá participar en más de un 20% en los gastos de asistencia médica, estando previsto, por la ley, el porcentaje de la participación directa para los tratamientos de poca importancia. Hasta ahora los honorarios exigidos por los médicos sobrepasan frecuentemente las tarifas de reembolso. Las nuevas tarifas variarán conforme al costo de la vida. Sin embargo, los médicos estarán autorizados para exigir tarifas superiores si informan sobre esto al paciente y si reciben autorización del sindicato médico departamental, el que tomará medidas a fin de que el asegurado pueda siempre encontrar un médico que lo atienda de acuerdo con la tarifa

de seguridad social. Las dos federaciones han presentado una proposición conjunta tendiente a incorporar este acuerdo en la ley.

En Nueva Zelanda el servicio médico público, que ampara al total de la población, paga, a los médicos generales, honorarios fijos por cada consulta o visita.¹ Los Médicos están autorizados a pedir al paciente un suplemento de honorarios; esta participación del paciente en los gastos de asistencia médica representa habitualmente alrededor de un 30% del total de los honorarios. La hospitalización y el tratamiento de pacientes externos por especialistas, puede obtenerse gratuitamente en los hospitales pertenecientes a las autoridades públicas regionales o al Estado.

Otro sistema que se aplica principalmente en Europa Central, admite que los médicos generales y los médicos especialistas participen en el tratamiento de los asegurados hasta llegar a un número máximo que depende de la población en cada región. El asegurado puede escoger su médico para cada caso entre los médicos admitidos a practicar en el cuadro de la seguridad. En Alemania el pago se hace bajo la forma de suma fija global para todos los médicos del seguro; el monto de esta suma depende del número de asegurados y de los salarios asegurados; esta suma total es repartida por el cuerpo médico entre los médicos, conforme a los servicios prestados por cada uno de ellos.

Existe así una variedad infinita de soluciones, gracias a las cuales la libertad del médico y del paciente puede salvaguardarse dentro de los límites de las restricciones de la libertad del individuo que "son y deben ser aceptados por los miembros de una colectividad como parte integrante de su manera de vivir" (Asociación Médica Mundial).

Sin duda la condición fundamental del éxito de una colaboración de los representantes internacionales de las personas protegidas, por una parte, y los médicos practicantes, por otra, consiste en reconocer que el ingreso de un médico debe permitirle mantener un nivel de vida conforme a su posición social y a sus grandes responsabilidades. Pero es evidente que un servicio de asistencia médica limitado a las categorías de la población que tienen un ingreso modesto, no puede disponer sino de recursos limitados y que no estará, en consecuencia, en situación de remunerar los servicios médicos al nivel que sería posible en un servicio de asistencia médica que tuviera un campo de aplicación más amplio. Conviene igualmente recordar que el seguro a las clases trabajadoras de ingresos reducidos, contra los gastos de asistencia médica, libera al médico de la mayor parte de su trabajo caritativo. Tanto es así, que en los Estados Unidos, en una encuesta llevada a cabo recientemente¹ se comprueba que como promedio, de las 59 horas de trabajo semanales, 7 horas han sido consagradas por el médico a pacientes indigentes; las cifras correspondientes para las mujeres que

¹ Los mismos honorarios se pagan por los tratamientos de especialistas fuera de los hospitales, pero los cuidados de especialistas son, en gran medida, proporcionados gratuitamente por los hospitales a pacientes internos o externos.

¹ Lansing Chapman, *Medical Economics*. East Rutherford, New Jersey, octubre-diciembre de 1952 y mayo de 1953.

ejercen la profesión médica, son de 8 horas en un total de 51 horas semanales. Además, solamente 86% de las cuentas médicas son pagadas. De esta manera los médicos de numerosos países donde los regímenes de campos de aplicación limitada están en vigor, tienen una clientela privada además de su trabajo para la seguridad y es la suma total de sus ingresos, provenientes de las dos fuentes, la que determina su nivel de vida.

Es oportuno examinar la posibilidad de llegar a un acuerdo sobre ciertos criterios objetivos con el propósito de determinar un nivel razonable del ingreso del médico practicante en cada país, o en relación con cada régimen en cuestión, para fijar su remuneración dentro del cuadro de la seguridad social.

En un artículo "Las tendencias de la seguridad social en el período de la postguerra" publicado por la Revista Internacional del Trabajo en 1949,¹ se ha tratado de evaluar la relación entre el ingreso medio neto de los médicos generales y el salario medio de los trabajadores industriales del Canadá y del Reino Unido. La relación comprobada es de 4 a 1, más o menos.

Los párrafos siguiente muestran un cálculo aproximado de la relación entre los ingresos de los médicos generales y el salario, por las horas de trabajo normales, de un obrero calificado y el de un obrero no calificado, en la construcción de maquinaria, en cuatro países. Uno de estos países, Estados Unidos, tiene la práctica privada y el seguro facultativo; el segundo, el Reino Unido, aplica el sistema de honorarios por cada cliente en virtud de un Servicio Nacional de Salud; el tercer país, Nueva Zelanda, aplica el sistema de honorarios por consulta médica en el cuadro de un servicio público de asistencia médica; finalmente, el cuarto, Chile, aplica el sistema de sueldo.

Estados Unidos

El cálculo relativo a los Estados Unidos se basa sobre una encuesta llevada a cabo por la revista *Medical Economics*, según la cual el promedio del ingreso anual neto de un médico general era de 14,048 dólares en 1951.²

La tasa del salario de un vaciador en la construcción de maquinaria era de 1.85 de dólar por hora en junio de 1951; calculado sobre la base de la semana de 40 horas y sobre un año de 50 semanas, la suma total del salario anual por 2,000 horas de trabajo sería de 3,700 dólares; no se tienen a mano las tasas de los salarios de un tornero y de un ajustador, pero probablemente serían un poco más bajas. El índice medio del salario de un obrero no calificado en la construcción de maquinaria

¹ Oficina Internacional del Trabajo. Las tendencias de la seguridad social en el período de la postguerra. Revista Internacional del Trabajo Vol. LIX, Nº 6, junio de 1949 y Vol. 1-3, julio-septiembre 1949.

² Op. Cit., diciembre 1952, pp. 74 y siguientes, y mayo 1953, pp. 118 y siguientes.

(Los Angeles) era de 1.40 de dólar por hora, lo que representa un salario anual, por 2,000 horas de trabajo, de 2,800 dólares.¹

Basándose en estas suposiciones, la relación entre el ingreso medio de un médico general y el salario normal de un obrero calificado normal, sería de 3.81 a 1; la relación de este ingreso con el salario de un obrero no calificado sería de 5.04 a 1.

Reino Unido

Para el Reino Unido, el cálculo se basa sobre los honorarios por persona inscrita en la lista del médico, pagados a título provisional, durante el trimestre que terminó en septiembre de 1952, a los médicos generales; tomado de las listas del Consejo Ejecutivo de Middlesex. Los honorarios por cabeza comprenden un aumento provisional de cerca de 22% en relación con los honorarios pagados anteriormente, aumento resultante del acuerdo denominado Danckwert's Award² y ascendiendo a 4 chelines 9,7162 peniques por trimestre, lo que representa un total de honorarios anuales por cliente de 19.25 chelines. Teniendo en cuenta el hecho de que esta suma no comprende los pagos por servicios de maternidad ni las asignaciones de traslado y otros gastos extraordinarios, se puede calcular que los honorarios por cliente ascienden a 1 libra por año por cada persona inscrita en la lista del médico general, teniendo en cuenta los servicios prestado en caso de maternidad. Si se supone que esta lista comprende 2,300 personas, lo que es aproximadamente el promedio por médico general en el país, el ingreso ascendería a 2,300 libras por año, sin contar los ingresos que tenga por el ejercicio privado de la medicina y sin los pagos extraordinarios. Los gastos inherentes a la práctica pueden estimarse en 35%, o sea 805 libras. El ingreso neto se establece por tanto en 1,495 libras por año.³ La tasa de salario por hora de un ajustador y de un tornero en la construcción de maquinaria en Londres, era de 3.03 chelines en octubre de 1952.⁴ La semana normal de trabajo era de 44 horas, lo que daría, por 50 semanas de trabajo al año, la suma total del salario, o sea 333 libras por año.

El salario anual de un obrero no calificado de una fábrica de ma-

¹ Oficina Internacional del Trabajo: *Anuales de Estadísticas del Trabajo*, 1951, 1952, Ginebra, 1952, pp. 202.

² En los términos del acuerdo definitivo que entró en vigor el 1º de abril de 1953 para el total del territorio de Inglaterra y el País de Gales los honorarios por cliente ascienden a 17 chelines por paciente inscrito en la lista del médico, más 10 chelines por los pacientes comprendidos entre el 501 y el 1,500. Según los términos de este acuerdo, los honorarios por cliente aumentan con el número de pacientes inscritos en la lista del médico general hasta un número de 1,500 para decrecer en seguida cuando la lista comprende más de 1,500 miembros. Un médico cuya lista comprenda 2,300 pacientes recibirá por año la suma total de 2,455 libras.

³ La cotización de 6 por ciento de la remuneración neta que el médico general debe pagar al régimen por concepto de pensiones no se deduce, porque la cotización del empleador, que es de 8%, no se ha añadido al ingreso bruto.

⁴ *Revista Internacional del Trabajo*, mayo 1953, Suplemento Estadístico, p. 100.

quinaria en Londres sería de 285 libras, siendo de 2.59 chelines la tasa por hora.

En estas condiciones, la relación entre el ingreso neto de un médico general y el salario de un ajustador y de un tornero en Londres sería de 1,495 libras a 333 libras, o sea 4.49 a 1, y la relación de su ingreso con el salario de un obrero no calificado sería de 5.25 a 1.

Nueva Zelandia

La evaluación relativa a Nueva Zelandia se refiere al año fiscal 1947-1948. El número de médicos generales participantes en el servicio de salud era de 1,100 en 1947.³ La Caja de Seguridad Social gastó cerca de dos millones de libras por los servicios médicos generales. Los honorarios pedidos normalmente por los médicos generales en esta época ascendían a 10 chelines 6 peniques por visita o consulta, o sea 40% más que la suma pagada por La Caja de Seguridad Social que era de 7 chelines 6 peniques por visita o consulta.

Conforme a estos datos, el ingreso medio de los médicos generales era de 18.8 libras por año, pagadas por el Fondo de seguridad social, más 40% provenientes de honorarios normalmente a cargo del paciente. La suma total puede establecerse en 2,545 libras; estimando en 35% del ingreso bruto los gastos inherentes a la práctica, el ingreso neto sería de 1,654 libras por año.

La tasa de los salarios de un ajustador o de un tornero era de 3 chelines 7 peniques por hora en octubre de 1947, o sea 358 libras por año por 2,000 horas de trabajo. La tasa del salario por hora de un obrero no calificado de una fábrica de maquinaria era de 3 chelines 2 peniques, o sea 317 libras por año.¹ En estas circunstancias, el ingreso neto de un médico general, expresado bajo la forma de múltiplo del salario de un obrero calificado tipo, es de 4,62 y bajo la forma de múltiplo de un obrero no calificado, de 5,22.

Chile

Un médico empleado en 1949 por la Caja de Seguridad Social de los trabajadores de Chile recibía un salario inicial de 1,600 pesos por mes por una hora de trabajo diaria. Por una jornada de 6 horas, ésto representa 115,200 pesos por año. El salario se aumenta en 10% cada tres años. En la presente evaluación, se presume que asciende a 126,720 pesos por año, después de una actividad de 3 años en la Caja.

En octubre de 1949 la tasa del salario de un ajustador y de un tornero en una fábrica de maquinaria en Santiago de Chile era de 16,88 pesos por hora; la semana normal de trabajo era de 48 horas, lo que

³ *New Zeland Medical Journal*, Vol. XLIX, abril de 1950, p. 176.

¹ Oficina Internacional del Trabajo, Anuario Estadístico del Trabajo, 1947-1948, p. 188.

da un total de 40,512 pesos por un año de 50 semanas. En la misma industria el obrero no calificado tenía un salario normal de 10 pesos por hora, o sea 24,000 pesos por año.

El salario del médico por una jornada de 6 horas, sin contar el ingreso obtenido de otras fuentes que no sean la seguridad social, es por lo tanto igual a 3.13 veces el salario normal de un obrero calificado y 5,28 veces el salario de un obrero no calificado.¹

COMPARACIÓN

El ingreso neto 'medio' de un médico general —sin relación con el número de las horas de trabajo— expresado en múltiplo, del salario de un obrero calificado y de un obrero no calificado por las horas de trabajo normales en la construcción de maquinaria, permite establecer la siguiente comparación para los cuatro países mencionados:

| | Múltiplo de la tasa del salario | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|
| | De un obrero calificado. | De un obrero no calificado. |
| Estados Unidos de América: | | |
| Médico general, la mitad de cuyo ingreso proviene del ejercicio privado de la medicina o del seguro facultativo; encuesta tipo para 1951. | 3,81 | 5,04 |
| Reino Unido (Londres, Middlesex): | | |
| Médico general que tiene 2,300 personas en sus listas del Servicio Nacional de Salud: sistema de honorarios por cliente sin participación del paciente en los gastos, tercer trimestre de 1952. | 4,49 | 5,25 |
| Nueva Zelanda: | | |
| Médico general trabajando para el Servicio Nacional de Salud, recibiendo honorarios por consulta médica, con una participación del paciente que asciende a 30%, 1947-1948 | 4,62 | 5,22 |
| Chile: | | |
| Médico trabajando 6 horas diarias para el régimen de seguridad social de los trabajadores y con un salario por hora de trabajo, 1949 | 3,13 | 5,28 |

Se observará que la relación entre el ingreso neto de un médico general y el salario de un obrero no calificado de una fábrica de maquinaria —probablemente el salario "standard" que pudiera compararse mejor— es muy similiar en los cuatro ejemplos que prevén sistemas enteramente diferentes para la remuneración de servicios. Es evidente que el médico británico debe, para ganar su ingreso, atender más pacientes que el médico de los Estados Unidos, por ejemplo, donde el

¹ En lo que respecta al salario del médico, comunicación recibida por la O.I.T. y en lo que respecta al salario de los obreros calificados y no calificados, Oficina Internacional del Trabajo, Anuario estadístico del Trabajo, 1949-50.

número de médicos por unidad de población es más elevado. Sin embargo, según la encuesta tipo llevada a cabo por *Medical Economics*, los médicos independientes han trabajado durante 58 horas por semana dedicándole 21 minutos a cada paciente. Por su parte el médico chileno no trabaja, según nuestro ejemplo, más que 6 horas por día para la Caja de Seguridad Social, pero en ese país la escala de los salarios es considerablemente más amplia que en otros países, según nos permite comprobarlo el hecho de que la remuneración de los médicos es un múltiplo menos elevado del salario de un obrero calificado.

El resultado de estas evaluaciones que no son más que un ensayo, mostrará, tal vez, la manera de establecer un criterio objetivo con el fin de determinar la remuneración adecuada de los médicos que trabajan para el régimen de la seguridad social.



La Seguridad Social es el nuevo concepto social que coordina, con miras a una acción internacional, las medidas tendientes a garantizar la protección económica y biológica de las colectividades.

DR. EDGARDO REBAGLIATI,
Miembro del Comité Creador de la Conferencia
Interamericana de Seguridad Social.

