EPOCA II - AÑO I

Seguridad Social

No. 5

OCTUBRE - DICIEMBRE 1958

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.

Sumario

LA XIII^{a} ASAMBLEA GENERAL Y LAS REUNIONES DE LA A.I.S.S. EN LONDRES:

Introducción ..... Pág. 9

Sesión inaugural de la Asamblea General ..... " 10

El Ministro del Seguro Nacional de Gran Bretaña da la bienvenida a los Delegados ..... " 12

Discurso del Presidente de la A.I.S.S. ..... " 17

Discurso del Sub-Director de la O.I.T. ..... " 20

Discursos de los Representantes de las Organizaciones Internacionales ..... " 26

Lord Beveridge en la Asamblea General ..... " 35

Desarrollos recientes de la seguridad social por Alfredo Mallet .. " 39

El problema del seguro de enfermedad por Jeronimo Dejardin .. " 46

El seguro de vejez en Europa, el Medio Oriente y Africa por Arnold Saxer ..... " 61

El seguro de vejez en América, Asia y Oceanía por Roberts J. Myers ..... " 66

Los Trabajos de la Comisión Permanente de Actuarios y Estadígrafos de la seguridad social ..... " 72

Estadística de accidentes de trabajo ..... " 74

Los trabajos de la Comisión Permanente del seguro de desempleo " 79

Los problemas administrativos de protección contra el desempleo de los trabajadores de la construcción por Friedrich Schmidt ..... " 79

Los trabajos de la Comisión Permanente de Organización y métodos ..... " 83

Los trabajos de la Comisión Médico Social ..... " 83

La Décima Cuarta Sesión del Consejo de la A.I.S.S. ..... " 84

Resoluciones y conclusiones adoptadas por la XIII^{a} Asamblea General ..... " 90

La conferencia de Sir John Wolfenden ..... " 107

La Asamblea General de Londres — Impresiones de un delegado " 115

Programa de trabajo y programa social de la Asamblea General " 119

Lista de participantes ..... " 125

EL PROBLEMA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

Por JERONIMO DEJARDIN, *Ponente*

Jefe Médico; Director del Fondo Nacional del Seguro de Enfermedad-Invalidez en Bélgica

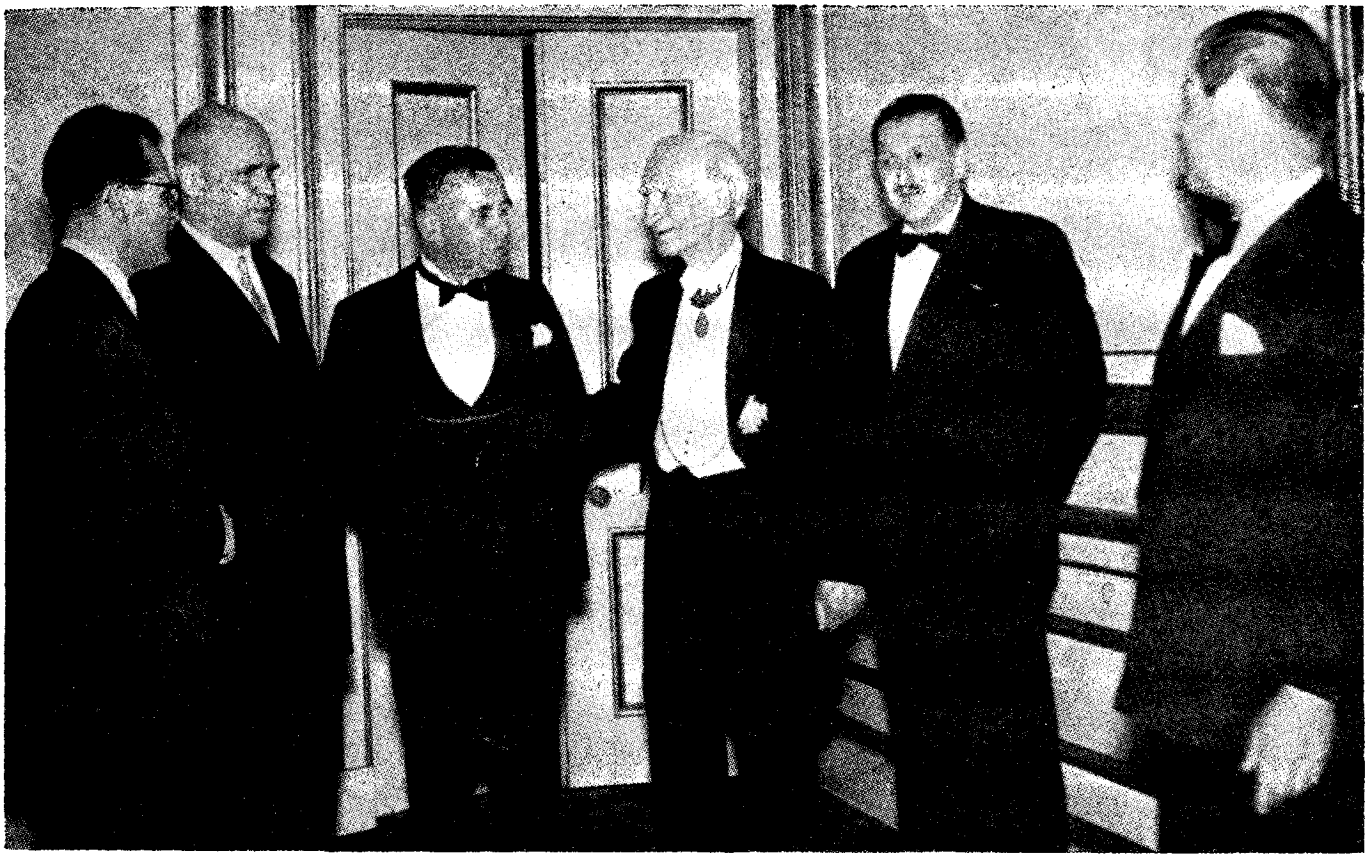
En París, en septiembre de 1953, la XI[a] Asamblea General de la AISS decidió elaborar un informe completo sobre el seguro de enfermedad.

De acuerdo con esta decisión, la Oficina de la A.I.S.S. instituyó en noviembre de 1953 un Comité de Ponentes que fueron designados conjuntamente por el Comité Ejecutivo y por la Oficina: cada uno de ellos estableció, de acuerdo con un esquema común, una monografía nacional sobre el seguro de enfermedad en su propio País; además se hicieron estudios por cada uno de ellos sobre uno de los elementos esenciales del problema. Fué así como la XII[a] Asamblea pudo enterarse de seis ponencias referentes al campo de aplicación del seguro de enfermedad; prestaciones en dinero, prestaciones en especie, organismos aseguradores, coordinación y cooperación con otras ramas de la administración y por fin, el financiamiento.

En las conclusiones sobre el financiamiento del seguro de enfermedad se destacaba una constatación general: los gastos del seguro de enfermedad aumentan en todas partes.

Esta constatación unánime parecía resultar de las mismas causas: costo cada vez más elevado de las medicinas, recurso cada vez más frecuente a la medicina preventiva.

Este aumento constante de los gastos parece engendrar las mismas consecuencias: desproporción entre los derechos de los asegurados y el porcentaje de cotizaciones pagadas y tendencia a una intervención cada vez más marcada del Estado. Por este hecho, la noción de seguro se atenúa, la necesidad de prestaciones constituye cada vez más un derecho.



En el transcurso de la recepción ofrecida en Lancaster House por el Gobierno Británico, el Ministro de Pensiones y del Seguro Nacional, platica con Lord Beveridge, el Sr. Kapranov, ministro adjunto de Seguridad Social de la U.R.S.S. y el Sr. L. Wildman, Secretario General de la A.I.S.S.

No pudiendo limitar esta necesidad, considerablemente acrecentada por el hecho de que no se limita a las prestaciones que restauran la salud, sino se extiende a la preocupación constante de mantenerla, los regímenes del seguro de enfermedad se ven arrastrados hacia un estado de desequilibrio financiero permanente por la masa de prestaciones en especie.

Así apareció que el problema que compromete más esencialmente el equilibrio financiero del seguro de enfermedad es el de prestaciones en especie: por otra parte, parece tanto más difícil de resolver que sus datos son casi siempre ajenos a la seguridad social y por lo mismo, ésta no puede decidir sóla las medidas que deban tomarse para llegar a soluciones satisfactorias.

La actitud del cuerpo médico es uno de estos datos; dispensador de prestaciones en especie, el cuerpo médico es el gran ordenador de los gastos del seguro de enfermedad y sería paradójico que los progresos de la medicina traducidos en la práctica diaria por los médicos tuvieran como consecuencia reducir el alcance y la eficacia del seguro de enfermedad.

Se comprende entonces por qué, entre las conclusiones adoptadas en México; la XIIª Asamblea General de la A.I.S.S. quiso conceder un lugar de prioridad al estudio del problema de las prestaciones en especie decidiendo que: "continuaría sus trabajos sobre los aspectos particulares siguientes del seguro de enfermedad:

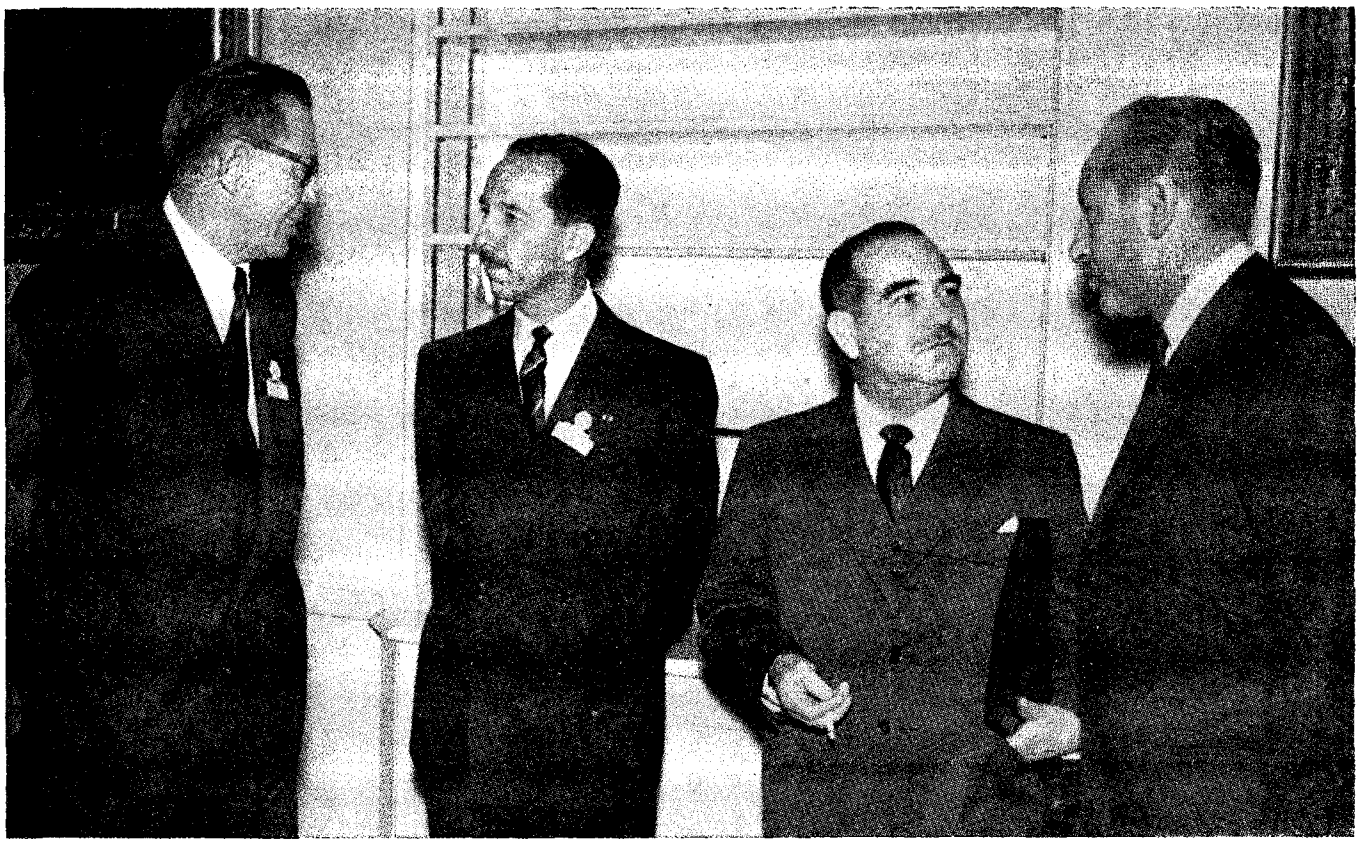
1.—Atención médica.

2.—Farmacia.

3.—Hospitalización.

Para preparar este estudio se formuló un cuestionario dirigido a cada institución miembro de la A.I.S.S. Este cuestionario permitirá estudiar detalladamente la evolución de los gastos por visitas y consultas médicas, los medicamentos, la hospitalización, establecer una relación eventual entre el sentido y la importancia de esta evolución, por una parte, y por otra los elementos que pueden condicionarlos: número de médicos, número de hospitales, etc. El estudio comparativo de las monografías nacionales realizadas según el esquema previsto permitiría distinguir los elementos que podrían explicar, al menos parcialmente las diferencias constatadas en los resultados obtenidos.

Este cuestionario comprendía cuatro capítulos, consagrados respectivamente: a los cuidados médicos, dentarios y de maternidad; a las medicinas, a la hospitalización y al financiamiento.



La O.I.T. y el C.I.S.S. en la Asamblea General de la A.I.S.S. De izquierda a derecha, el Sr. A. Zelenka, Jefe de la Dirección de Seguridad Social de la O.I.T., el Sr. A. Ortíz Mena, Presidente del C.I.S.S., el Sr. E. Calderón Puig, Presidente del Consejo de Administración de la O.I.T. y el Sr. F. Blanchard, Subdirector General de la O.I.T.

Treinta y ocho instituciones contestaron el cuestionario. La Comisión médico-social se reunió en Helsinki en junio de 1957 para estudiar a la luz de los datos recibidos la orientación general que había que darle al informe.

El informe sobre el seguro de enfermedad presentado a la Asamblea general comprende tres partes: la primera se refiere a las monografías nacionales: la segunda, dá a conocer los datos contenidos en esas monografías bajo forma de cuadros comparativos y la tercera, estudia los resultados en los diferentes países considerados, tratando de sacar las conclusiones de los informes proporcionados.

COMPARABILIDAD DE LAS CIFRAS

Al presentar su informe ante la XIII^{a} Asamblea General en Londres, el ponente insistió sobre la prudencia con la que había que tomar los datos numéricos contenidos en las monografías.

Para intentar compararlos, estos datos fueron expresados en una misma unidad de medida: los gastos por persona protegida expresados en porcentajes del ingreso Nacional por habitante.

Sin embargo, aun reducidos a este talón, los datos conocidos en cada país pueden haber sido influenciados por factores particulares.

Estos gastos, no pueden en ningún caso ser, en un estudio comparativo, considerados en su valor absoluto.

Fué así como en el curso de los debates, se hizo observar muy justamente que no era posible simple y sencillamente sumar los datos relativos a los diferentes grupos de gastos considerados, atención médica, medicinas, gastos de hospitalización, porque esas cifras podían referirse en cada país a elementos distintos.

En efecto, por la hospitalización, por ejemplo, esas cifras comprenden, en ciertos casos, no solamente los días de permanencia en los hospitales y las clínicas sino también los gastos por médicos durante la hospitalización; en otros casos y en otros países estas cifras no se refieren sino a los gastos de estancia.

Por lo que se refiere a medicinas, en ciertos casos las cifras del número de recetas comprende detalladamente el número de medicinas prescritas, que estén o nó comprendidas en una prescripción global; en otros casos se limitan a dar el número de recetas médicas que comprendan o nó una o varias medicinas.

Es evidente que nadie podría darle valor a una suma de cifras absolutas para después promediar.

El ponente, también tuvo cuidado para evitar este error.

Debió considerar los valores absolutos para después reducirlos a valores por persona protegida y los expresó en porcentajes del ingreso nacional por habitante: para definir este talón se basó principalmente en los estudios hechos por los expertos de la O.I.T. que estiman que el escoger esta unidad permite reducir el margen de errores debidos a la diferencia en el costo de la vida de un país a otro y en un mismo país en épocas diferentes.

El fín no ha sido pues comparar los gastos de cada institución del seguro de enfermedad durante el período considerado en el informe, fué comparar las tendencias que surgen en los diferentes países.

EVOLUCION DE LOS GASTOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

Quince países proporcionaron suficientes datos para poder hacer un estudio comparativo.

Los gastos totales del seguro de enfermedad en esos 15 países fueron comparados y, en promedio, hubo una reducción de 11.33% de 1950 a 1954 en el porcentaje del ingreso nacional por habitante que representa el gasto medio por persona protegida: este porcentaje pasó de 5.56% a 4.93%.

Hay que hacer notar igualmente que en todos los países en los cuales el gasto por persona protegida, expresado en porcentaje del ingreso nacional por habitante era superior en 1950 a 4%, ha disminuído en 1954.

Por el contrario, en los países en los que este gasto se expresaba en menos del 4% del ingreso nacional por habitante, hubo un aumento durante el mismo período.

Cierto, estos aumentos y estas disminuciones pueden expresar fenómenos muy diferentes: modificaciones en la frecuencia de atención médica, modificación en el precio de atenciones desproporcionadas con relación al costo de la vida, modificaciones en la naturaleza y el total de las prestaciones reembolsadas.

Pero, cualquiera que sean las causas de estas modificaciones el estudio de la evolución de los gastos en cinco años, parece establecer que estos gastos por persona protegida, expresados en porcentajes del ingreso nacional por habitante tienden hacia valores idénticos y en las condiciones de esta comparación para los países considerados con la diversidad de su régimen, este valor sería de 4%.

En el curso de los debates ciertos oradores han querido justificar estas modificaciones en la evolución de los gastos, sea comentando las adaptaciones hechas a su régimen de seguro de enfermedad, sea negando valor al método de comparación utilizando por el ponente: intervenciones de

este tipo fueron hechas sobre todo por los delegados de países en los que el informe constataba una disminución en los gastos.

Aparte de los errores ligados a la imperfección de los datos recibidos y del mismo ponente, esas diferencias en la evolución de los gastos pueden tener otros orígenes y otras repercusiones que no impliquen regresión social.

En los países en los que se constata que los gastos por persona protegida por el seguro de enfermedad han disminuído en relación con el ingreso nacional por habitante, no hay ni qué inquietarse ni que alegrarse: hay, ante todo, que preguntarse si por menos dinero se ha distribuído más salud y, de una manera general, admitir que para asegurar el porvenir, lo que importa ante todo es, no saber si se ha gastado poco o mucho, sino saber si se ha gastado eficazmente.

Los regímenes que sufren un déficit podrían alegrarse de ello si pudieran demostrar que los gastos que han hecho han mejorado sensiblemente el estado de salud de las poblaciones porque esta mejoría compensa todos los déficits.

Pero, al contrario de ésto, se podría afirmar que en los países que registran una bonificación en el plan de la gestión financiera del seguro de enfermedad y que constatarían al mismo tiempo que la salud de los habitantes retrocede, se podría estimar que el gasto ha sido en gran parte, inútil.

El ponente estima que no puede sacarse, a priori, ninguna conclusión del hecho de que se constate que el gasto por persona protegida, relacionado con el ingreso nacional por habitante, haya disminuído o aumentado, y ésto fué lo que lo llevó a investigar otros elementos que le permitieran medir la eficacia de la intervención que había sido consentida por el seguro de enfermedad.

GASTOS POR PRESTACIONES EN ESPECIE

Estudiando la evolución de los gastos por prestaciones en especie se constata que, en los países que, en 1950, consagraban a cada persona protegida más del 3% del ingreso nacional por habitante; surgió una reducción en 1955, solamente los países que en 1950 consagraban menos de ese 3% acusaron un aumento en 1955.

Aun cuando un gran número de instituciones presentan situaciones financieras cada vez más difíciles, con déficits cada vez mayores, los gastos, tanto por el seguro de enfermedad en su conjunto, como por atención médica, medicinas y hospitalización reunidos, tienden a disminuir, si se los expresa por persona protegida, en porcentajes del ingreso nacional por habitante.

Esta constatación parece contradecir la afirmación comunmente hecha de que el seguro de enfermedad ha consumido en los últimos años una parte cada vez más importante del ingreso nacional.

GASTOS POR ATENCION DE MEDICOS Y DENTISTAS

La confrontación de los datos relativos a quince países, con número de médicos muy variable en relación con la población, reproduce muy fielmente la situación reinante en cada uno de los países que, aun cuando tengan una densidad relativamente elevada de médicos cuentan, sin embargo, con regiones de débil densidad de población y de médicos, al lado de regiones industriales con fuerte densidad médica, con todas las situaciones intermediarias entre esas situaciones extremas.

En conjunto, se constata un aumento en el número de consultas de médicos por personas protegidas al mismo tiempo que un aumento en el número de médicos por habitante.

De 1950 a 1955, los gastos por persona protegida, expresado en porcentaje del ingreso nacional por habitante, disminuye en un promedio de 12.73% mientras que el gasto por persona protegida expresado en valores absolutos había aumentado en promedio 66.93%: la confrontación de estos datos permite apreciar el valor del método como elemento de medida en la evolución de los gastos.

Aparece pues que la evolución de los gastos por atención médica y dentaria está más acá de la evolución del ingreso nacional: esta constatación hecha sobre el valor medio se realiza en Austria, Bélgica, Gran Bretaña, Grecia, Japón, Nueva Zelanda y Venezuela.

Por el contrario, esta evolución sobrepasó la del ingreso nacional en Francia, Italia y los Países Bajos.

En los países en los que la evolución de los gastos por persona protegida es inferior a la evolución del ingreso nacional por habitante, se podría, a priori, invocar como elemento de explicación una disminución en la frecuencia de consultas y visitas por persona protegida: ésto no sucede sino en Grecia que acusa una disminución de 1.47% en consultas por persona protegida; pero al mismo tiempo un aumento de 17.95% en visitas a domicilio.

Hay pues para Austria, Bélgica, Japón, Nueva Zelanda y Venezuela y probablemente también para Grecia otras razones que expliquen este fenómeno: puede ser una disminución en la frecuencia por atención médica o dentaria más bien que las consultas y visitas (pero no tenemos ninguna indicación a este respecto), sea una disminución de los honorarios

pagados por el seguro a los médicos y dentistas en relación con la evolución del ingreso nacional.

Por el contrario, Francia e Italia pueden, al menos parcialmente, explicar la evolución de sus gastos por atención médica por un aumento en la frecuencia de visitas y consultas; este elemento no excluye evidentemente ningún otro, en particular el aumento de honorarios pagados a los médicos y dentistas con relación al ingreso nacional.

Venezuela es el único País en el que el número de médicos por persona protegida ha disminuído debido sobre todo al aumento de derecho habientes: el gasto por atención médica ha disminuído a pesar del aumento muy sensible en el número de consultas y visitas por persona protegida.

GASTOS POR MEDICINAS

De 1950 a 1955 se constata un ligero aumento de 0.14% en los gastos por medicinas. Sin embargo, surge un aumento de recetas por persona protegida.

En los países que acusan, al mismo tiempo, una disminución en gastos de medicinas y aun aumento en el número de recetas, este último elemento parece tener un papel determinante en el volumen de los gastos, dado que el valor de las medicinas ha debido disminuir en esas condiciones.

Entre los países que han visto aumentar el número de recetas y que cuentan simultáneamente un aumento en el número de consultas y de visitas médicas, se encuentran Austria, Grecia, Italia, Nueva Zelanda y los Países Bajos: fácilmente se concibe que el segundo aumento pueda provocar el primero.

En ningún otro país se nota, al mismo tiempo, un aumento en el número de recetas y una disminución en el número de consultas y de visitas.

GASTOS POR HOSPITALIZACION

Por hospitalización, el gasto medio por persona protegida, sacado de las cifras obtenidas en once países, expresadas en porcentajes del ingreso nacional por habitante, ha aumentado de 9.48% de 1950 a 1955.

Es el único de los tres sectores de prestaciones en especies que haya sido estudiado y que acuse un aumento considerable.

Al mismo tiempo, aumentó el número de camas en los hospitales por 1000 habitantes: animadora señal de progreso social puesto que repre-

senta una ampliación de las posibilidades, para la población, de solicitar atención en buenas condiciones.

EFICACIA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

Durante la sesión de la Comisión Médico- social en Helsinki surgió la cuestión de saber en qué medida la evolución de los gastos del seguro de enfermedad podía compararse con la evolución del nivel sanitario de las personas protegidas.

El ponente había propuesto como elemento de medida de la eficacia de los regímenes de seguro de enfermedad, la evolución de los gastos por las prestaciones en efectivo: parece razonable, en efecto, suponer que una mejoría en la salud de los trabajadores podría expresarse por una disminución en las ausencias al trabajo y por consiguiente por una disminución en los gastos por indemnizaciones de trabajo.

Se precisó, sin embargo que la mejor indicación de la eficacia del seguro de enfermedad sería la duración de la incapacidad de trabajo.

Para verificar esta hipótesis y para establecer un lazo de unión entre el presente informe que concierne principalmente a las prestaciones en especie, un cierto número de instituciones fueron especialmente interrogadas sobre sus gastos por indemnizaciones por incapacidades, durante el período de 1950 a 1955.

La disminución media de la incapacidad de trabajo alcanzaba 6.38% y podía considerarse como una indicación de la mejoría de la eficacia del seguro de enfermedad durante este período.

En el curso de los debates, varios delegados criticaron la elección hecha por el ponente de la duración media de la incapacidad de trabajo como medida de la eficacia del seguro.

En su respuesta, el ponente aclaró que si había propuesto este elemento era porque quería esencialmente esforzarse en encontrar un criterio de eficacia en el seno mismo de los regímenes de seguro de enfermedad, y en la medida en que se dirigía a instituciones de seguro de enfermedad había pedido indicaciones sobre el volumen de los gastos sobre incapacidad de trabajo.

Es evidente, y ha quedado suficientemente demostrado en el curso de los debates que un criterio de eficacia que está en peligro por la menor epidemia de gripe es un criterio que no debe tener mucho valor, aún cuando la incidencia de una epidemia de gripe en los resultados constatados sobre la duración media de la incapacidad, deba conducirnos a constatar que los resultados han sido falseados.

El ponente recordó, sobre todo, que lo que importaba no era comparar los resultados absolutos de promedio de duración de un país a otro o en el seno de un mismo país, sino medir la evolución en el promedio de duración de la incapacidad; siempre y cuando todas las otras condiciones permanecieran las mismas: pues es evidente que si se supone un país en el que en un momento dado el régimen de seguro de enfermedad conceda por incapacidad de trabajo un porcentaje netamente preciso, que está por abajo del mínimo vital, se conocerá probablemente un número muy bajo de incapacidades de trabajo; dado que el % demasiado débil de indemnización obligará a los trabajadores enfermos a seguir trabajando.

A medida que el régimen de cobertura de riesgos por incapacidad de trabajo se vaya mejorando y permitiendo al trabajador realmente enfermo cesar en su trabajo, se verá aumentar la duración media y la frecuencia de la incapacidad del trabajo, mientras que probablemente el nivel de salud aumentará también.

Hay que estar seguro que todas las condiciones permanecen iguales para que la comparación en la evolución de la duración de la incapacidad de trabajo pueda dar una indicación sobre el nivel de la salud.

El ponente constató que, si las instituciones miembros de la A.I.S.S. estaban dispuestos a proporcionar o a investigar otros factores que son elementos del nivel de la salud en cada uno de los países representados, se podría encontrar elementos mucho más preciosos: el porcentaje de morbidez general, el de mortalidad y sobre todo de mortalidad infantil y de nacidos muertos. Son estos elementos más seguros de la eficacia del régimen seguro de enfermedad y de las medidas de salud pública en los diferentes países.

LOS PROBLEMAS DE LA MEDICINA

Los importantes descubrimientos relativos a diferentes tipos de tratamientos, han puesto a la disposición de los enfermos, productos de gran valor que detienen infaliblemente la evolución fatal de sus enfermedades: ante todo la penicilina, después la estreptomicina y los diversos antibióticos, la cortisona y otros son ejemplos de los nuevos recursos médicos, de los cuales la mayor parte de los regímenes de seguridad han aceptado servirse en beneficio de los derechohabientes.

Los progresos en el dominio de la técnica quirúrgica, favorecidos por el adelanto en los métodos de anestesia han hecho posibles operaciones en casos que parecían antes incurables: y en ésto también el seguro de enfermedad ha tenido que soportar nuevas cargas.

Estos progresos han hecho posible más posibilidades de curaciones y de supervivencia; en realidad han ejercido una favorable influencia en el plan social y humano y nadie osaría negar sus beneficios.

Pero también han tenido repercusiones en el aspecto económico los regímenes de seguro de enfermedad no solamente han tenido que pagar nuevas técnicas, sino constataron que muchos enfermos que habían sobrevivido a sus males, debieron ser indemnizados durante largos períodos ya que las consecuencias de sus enfermedades les impedían trabajar de inmediato.

Estos dos elementos han contribuído a aumentar los gastos del seguro de enfermedad.

LA MEDICINA PREVENTIVA

En el curso de los debates, algunos delegados hicieron notar que importaba tanto o quizás más pensar en la medicina preventiva que en la curativa y algunos estimaron que el esfuerzo que debían hacerse por el seguro de enfermedad debería comprender todas las posibilidades de mejorar la salud y preservarla, aplicándose tanto a la medicina curativa como a la preventiva.

Respondiendo a esta preocupación el ponente estimó que si él fuera responsable de un plan de salud pública a largo plazo y que si le dieran a escoger entre la medicina preventiva o medicina curativa, preferiría siempre la primera.

La medicina preventiva permite verdaderamente crear la salud. Pero, para los que se encargan al fin de cada ejercicio financiero de recoger los resultados, la medicina preventiva es desconsoladora porque no manifiesta resultados al cabo de un presupuesto anual.

La medicina preventiva crea y garantiza la salud pero sus buenos resultados no se dan a conocer sino después de una generación. Y pocos hombres están dispuestos a esperar una generación para calcular en cifras los resultados de su gestión al frente de un régimen de seguro de enfermedad.

Pero, en el dominio de la medicina preventiva, sin embargo, no basta crear instituciones, hay que pensar también en la educación sanitaria de la población: esta educación prácticamente se realiza o está en vías de realizarse en las aglomeraciones industriales y en los países que poseen un número muy elevado de médicos. Así, la educación se realiza sóla y basta para ello la presencia de los médicos y de las instituciones sanitarias.

Muchos delegados expresaron, en el curso de los debates, el deseo de que la A.I.S.S. continúe su esfuerzo para establecer o conservar entre el cuerpo médico y las instituciones de seguridad social, las mejores relaciones.

Sobre este asunto, el ponente hizo notar que, en enero de 1958, había habido en Ginebra una reunión de delegados de la A.I.S.S., de la O.I.T., de la O.M.S., de la Asociación Internacional de Universidades y de la Asociación Médica Mundial.

Esta reunión tuvo por objeto encontrar una base de acuerdo para un amplio programa, en un plan internacional, referente a la formación e información de los médicos.

Dá gusto constatar que sobre todo los delegados de la Asociación médica mundial hayan aceptado un texto, repetido en el informe del Secretario General, que reconoce esencialmente la necesidad para el cuerpo médico de adaptarse a las necesidades sociales creadas por los regímenes de seguridad social.

De acuerdo con este plan, la A.I.S.S. ha realizado el máximo esfuerzo posible no sólo para mantener contacto con el cuerpo médico, sino también para lograr que éste prepare a las futuras generaciones médicas de manera que se asimilen los elementos indispensables al éxito de los regímenes del seguro de enfermedad.

Mucho se ha repetido, en el curso de las discusiones que "el médico es un ser humano". Los que así se expresaron pensaban sin duda, en su deseo de seguir tratando a los médicos como hombres.

Lo mismo han siempre pedido los responsables de los regímenes del seguro de enfermedad. Pero lo que pudiera reprocharse al cuerpo médico es de considerarse, él, como una élite intocable. Ahora bien, si verdaderamente el cuerpo médico quiere aparecer como una élite entre la sociedad, debería mostrarse tal y espontáneamente estar no sólo al lado de los que sufren, sino también de aquellos que, colectivamente, quieren ayudar a los que sufren.

Todos reconocemos el valor de los grandes principios definidos por el cuerpo médico: la libre elección del facultativo, la libertad terapéutica, el secreto profesional, etc., y nadie piensa en atentar contra ellos en la medida en que constituyen elementos esenciales de una buena medicina para el enfermo. Pero es necesario que estas armas eficaces para la salvaguardia y el restablecimiento de la salud no sean utilizadas por los médicos como armas contra la presencia o intervención de los organismos

de seguridad social. También se recordó que no se puede realizar el seguro de enfermedad sin el médico.

Igualmente convendría recordar, por una parte, que ni la medicina, porque es cara; ni los médicos porque deben vivir de la medicina pueden subsistir sin una forma cualquiera del régimen de seguro de enfermedad y por otra, que también el asegurado, al igual que el médico, es un ser humano.

Bajo pretexto de mantener a toda costa el contacto con el cuerpo médico, contacto indispensable porque psicológicamente es necesario que el cuerpo médico colabore con el seguro de enfermedad, no hay que olvidar que es también muy indispensable para el equilibrio moral y financiero de los regímenes de seguro de enfermedad que los asegurados colaboren con estos regímenes y, hay que repetirlo, es únicamente en la eficacia de los regímenes de seguro de enfermedad en donde debe encontrarse el mejor motivo para obtener la colaboración de los asegurados.

En los debates que siguieron a la presentación de este informe, 26 oradores tomaron la palabra para tratar los problemas planteados; sea para criticarlos, como ya se ha dicho, sea para aportar nuevos elementos ligados a experiencias particulares. Ellos fueron por orden de intervención los siguientes Sres:

Dr. Djurdjic (Instituto Federal de Seguridad Social en Yugoeslavia).

Turchetti (Instituto Nacional de Previsión y Asistencia a los Empleados del Estado en Italia).

Kaznelson (Caja Popular de Seguro de Enfermedad "Kupat Holim Amamit" en Israel).

Zelenka (División de la Seguridad Social de la O.I.T. en Ginebra).

Orel (Administración Central del Seguro de Enfermedad del Consejo Central de Sindicatos en Checoeslovaquia).

Savoini (Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad en Italia).

Sepe (Fondo Nacional de Previsión para los Funcionarios de Derecho Público en Italia).

Makkaveysky (Ministro de la Seguridad Social de la República Soviética Socialista Federativa de Rusia).

Melandovitz (Caja del Seguro de Enfermedad para Trabajadores Nacionales "Kupat-Holim-Leumit, en Israel).

Van den Heuvel (Alianza Nacional de Mutualidades Cristianas en Bélgica).

Sra. I.C. Merriam (Administración de la Seguridad Social en E.U.).

Gelding (Ministro de Pensiones y de la Seguridad Nacional en la Gran Bretaña).

Stolt (Federación de Cajas de Seguro de Enfermedad para Empleados en Alemania).
García (Caja Nacional del Seguro Social en Perú).
Michel (Federación Nacional de Organismos de Seguridad Social en Francia).
Coppo (Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad en Italia).
Dr. Bravo (Organización Mundial de la Salud).
Shingo Suzumura (Ministerio de Previsión Social en Japón).
Asturias Valenzuela (Instituto de Seguridad Social de Guatemala).
Mustafa Ertem (Instituto de Seguros Obreros en Turquía).
Bedkowski (Ministerio del Trabajo y de la Seguridad Social en Polonia)
Roban (Dirección de Seguros Sociales del Estado en Rumanía).
Ledeboer (Consejo de Cajas de Enfermedad en los Países Bajos).
Garray (Servicio Nacional de la Salud en Chile).
Melas (Federación de Instituciones de Seguridad Social en Austria).

Al terminar de contestar a los diferentes oradores, el ponente declaró:

"Señor Presidente, Señoras y Señores, creo haber respondido a las diversas objeciones que se me han formulado. Creo que el mayor mérito de nuestras asambleas es precisamente el de dar a todos la oportunidad de traer su experiencia de trabajo realizado en su país, en su institución y que aun cuando no lleguemos a conclusiones concretas, siempre recibiremos algún provecho del intercambio de ideas.

Pero, creo que, al lado de los resultados que podamos obtener de este intercambio de experiencias, hay también lo que nosotros podamos dar a quienes todavía no tienen experiencia, y ayer escuché la tranquila, pero sincera y conmovedora intervención del Sr. Asturias Valenzuela, delegado de Guatemala, quien nos dijo con toda humildad: "En mi país no existe el seguro de enfermedad y en cambio, hay una gran mortalidad y tenemos, para salir de esta situación catastrófica que establecerlo".

Aquí termino. Quisiera decir al Sr. Asturias Valenzuela y a todos los que como él, ausente o presentes no tienen régimen de seguro de enfermedad, pero que lo desean, quisiera decirles, lo repito, en nombre de todos, que estamos a su disposición para tratar de darles el fruto de nuestra experiencia y lograr así lo que Lord Beveridge quiso realizar para vencer la miseria y poner a la disposición de todos los recursos del progreso social liberándolos del estado de necesidad.