

MEDICINA INSTITUCIONAL

Medicina Social en Inglaterra

Primera conferencia dictada por el Dr. Benjamín Viel, Director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica el día 17 de febrero de 1959.

Hemos elegido Inglaterra para iniciar esta serie de conferencias, por ser un país precursor en la doctrina de la Seguridad Social.

Antes de llegar al concepto de que el Estado es responsable de la salud de sus habitantes, los ingleses pasaron por las etapas corrientes ya conocidas de medicina: de caridad, en que la bondad de unos cuantos proporciona servicios gratuitos mínimos a los más necesitados, y la medicina institucional, en que los hospitales, haciendo esencialmente medicina curativa, son subvencionados por el gobierno para poder mantener su costo creciente.

La industrialización, que dio origen al proletariado, y el progreso de la medicina, que ha ido dejando su empirismo para adquirir sólidas bases científicas, fueron los fenómenos iniciales que finalmente determinaron la aparición del Servicio Nacional de la Salud Inglés. A comienzos del siglo, la distribución de la riqueza se hizo entre un mayor número de personas, con una disminución proporcional del poder adquisitivo de cada uno. El enorme encarecimiento de la atención médica individual, por la introducción de los procedimientos de diagnóstico avanzados, y la terapéutica de alto costo, hicieron que el obrero estuviera prácticamente imposibilitado para financiar la atención médica personal o familiar.

Las situaciones de emergencia que constituyeron las dos guerras mundiales de la primera mitad del siglo determinaron la conscripción militar obligatoria, con su examen médico y otros datos que permitieron evaluar por primera vez la salud de la población, y al gobierno Inglés aprender algo que hasta entonces no sabía: que la verdadera salud de una población se mide no por el número de muertes que ocurran, sino por el estado de salud de los que están vivos, y que las cifras de mortalidad son un índice, pero no un reflejo de aquella.

En 1916 Wilson Jameson dijo en el Parlamento: "La destrucción de vidas de nuestra población joven ha puesto de manifiesto la necesidad de salvar vidas humanas por todos los medios posibles". Sobre esta base el estado intervino directamente para ofrecer una mayor protección, apareciendo la Ley de Se-

guro Obligatorio de Accidentes de Trabajo, con su Servicio de Salud preventivo y la organización de la red Hospitalaria Nacional.

En 1942, el mismo Wilson Jameson, analizando la segunda guerra mundial, proféticamente advirtió: "Puede ser que una de las primeras medidas de post-guerra sea la introducción de un extenso programa de reformas sociales en el cual se encuentre incluida la medicina socializada. Si ocurre, no debe extrañar, pues que la guerra, aunque terrible destructora de muchas cosas que merecen ser conservadas, suele repentinamente abrir la compuerta a muchos progresos y reformas que en época de paz hubieran significado años de constante lucha".

En 1946, Beveridge, al frente del partido conservador, propuso su ya conocido plan, el que, al entrar el gobierno laborista, fue puesto en práctica.

El Servicio Nacional de Salud Inglés está basado en dos grandes ramas que funcionan independientemente: uno es el Servicio de Seguro Social, que es una Institución de tipo financiero, que se encarga de todos los riesgos consistentes en cesantía temporal o permanente, vejez, orfandad, viudedad, etc. Para su financiamiento contribuyen todos los habitantes del país divididos en tres categorías: A) El empleado, que es todo individuo que trabaja por una remuneración, cualquiera que sea su actividad; B) El auto-empleado, que es todo individuo que desempeña labores siendo su propio patrón; y C) Es la del no empleado, y que cubre a todos los individuos que no desempeñan ninguna labor, cualquiera que sea la circunstancia determinante de su condición. Tienen, del rentista hasta el estudiante, la obligación de contribuir todos los habitantes de la isla entre los 16 y 65 años y lo hacen comprando semanalmente en el correo un número determinado de estampillas de acuerdo a la clasificación de cada uno. El empleado compra 4 chelines y 3 peniques y su empleador compra por él una suma igual, mientras el Estado contribuye con 2 chelines y 1 penique. El auto-empleado contribuye con 6 chelines y 6 peniques, siendo su aporte más alto porque no hay aporte del empleador; el estado coloca 1 chelín y 1 penique. El no-empleado, a menos que sea estudiante, debe contribuir semanalmente con 4 chelines y 8 peniques. Esto forma el total de los ingresos del Seguro Social y los fondos colectados se dividen en dos porciones: el 91 por ciento de ellos sirve para pagar los riesgos descritos y el 9 por ciento restante se entrega al Servicio de Salud, como contribución del Seguro Social para el Servicio Médico. Este sistema cubre la población total. Hay dos conceptos básicos que conviene recalcar: que gente que no trabaja, contribuye, y que no hay ninguna proporción entre lo que se contribuye y el salario que se devenga.

La razón para que todos los miembros de un mismo grupo paguen la misma contribución se debe a que reciben exactamente el mismo beneficio, tanto es así que lo mismo recibe por riesgo de cesantía un portero que un gerente de banco. La doctrina está basada en que el Estado debe garantizar un mínimo de seguridad a todos sus habitantes, sin hacer diferencias entre éstos. La única manera de establecer esta diferencia residiría en el interés propio de cada uno de los asegurados, puesto que dependen de la capacidad de ahorro in-

dividual las reservas que se puedan constituir para el futuro. De ninguna manera se delega en el Seguro o en el Gobierno, la posibilidad de disfrutar de un mejor servicio de cesantía o pensión.

El auxilio de cesantía es entregado en una oficina especial que se llama Bolsa de Trabajo, oficina que se encarga también de emplear a los cesantes, porque tiene a mano todas las solicitudes de empleo, de modo que el auxilio de cesantía es pagado mientras el individuo no pueda obtener trabajo, suspendiéndose su auxilio cuando se niega a aceptar algunas de las ofertas que esta oficina recibe. Esta idea de una contribución uniforme para todos los miembros pertenecientes al sistema, para recibir en cambio un auxilio único que solamente protege contra el hambre y el frío, está en vías de ser revisada por cuanto ya dijimos que la única manera de establecer diferencias es en base de la iniciativa propia de mantener un ahorro que garantice una mejor condición que la que pueda obtenerse a través del auxilio de cesantía o de invalidez. La revisión está motivada en que actualmente en Inglaterra es cada vez más difícil el ahorro por las limitaciones hechas por el gobierno en lo que a impuestos sobre la renta se refiere. Hoy día se está propiciando la idea de tres categorías de acuerdo a los mayores ingresos y la más alta responsabilidad de cada uno de los trabajos que se desempeñan.

El Seguro de Accidentes de Trabajo muestra algunas características importantes como el hecho que las indemnizaciones son mayores cuanto más joven es el accidentado, en el caso de que haya muerto. Y si el accidente solamente produce invalidez, el paciente recibe del 20 al 80 por ciento del salario, de acuerdo al grado de invalidez, que es determinado por una comisión médica y cuya condición es evaluada anualmente o semestralmente, con el objeto de ir adaptando el grado de incapacidad o de invalidez a la evolución del paciente.

Una última característica que merece comentario sobre el Seguro Social inglés y su actuación eminentemente financiera, es la de que hace de esos dineros un régimen de simple reparto, porque el inglés es un convencido de que el sistema de capitalización en los seguros sociales ha fracasado totalmente y emplea los fondos recolectados simplemente para cubrir los riesgos presupuestados anualmente. Si se produjera un superávit, los beneficios se aumentan en el año inmediato y si se produce un déficit, el estado subvenciona a la institución para mantener y asegurar el auxilio mínimo.

Paralelo al Seguro Social de Inglaterra existe el Servicio de Salud, para cuya comprensión es necesario revisar la formación del médico. El médico inglés debe pasar primero 4 años de pre-universidad, entrar por selección a la Escuela de Medicina por otros 4 años, y al recibir su título puede elegir el pertenecer al cuerpo médico del Ejército, al Servicio de Colonias o a la Escuela de Salubridad para ser especialista en Salud Pública. Por todo lo demás tiene sólo dos caminos: ingresar al Servicio hospitalario para aspirar a ser especialista, que significa prácticamente unos 10 años de carrera hospitalaria, o bien pasar a formar parte del grupo de "General Practitioners". Aquellos que ingresan a

la carrera hospitalaria, y fracasan en los exámenes periódicos a que están sometidos para su carrera de ascenso, deben abandonarla para ingresar también al grupo de "General Practitioners". En esas condiciones podemos decir que antes de que apareciera el plan Beveridge para el Servicio Nacional de Salud, existían en Inglaterra dos categorías de médicos: el General Practitioner, que hacía medicina total, y el especialista o consultante, médico caro, que trabajaba especialmente en los hospitales o con clientela seleccionada. Esta enorme diferencia entre las dos clases de médicos debía ser confrontada por el Servicio Nacional de Salud, quien decidió que los "General Practitioners" pueden servir al Estado si así lo desean, a menos que deseen mantenerse en la práctica privada. En 1953, casi la totalidad había ingresado al Servicio Nacional de Salud. Este grupo tiene la obligación de mantener su consultorio abierto en la mañana, a media tarde y en la noche, por 6 horas y media al día, para atender la consulta. Todo ciudadano inglés o todo habitante de la isla, posee una tarjeta mediante la cual puede adquirir servicio médico y es libre de entregarla al "General Practitioner" que desee, quien la archiva y cobra al estado una cantidad determinada mensual por cada tarjeta a su cuidado. De modo que este médico cobra por hombre sano, quien tiene derecho a consultarlo cuando se enferma. El médico puede recibir hasta 4.000 tarjetas y con esa suma se percibe una renta que le alcanza para vivir en forma holgada. De modo que el número de tarjetas a su cuidado depende prácticamente de la atención que proporcione a su clientela, puesto que ésta tiene derecho a retirar su tarjeta cuando no está satisfecha y llevarla a otro. Las recetas despachadas son llenadas por cualquier farmacia, sin que existan formularios especiales y el farmacéutico cobra al estado por el medicamento entregado. Si el paciente requiere hospitalización inmediata, es colocado en cualquier hospital en el que haya disponibilidad de cama, no importa la distancia que éste quede de su casa. Si se trata de un caso crónico debe inscribirse en la lista de espera de cirugía del hospital correspondiente. En esta lista de espera, que siempre es larga, hay quejas por cuanto los pacientes a veces deben esperar excesivamente por sus intervenciones quirúrgicas. Si el "General Practitioner" necesita una consulta, puede llamar al especialista que desee; éste decide si el caso puede continuar en tratamiento a domicilio o si necesita hospitalización, en cuyo caso sigue a cargo del personal del hospital, perdiendo el "General Practitioner" toda ingerencia dentro de la institución. Es en este punto donde la libre elección pierde completamente su realidad, porque desde el momento en que el "General Practitioner" envía un paciente al hospital, porque así lo juzga indispensable, o bien pide una consulta, el paciente ha dejado de ejercer el derecho de escoger el médico que ha de seguir a cargo del tratamiento de su caso.

Este sistema como es lógico, no está libre de conflictos y para la resolución de los mismos existe una Junta Local formada por 14 miembros, de los cuales 7 son profesionales (médicos, odontólogos, farmacéuticos), y 7 no profesionales (personas representativas dentro de la comunidad). La idea es que tanto el médico como el paciente estén representados por un grupo en esta

Junta Local, que tiene la facultad de contratar los servicios médicos, farmacéuticos y odontológicos y se encarga de evaluar el reclamo y seguir los procedimientos que corresponden a cada caso.

Como ustedes pueden ver este sistema es prácticamente inaplicable para la América Latina, porque carecemos de un médico como el "General Practitioner", médico que dentro de nuestro sistema de trabajo hace muchos años ha desaparecido y parecería una incongruencia pretender crearlos. Es un médico que hace toda clase de medicina, resolviendo los problemas que estén a su alcance y trasladando al especialista aquellos en los cuales encuentra limitaciones; por otra parte, no tiene ningún nexo con el hospital, careciendo por completo de posibilidades de continuar mejorando y perfeccionándose a través de las actividades hospitalarias.

Este servicio de atención médica está complementado por el servicio de Salud Pública, encargado de las labores como el agua potable, manejo de alimentos, alcantarillado, etc., y que tiene dos actividades que son extraordinariamente curiosas: la Enfermera domiciliaria tratante, que concurre a la casa de los pacientes a hacer las indicaciones de enfermería que el "General Practitioner" ha dejado. Y la segunda es la ayuda doméstica, es decir, el estado envía un reemplazante cuando se trata de una labor indispensable dentro de las actividades domésticas. Así, cuando la dueña de casa cae enferma, una empleada por cuenta del estado concurre a preparar la comida y hacer su aseo, para garantizar así el reposo de la dueña de la casa.

Tal es el estado actual de cosas. En plan futuro se considera concentrar estos médicos en edificios relativamente pequeños para que las consultas sean servidas por tres o cuatro "General Practitioners" a cargo de determinada parte de comunidad, para poder poner a su disposición aparatos de fluoroscopia y pequeños laboratorios, que descongestionarían el trabajo hospitalario y facilitarían el trabajo local. Existe una tendencia también a relacionar el "General Practitioner" con el hospital, pero todavía encuentra grandes limitaciones. Incluso en el aspecto de construcción de pequeños consultorios comunales, es un hecho conocido de que mientras no se termine la reconstrucción de post-guerra, el Servicio Nacional de Salud no puede iniciar sus propias construcciones.

El panorama de Inglaterra, por algunas de sus condiciones, es aplicable sólo a ese país. Pero tiene algunos conceptos, tales como la libre elección médica, la independencia de los servicios médicos, el sistema de auxiliar, que le dan características propias y que a la vez, podrían ser aplicables en nuestro medio.