

# EL SEGURO SOCIAL

## EN GRAN BRETAÑA

SU PRO Y SU CONTRA

Por Irene NICHOLSON

LA LEY DEL SEGURO OBLIGATORIO de 1946 (*National Insurance Act*), y la Ley del Servicio Médico de 1947 (*National Health Service Act*) permiten que todos los residentes en la Gran Bretaña reciban atención médica gratuita. Desde su promulgación hasta la fecha se han hecho algunos ajustes, y se han producido algunas diferencias entre los médicos y el Estado; pero el sistema ha dado buenos resultados, tan buenos que ha servido de modelo en otros países, y se le considera uno de los triunfos más progresistas de la Gran Bretaña en este siglo. Sin embargo, con la vigencia de estas leyes quedaron anuladas ciertas instituciones médicas valiosas, y hasta cierto punto las leyes violaron dos de los principios más importantes que habían regido la práctica de la medicina desde sus comienzos —el compromiso que contrae el médico de guardar en reserva las intimidades del paciente, y el derecho de una profesión honorable a ser su propio árbitro en asuntos profesionales. Estas violaciones podrían justificarse en cierto grado ante los beneficios que alcanzan por igual a ricos y a pobres. Pero, a la vez, existen razones para preguntar si tales beneficios no pudieran haber sido igualmente efectivos, sin necesidad de violar principios tan importantes. No cabe duda que se ha ganado mucho, pero en sí mismas las leyes requieren una apreciación más crítica, y no cabe duda que la recibirán de tiempo en tiempo.

Para entender estas leyes, su origen y su creación, inspiradas en servicios que ya existían, es necesario repasar la historia de los servicios médicos y sociales de la Gran Bretaña.

El principio de que el Estado ha de ayudar a menesterosos y enfermos se reconoció hace relativamente poco tiempo. Unos cuantos reformistas lucharon durante el siglo XVIII para establecerlo, pero la oposición consideró que sería desastroso quitar a las instituciones privadas la responsabilidad del bienestar del individuo. El sistema feudal del medioevo —que todavía impera en varios países— dio a los terratenientes y propietarios la responsabilidad de atender a sus siervos o, una vez abolida la servidumbre, a sus obreros y empleados. Las ventajas que tenía este sistema eran las relaciones estrechas entre el trabajador y el amo; estas relaciones estaban impregnadas de cierto humanismo que desgraciadamente no existe en la ayuda que aporta el Estado. Al fin y al cabo, el Estado es una abstracción, y los burócratas que administran las distintas leyes no siempre sienten cariño hacia quienes deben atender; tampoco están en situación de adaptar las leyes a las necesidades de un caso individual. Las desventajas del sistema feudal surgen, naturalmente, porque no hay ninguna seguridad de que los que están en condiciones de ayudar al necesitado efectivamente lo hagan. Este sistema puede funcionar solamente cuan-

do hay individuos responsables y de conciencia, cosa que no está garantizada de ninguna manera. La caridad de esta especie presenta muchas dificultades. Si se da demasiado, o si se da sin ningún sentido de responsabilidad, los efectos pueden ser tan perniciosos como si el necesitado tuviese que depender de un avaro.



Tarde o temprano a todo trabajador se le saca una radiografía del pecho

A comienzos del siglo XII el sistema feudal inglés ya había sufrido algunas modificaciones, especialmente en materia de atención médica. En 1123 se fundó el St. Bartholomew's Hospital. Al comienzo lo administró la caridad privada; posteriormente se organizó un sistema por el cual los mismos beneficiarios podían contribuir a los fondos del hospital; de este modo pagaban por adelantado el tratamiento que recibían cuando enfermaban. Luego, los gobiernos locales incluyeron a los hospitales en sus presupuestos. Lo mismo ocurrió en los grandes hospitales como St. Thomas, Guy's, el London Hospital, y posteriormente el St. George's y el St. Mary's. Estos hospitales, financiados por donaciones voluntarias, han preparado durante varios siglos a los médicos que han acudido a ellos para estudiar en las cátedras de las más grandes eminencias en muchas especialidades; los especialistas enseñaban gratis,

Hasta la creación de la Ley del Servicio Médico, los médicos tenían sus consultas en Harley Street —la famosa calle de los médicos en Londres— y cobraban sumas elevadas a los pudientes; pero, a la vez, buscaban el privilegio de servir en la planta de un *teaching-hospital* (un hospital-escuela). Prestaban sus servicios gratuitamente en parte por el timbre de distinción profesional que esto les daba, en parte porque el trabajo en los hospitales les proporcionaba una valiosa experiencia, y en parte porque en realidad querían contribuir el bienestar de los pobres. Por consiguiente, no es del todo cierto, como se ha dicho últimamente, que antes de 1947 no existía en Inglaterra un servicio médico gratuito para los menesterosos. Quienquiera que necesitase un tratamiento especial, por muy pobre que fuera, siempre lo recibía gratis, y a menudo recibía lo mejor que la medicina de la época podía ofrecer. La primera ley de protección a los pobres (*Poor Law Act*) se promulgó en 1536. Estipulaba que cualquier persona necesitada tenía el derecho absoluto de recibir toda la ayuda que necesitara, y para ello contaba con todo el apoyo de la ley. Fue un adelanto enorme comparado con el sistema feudal que dejaba enteramente en manos del individuo la atención de los pobres. Pero el Estado no comenzó a hacerse cargo de las clases necesitadas hasta el siglo XIX. A partir de 1800 se crearon una serie de leyes que ampliaron la responsabilidad del Estado. En 1802 se promulgó la Ley de Salud y Moral de los Aprendices (*Health and Morals of Apprentices Act*) y las primeras reglamentaciones de las fábricas; esta legislación fue la primera en reconocer que la moral, aparte de la salud física, concernía directamente al Estado. En 1832 se dio la Ley de la Primera Reforma (*First Reform Act*), y en 1848 la Primera Ley de Salud Pública (*First Public Health Act*) que fue el origen de toda la legislación de salubridad pública, incluyendo aspectos importantes como el alcantarillado, la sanidad, medidas contra enfermedades infecciosas, etc.

Ya en el siglo XX el Estado comenzó a encargarse de los desocupados, y de quienes no podían ganarse la vida; en 1905 promulgó la Ley de Obreros Desocupados (*Unemployed Workmen Act*), y en 1908 la Ley de Pensiones de Vejez (*Old Age Pensions Act*).

1911 fue un año memorable para el progreso social. Se debatió mucho el proyecto de Seguro Obligatorio de Lloyd George (*National Insurance Act*), pero sólo sirvió como fundamento para lo que luego se conoció con el nombre familiar de *Panel* —sistema por el cual la mayoría de los obreros ocupados pagaban una pequeña cuota y los patronos la suya, para financiar toda la atención médica que pudieran necesitar. Este sistema era de un alcance más limitado que el instituido en 1947, aunque benefició a un gran número. El *Panel doctor* trabajaba mucho, ganaba poco y era el guía, mentor y confesor de sus enfermos. Durante la guerra yo mis-

ma trabajé con uno de estos médicos; a veces atendía hasta 60 enfermos en la hora y media de su consulta matinal; las visitas a las salas de enfermos le ocupaban el resto del día. Como muchos de sus colegas, se dio maña para hacer diagnósticos rápidos, y aunque siempre estaba de prisa, jamás le vi cometer un error ni postergar a una persona verdaderamente enferma. Enviaba a los enfermos graves a alguno de los hospitales de los condados, generalmente hospitales financiados por donaciones voluntarias; algunos enfermos iban a los hospitales del London County Council, donde recibían una atención de primer orden.

Esta breve reseña histórica nos muestra cómo la Ley del Servicio Médico de 1947 es una ley engarzada en un sistema que ya existía, en parte fomentado por el Estado y en parte por la buena voluntad individual. La promulgó un gobierno laborista, pero la preparó y estudió un gobierno de coalición. Pero en el sistema de *Panel* el individuo pagaba mucho menos de lo que paga ahora conforme a la nueva ley. Lo cierto es que para quienes viven de un salario o un sueldo la contribución al servicio médico es muy superior a lo que una persona de salud normal gastaría en atención médica durante varios años. Es un error decir que los servicios médicos actuales en Gran Bretaña son *gratuitos* — lo son únicamente para quienes no ganan nada.

Los hospitales de profesorado voluntario —que produjeron sabios como William Harvey (descubridor de la circulación de la sangre), el célebre cirujano John Hunter, y otros como Edward Jenner y Joseph Lister— quedaron absorbidos en la ley nacional, aunque se les administra separadamente de los hospitales del Estado. Un buen número de ingleses lamenta muy sinceramente que haya dejado de existir esta tradición o que, cuando menos, esté tan mutilada.

Los resultados acaso hubieran sido diferentes si la Comisión Médica de Planeamiento (*Medical Planning Commission*), formada en 1940, por los propios médicos, hubiera podido hacer sus recomendaciones definitivas. Las cosas sucedieron en tal forma que se presentó solamente un informe provisional en 1942, cuando ya el gobierno y los médicos habían adelantado mucho en sus negociaciones para un servicio nacional en gran escala. La

Comisión Médica, que incluía representantes de la Asociación Médica Británica y de los tres Institutos Reales —el de médicos, el de cirujanos y el de ginecólogos— decidió abandonar las recomendaciones que estudiaba, y el proyecto fue aprobado por el gobierno, y por el parlamento. El informe provisional quedó archivado a pesar de contener recomendaciones para la creación de centros dirigidos por profesionales, como se hizo en los países escandinavos. Uno de los puntos más importantes de las recomendaciones era la necesidad de mantener un elevado nivel de eficiencia profesional, comenzando por una rígida selección vocacional de estudiantes. La situación actual es que no hay suficientes médicos para atender las necesidades que controla el Estado. Además, las clínicas propiamente médicas hubieran tenido la ventaja de no estar bajo el gobierno de burócratas faltos de conocimientos médicos y se hubiesen evitado muchas anomalías. Por ejemplo, bajo el control del Estado, ocurre a menudo que un especialista receta una droga esencial para la curación del enfermo, y el contador o tesorero del hospital se niega a darla, porque en su lista existe otra droga más barata. Y a causa de una ley concebida sin estas consideraciones esenciales, lo corriente es oír discusiones sobre quién debiera tener la última palabra en casos como el citado, si los médicos o los burócratas.

Otra de las recomendaciones que el gobierno pasó por alto se refería a la selección de los estudiantes, y a su preparación. Los médicos recomendaron un sistema de selección más cuidadosa de suerte que únicamente los postulantes de verdadera vocación y capacidad fuesen admitidos a los cursos de una enseñanza, que es ya bastante cara en sí misma. También recomendaron una revisión de todo el plan de estudios, y especialmente una reducción drástica en las horas dedicadas a los detalles de la anatomía para que, en cambio, pudiesen entregarse a cursos más modernos.

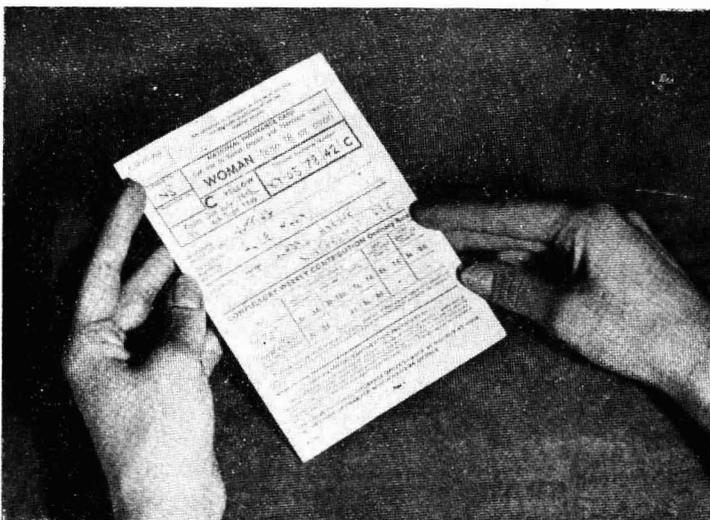
Lo que más se critica actualmente del servicio médico en Inglaterra es que esté manejado por burócratas y no por médicos. Hay en Inglaterra un buen número de cuerpos médicos de calidad capaces de administrar cualquier servicio sabio y honradamente. Los Royal Colleges son cuerpos colegiados que guardan el conoci-

miento heredado de los grandes maestros en medicina, cirugía y ginecología. La British Medical Association, una especie de sindicato voluntario de médicos, es un cuerpo al que pertenecen casi todos los profesionales registrados en la Gran Bretaña. También existe el General Medical Council, cuerpo legal creado en 1858 para regular el *standard* del conocimiento y la moralidad profesional. Y hay 21 autoridades que regulan el *standard* profesional del estudiante antes de que se le otorgue el título. Y el Medical Research Council, fundado en 1913, fomenta la investigación en todos los aspectos de la medicina; lo sostiene económicamente el Estado, pero lo administran los médicos.

Otro de los puntos débiles del servicio médico actual es que cuando el individuo ha pagado su contribución semanal obligatoria, puede consultar al médico cuando quiera, sin necesidad de pagar más. Cuando la ley entró en vigencia, el enfermo recibía también gratis todas las medicinas que recetaba el médico. Pero los abusos condujeron al sistema al borde de la bancarrota; actualmente, el enfermo paga una suma nominal por cada receta. Sin embargo, muchas personas que no están realmente enfermas siguen congestionando los consultorios, y los médicos se sienten abrumados y faltos de tiempo para separar a los enfermos de los sanos.

Ya sea nacional o privado, un servicio médico cuesta mucho dinero; en un servicio nacional el ciudadano consciente paga por los muchos que abusan de este privilegio. Tarde o temprano se tendrá que corregir esta situación o, de lo contrario, los médicos sucumbirán a la fatiga y el tesoro quedará falto de fondos. Y sería muy lamentable que el servicio médico en Inglaterra quedase por debajo de la elevada calidad y la visión de sus creadores.

\* En el Medical Research Council, muchos médicos están realizando estudios fundamentales. Es interesante saber que recientemente ha pasado por México el doctor Martin Pollack, bacteriólogo que está investigando cómo los micro-organismos producen enzimas y toxinas. Con la ayuda del Medical Research Council y el British Council, ha recorrido varios países del mundo, incluyendo Israel, India, Tailandia, China, Japón, los Estados Unidos y México, para cambiar informes sobre esta materia. Afirma que, si bien los mexicanos se destacan en cardiología, en bacteriología no existe gran intercambio entre Inglaterra y México. Y le parece muy importante que haya más becarios en esta especialidad. El beneficio de estos intercambios profesionales es evidente.



Todas las personas en Inglaterra poseen una tarjeta del Seguro Social



Una empleada del gobierno ayuda a un anciano a llenar su tarjeta