

VIVIENDO EL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD:  
¿ESPERANZAS?

REFLEXIONES, CARACTERÍSTICAS Y SUGERENCIAS BASADAS EN  
HECHOS CIERTOS Y COMPROBABLES, QUE PERMITEN ESTABLECER  
NOTABLES DIFERENCIAS ENTRE LOS DISTINTOS SERVICIOS  
FACULTATIVOS DEL MISMO

POR EL

DR. MARIANO VICENTE Y CARCELLER

TOCOCINECÓLOGO DEL HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA Y DEL S. O. E.

ZARAGOZA

CUESTIÓN PREVIA

EL Seguro Obligatorio de Enfermedad es una conquista social, por disposición estatal (decreto del 11 de junio de 1941, «B. O. del E.» del 25, creando una comisión encargada de redactar un anteproyecto de Seguro Obligatorio de Enfermedad; ley de 14 de diciembre de 1942, «B. O. del E.» del 27, por la que se establece el Seguro Obligatorio de Enfermedad; orden de 21 de julio de 1943, «B. O. del E.» de 4 de agosto, sobre nombramiento de médicos del S. O. de E....; todas estas disposiciones están recopiladas en la «Revista del Seguro de Enfermedad», núm. 1, de marzo de 1952), mediante la cual el *económicamente débil* tiene puestas a cubierto todas sus posibles incidencias sanitarias, despejando su horizonte de preocupaciones económicas ante una probable enfermedad más o menos larga, pero siempre costosa, y de una posible necesidad quirúrgica, a la que no podría hacer frente en la mayoría de las ocasiones.

Para su puesta en marcha y eficiente desenvolvimiento era imprescindible la colaboración del personal facultativo, y éste, percatado del gran contenido cristiano de esta iniciativa estatal, acudió a su llamamiento con toda lealtad, abnegación y decidido entusiasmo, haciendo honor a su tradicional desprendimiento, siendo del Seguro su más firme, eficaz e imprescindible ayuda.

El desarrollo del Seguro ha sido gradual, pero podemos decir que no ha alcanzado su plenitud y total eficiencia hasta que se implantaron las especialidades, es decir, hasta enero de 1948.

El tiempo transcurrido ha puesto de manifiesto que entre las diversas actividades asistenciales facultativas existen facetas que les son propias y que permiten establecer diferencias específicas entre las mismas.

LOS MÉDICOS EN EL SEGURO

Forman dos grandes grupos: *médicos de familia o de zona* y *especialistas*. Sus funciones con los enfermos y sus relaciones interprofesionales están per-

fectamente reguladas y delimitadas en la «Revista del Seguro de Enfermedad», en su número 4, de junio de 1952.

Entre ambos grupos existe una notable y esencial diferencia que se refiere a las horas de prestación de servicios.

Los *médicos de zona* gozan de un merecido descanso de doce horas diarias, que abarca desde las veintiuna a las nueve del día siguiente; para ellos no hay servicio nocturno desde la implantación de médicos para este fin. A esto hay que añadir el descanso de los domingos y de días festivos, también a cargo de médicos de guardia.

Para los *especialistas* este descanso no existe; ni diario, ni de domingos, ni días festivos; siguen recibiendo avisos y llamadas, que si anteriormente eran por el médico de zona, ahora lo son por el mismo médico de zona, en las horas en que actúa, y por los de servicio nocturno y de guardia.

Esta singular diferencia no parece justa ni equitativa, puesto que el descanso afecta a las personas y no a la función que desempeñan.

Esta sola circunstancia hace que en el Seguro Obligatorio de Enfermedad existan dos clases de médicos: unos, a los que se les reconoce y soluciona el derecho al descanso, y otros, a los que ni se les reconoce ni soluciona el mismo derecho.

#### LOS ESPECIALISTAS DEL SEGURO

Al no ser todas las especialidades iguales, su propio y específico cometido permite establecer distintas categorías entre las mismas.

*Especialidades médicas.*—Son aquellas en las que su función es exclusivamente médica; pero también lo son aquellas otras que, aun teniendo faceta quirúrgica, ésta no es solucionada por el propio especialista (orden de 17 de junio de 1949, «B. O. del E.» de 4 de julio, por la que se coordinan los servicios de la Lucha Antituberculosa del Estado con el Seguro de Enfermedad, que descarga al especialista de pulmón del Seguro de todo proceso tuberculoso pulmonar o sospechoso de serlo), debido a la especial modalidad de la misma o a la costumbre.

*Especialidades quirúrgicas.*—Forman un gran grupo, en las que el especialista tiene que resolver la totalidad del problema que se plantea en todos sus aspectos médicos y quirúrgicos; son las que pueden llamarse, con toda propiedad, especialidades quirúrgicas *completas*.

En las especialidades médicas la actividad del especialista termina con el diagnóstico, ya que la indicación terapéutica (de la que se encarga casi siempre el médico de zona, con la debida orientación si es precisa) se cumple con la farmacia.

En las especialidades quirúrgicas la actividad del especialista es también diagnóstica; pero aquí no termina su trabajo, ya que la indicación terapéutica es muchas veces operatoria y ésta tiene que cumplimentarla el mismo especialista.

#### ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS O «COMPLETAS»

El ejercicio práctico de estas especialidades las divide en dos grupos perfectamente distintos, que, mientras se encuentren denominaciones más ajustadas, podemos llamarlas: especialidades quirúrgicas *cómodas* y especialidades quirúrgicas *incómodas*.

*Especialidades quirúrgicas cómodas.*—Son aquellas en las que el especialista, en la inmensa mayoría de las ocasiones, puede disponer el día y hora de la intervención.

*Especialidades quirúrgicas incómodas.*—Son aquellas en las que el especialista tiene que estar en potencia de trabajo la totalidad del día y no permiten tener la seguridad de una hora tranquila (piénsese en la cirugía, traumatología y tocología). Son las que tienen que atender en todo momento cualquier servicio requerido, lo normal de su cometido más todo lo urgente, destacándose en este último aspecto, como de todos es sabido, la tocología.

Y esta urgencia, este correr, esta incomodidad, que algunas veces no está en modo alguno justificada, siempre motivan un rápido e inaplazable desplazamiento del especialista a cualquier hora del día y de la noche y en cualquier ocasión y circunstancia, teniendo además que localizar a la totalidad del equipo quirúrgico, siempre difícil y en ocasiones imposible, por la hora en que el servicio es requerido y la urgencia con que es solicitado.

Las especialidades están ordenadas en tres grupos distintos, correspondiendo a cada grupo un cupo especial de libretas, para lo cual se ha tenido en cuenta el número de asistencias y el volumen de trabajo a desarrollar.

A cada grupo corresponde un índice económico por libreta, pero en estas libretas no hay diferencia económica alguna, de tal modo, que para el especialista todas las libretas son iguales, ya sean de la capital o de los pueblos.

En este criterio de igualdad constituye una evidente excepción la especialidad de tocología correspondiente a los tocólogos de la capital o tocólogos A.

*Tocólogos A.*—Es una especialidad quirúrgica *completa e incómoda*. Para esta especialidad existe un índice económico (0'33 pesetas) por libreta y mes, aplicable a las libretas de la capital, y otro muy distinto (0'0275 pesetas) por libreta y mes, aplicable a las libretas de los pueblos y barrios, en evidente desproporción al trabajo que proporcionan, ya que con dicho índice (de libreta pueblo o libreta barrio) se pretende cubrir la máxima intensidad de trabajo que puede requerir un parto (dicho índice se estableció específicamente «para solucionar las grandes distocias»; posteriormente todavía ha sido recargado de trabajo), de donde se deduce que las exigencias en cuanto a terapéutica quirúrgica son las mismas para ambas clases de libretas, ya que sobre los tocólogos A recaen cuantos problemas tocológicos graves puedan presentarse a todos los acogidos al Seguro Obligatorio de Enfermedad, y, sin embargo, la diferencia económica entre ambas clases de libretas salta a la vista.

¡ESPERANZAS!

Todas estas anomalías que la práctica del Seguro Obligatorio de Enfermedad ha puesto de relieve y que subsisten gracias al espíritu colaboracionista, abnegado y hasta desinteresado del personal facultativo, que con su eficacia y leal entusiasmo le dió toda su ayuda desde el principio, hacen pensar que alguna vez pueden ser reconocidas y valoradas por los organismos rectores del mismo, y que, sin duda amparados por el lema «Por el pan y la justicia», han de entrar en normas de una justa solución.

Hace confiar en ello el precedente que ya existe con los especialistas de análisis clínicos y especialistas de radiología (orden de 26 de octubre de 1948, «B. O. del E.» de 7 de noviembre; orden de 25 de abril de 1950, «B. O. del E.» de 2 de mayo; orden de 20 de septiembre de 1950, «B. O. del E.» de 26 de

septiembre, relativas a indemnizaciones por gastos de material; orden comunicada, de 28 de julio de 1951, sobre porcentajes de analistas y radiólogos del Seguro Obligatorio de Enfermedad; de la recopilación de disposiciones publicada en el número 1 de la «Revista del Seguro de Enfermedad», de marzo de 1952), que, además de la mensualidad correspondiente a su cupo, tienen indemnizaciones por gastos de material y por concepto de puntos o unidades analíticas que contabilizan mensualmente.

De un modo análogo, y para las especialidades quirúrgicas o *completas*, además de la mensualidad correspondiente a su cupo, podría pensarse en una indemnización por acto quirúrgico (con una escala de tarifas aprobadas por la Superioridad), o establecer el concepto de puntos o unidades quirúrgicas aplicables a toda intervención operatoria.

Esto tendría una notable repercusión en la marcha del Seguro, y creemos que hasta en su economía.

En primer lugar, sería un poderoso estímulo en la actividad profesional; ¡Cuántos médicos de la capital, de los pueblos y de los barrios, habría que no remitirían el enfermo al especialista, si sabían que aquello que en conciencia y propia estimación de su capacidad podían resolver, podían hacerlo y además con ello incrementar sus ingresos! Son los casos de pequeñas intervenciones y de distocias de fácil solución, como dice la «Revista del Seguro de Enfermedad» en su número 4, de junio de 1952: «...Por lo tanto, el médico general atiende también a sus enfermos en aquella parte de sus especialidades que está dentro de sus posibilidades y de su capacidad personal. El médico general acrecienta así su prestigio, sigue su vocación y disminuye las molestias a sus enfermos; es siempre su propia discreción, la estimación de sus conocimientos y los medios de que dispone, lo que limita su actuación. Y esto vale lo mismo, naturalmente, para los casos de cirugía menor o de urgencia vital, que, en el ambiente rural, por ejemplo, el médico sabe resolver perfectamente sin separar al enfermo de su lecho.»

Esto, que es reflejo de lo que sucede en el ejercicio particular de la medicina ciudadana y rural, no lo es en la práctica del Seguro (con raras excepciones), pues al amparo de disposiciones reglamentarias cualquier acto quirúrgico es una intervención de importancia y cualquier caso tocológico es una gran distocia, y todo porque ven que su trabajo no tendrá una justa compensación económica.

Pero es que, además, pensamos que, establecido el funcionamiento del Seguro en la forma expuesta de compensación por acto quirúrgico, o establecido el concepto de puntos o unidades quirúrgicos u otra forma similar, repercutiría apreciablemente en la economía del seguro, pues si el médico resolvía por sí mismo el caso sin separar al enfermo de su lecho, no se producirían los gastos de desplazamiento ni de hospitalización.

En cuanto a los *tocólogos A*, es de esperar que, además de las aspiraciones apuntadas como especialidad quirúrgica y *completa e incómoda*, se unifiquen los índices económicos por libreta, haciendo desaparecer el concepto de libreta pueblo y de libreta barrio, quedando todas las libretas en un trato de igualdad, como sucede con el resto de las especialidades.

Transcribimos, como final, la siguiente cita, que nos hace concebir las más bellas ilusiones, pues aunque no se refiere concretamente a nosotros, el espíritu y hasta la letra pueden ser directamente aplicables a nuestras aspiraciones. La

cita es de gran valor, por la autoridad de quien procede y el lugar en que fué pronunciada; es la siguiente:

El día 21 de diciembre de 1953, el excelentísimo señor ministro de la Gobernación, don Blas Pérez González, en sesión plenaria de las Cortes, y dirigiéndose a los señores procuradores, pronunció un discurso en el que explicó lo relativo a la reorganización de los servicios de Correos, y de este discurso, publicado en la Prensa diaria del día 22, entresacamos lo siguiente:

«Con relación a los funcionarios, hemos procurado evitar situaciones de inferioridad en la constitución de escalafones y devengos extraordinarios, en relación a los demás cuerpos similares de la Administración. Por lo demás, se favorece la intensificación de rendimientos y la prórroga de la jornada ordinaria, mediante retribuciones equitativas. La ordenanza garantiza la eficiencia profesional compensando económicamente a la especialización o aptitud para determinadas funciones.»

¿No cabrán en los médicos las mismas consideraciones que en otras ramas de servicios del Estado?...

Esperemos que sí.