

PROBLEMAS DE LA ATENCION MEDICA

Es un hecho vastamente aceptado que los países de América Latina carecen de una cantidad de médicos suficiente para afrontar las necesidades de salud de sus poblaciones. Este déficit se ve acentuado por la mala distribución de estos profesionales.

En este trabajo, el autor hace un análisis de la situación actual, señala su gravedad y sugiere medidas para que se estudie más exhaustivamente el problema y se adopten líneas de acción para solucionarlas mediante una acción concertada de todos los países a través de la Federación Panamericana de Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina.

Producción y distribución de médicos en América Latina en relación con las necesidades de salud y el aumento de población*

Dr. HERNAN ROMERO

Marco del problema

Se dice jocosamente que los economistas y los demógrafos se ocupan de hacer predicciones y de explicar después porqué no se cumplieron. En cierto modo los últimos se han quitado el sambenito, reemplazándolas por proyecciones. Si no sobreviene una catástrofe y la natalidad y la mortalidad se conducen de tal o cual manera, la humanidad, por ejemplo, se compondrá, hacia 1999, de unos seis mil millones de individuos. Con aproximación permisible, pueden aún anticipar cómo se distribuirán éstos, según sexo y grupos de edad. En esencia se limitan a poner en juego la máquina de cálculo y practicar operaciones matemáticas que no quedan fuera del alcance de un muchacho que haya recibido buena enseñanza de liceo. Por cuanto se supone que he de discutir la producción y distribución de médicos en América Latina en relación con las necesidades de salud y el crecimiento de población, debí quizás condenarme a realizar un ejercicio semejante. Además de que habría tenido que basarlo en datos deleznales y marcadamente insuficientes, estoy convencido de que, por definición, los resultados habrían sido errados y falaces.

La tarea no parece irrealizable, sino estéril. Imaginemos que el problema se plantea en términos de esas dos variables y tomemos la segunda. A mi saber la población de América Latina habrá de ser, hacia fines del año actual, de unos 250 millones de habitantes y si aceptamos que crece a una tasa anual de 2,9%, podemos suponer que se le agregarán, en 1968, 7 millones y cuarto —algo menos que la población de Cuba; que se habrá duplicado hacia 1981 y acaso habrá una cantidad triple de la presente— vale decir unos 750 millones de personas hacia el fin del siglo.

Basta enunciar esta proposición para advertir que es, de todo punto, irracional. Sumado a los efectos que, por sí solas, produzcan la urbanización y la elevación de los niveles de vida y de educación, los hombres habrán tomado seguramente medidas enérgicas para detener la inundación. Con propósitos de mero entretenimiento me plantee también otra hipótesis. Se estima que existen hoy tasas de médicos por 10.000 habitantes de 5, en Meso América, 6 en Sud América y 5,8 en América Latina. Postulemos que se desea subir estas proporciones a 10 por 10.000, como la que registra España y ligeramente inferior a la de Francia o Gran Bretaña. Se sabe que estas naciones no están conformes con sus dotaciones y, evidentemente, no satisfarían nuestros requerimientos, por cuanto nuestros niveles de salud son, en general, mucho más bajos que los suyos y escollamos con dificultades de organización y de otro tipo. No obstante que algunos países nuestros están destinando a educación el 25% de su presupuesto nacional y tienen necesidades más urgentes en esta esfera precisa, imaginemos que lleváramos instantáneamente, por arte de magia, la producción de nuestras escuelas al doble, esto es de 6.500 a 13.000. Suponiendo un menoscabo discreto de la falange (por muerte, retiro, etc.), el proceso demoraría, según mis aritméticas, unos 20 años.

* Este trabajo fue leído por su autor en la Reunión de la Unión Latinoamericana de Facultades de Medicina celebrada recientemente en la ciudad de Lima, Universidad Mayor de San Marcos, bajo la presidencia de su Decano, Dr. Jorge Campos Rey de Castro.

En esta oportunidad le correspondió al Dr. Romero presentar este trabajo en su calidad de Relator del tema.

¿Parecerá esa tasa, en 1988, insuficiente o excesiva? Aún postulando que no hayan ocurrido cambios fundamentales en nuestro panorama sanitario, ¿se habrá introducido entonces cantidad de técnicas del tipo que los economistas llamarían *labour intensive*, como las que hoy se emplean en cirugía del corazón o del cerebro, se habrá acrecentado el tipo de enfermedades e invalideces que se tratan largamente y a gran costo por razones meramente humanitarias? A la inversa, ¿se habrán multiplicado los métodos de prevención y terapéutica eficientemente simples y sistemáticos como para que se les aplique en gran escala y con mínima intervención de facultativos? Obsérvese que el sistema debería funcionar como los vasos comunicantes para que se nivelara la situación en Argentina con una tasa de 14,7 por 10.000 con Haití que tiene menos de un 20 avo de la misma. Por estas consideraciones y otras que surgirán más adelante, después de leer kilogramos de literatura y de meditación detenida, he llegado a la conclusión de que estos ejercicios son enteramente ociosos.

Niveles y necesidades de salud

En los primeros intentos por establecer los niveles de salud y, en la recíproca, las necesidades, se propusieron indicaciones, tales como: 1) mortalidad general; 2) infantil; 3) en menores de 5 años; 4) proporción de sobrevivientes después de los 50 años y 5) disponibilidad y utilización de recursos. En las colectividades subdesarrolladas, todos ellos conservan acaso validez. Sólo el 4º, que originaron S. Swaroop y K. Uemura y se discutió prolongadamente en el Grupo de Estudio que se reunió en Ginebra (1955) y de que formé parte, no ha sido escrutado suficientemente como para juzgar su utilidad práctica.

El primero suele ser el único con que se cuenta en muchas naciones y con cierta apreciación de la distribución por grupos de edad de la población, reviste real significado. Ocurre así particularmente cuando la mortalidad general es muy alta, porque, de seguro, ofrece uno o más puntos muy vulnerables. El caso de Ceilán que, abatiendo la malaria, la redujo a la mitad en plazo bastante breve, parece especialmente elocuente. La mortalidad infantil es el índice singular más expresivo de la condición sanitaria, económica y cultural. La mortalidad entre 0 y 5 años traduce, en cierta medida, el estado nutritivo de los niños y la presencia de enfermedades transmisibles. Estos distintos indicadores se sustituyen con ventaja por la expectativa de vida al nacer y después del primer año; pero no se dispone de este dato en muchas partes.

Nadie dudaría de la conveniencia de saber de cuántos facultativos, profesionales y técnicos de colaboración médica, camas de hospital, cen-

tros de salud, suministros de agua potable y eliminación de excretas y otros recursos se dispone. No basta este conocimiento, sin embargo, si se ignora el grado en que se utilizan. Para demostrarlo basta un par de ejemplos. Unos 20 años atrás, la proporción de médicos en Calcuta era ostensiblemente precaria y, en cambio, había entre ellos muchos desocupados. Por una parte no alcanzaban concentración suficiente para que fueran realmente aprovechables y la clientela era tan pobre y tan ignorante como para no recurrir a ellos. A la inversa, existían, antes de la última guerra mundial, muchos facultativos en las ciudades mayores de Alemania y Austria; pero una porción nada despreciable estaba desempeñando otras tareas y aún conduciendo automóviles de alquiler.

La principal limitación de estos diversos indicadores y, probablemente, de todos los datos de que se eche mano, reside en que exigen competencia y discernimiento para su interpretación. El descenso de la mortalidad acarrea habitualmente un aumento de la morbilidad. Cada caso de diabetes infantil, de infarto del miocardio y de paraplejia —para citar tres ejemplos dispares, que se podrían multiplicar substancialmente— librado de la muerte, precisa años de tratamiento y vigilancia.

El Grupo de Hopkins (Division of International Health of the Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health) ha propuesto una metodología bastante original para medir los requerimientos o las demandas, que merece ser ensayada más extensamente; pero que resultaría largo y engorrosa de explicar. En esencia considera 4 enfoques, que no sirven individualmente y denomina: 1) biológico, 2) económico, 3) normativo y 4) análisis funcional. El primero consiste en determinar, prescindiendo de que se busque la atención y de que se la pueda pagar, la patología existente —desde las fracturas hasta las psicosis— y estimar el tiempo y el dinero que cada paciente consume y a quién. Introducido por Lee y Jones, en 1933, es el procedimiento que se procura emplear ordinariamente. Después de una dosis prodigiosa de esfuerzo para preparar normas sobre el manejo de casos y para apreciar la morbilidad y respaldados por el consenso de la opinión de expertos, dedujeron la conclusión perturbadora de que era satisfactoria la fuerza de trabajo existente en el Estado de Nueva York para llenar todas las necesidades de salud.

Para el segundo precisa averiguar cuántos servicios demandan y están dispuestos a sufragar los miembros de distintos grupos sociales. Como se hizo en Taiwán, importa practicar encuestas de muestras estratificadas. Ofrece más aplicación cuando predominan los gastos del sector privado, porque la intervención del gobierno deforma considerablemente el cuadro. El tercero se funda, en realidad, en lo que se podría calificar de opinión de expertos. Basados en la experiencia,

en las comparaciones internacionales y en otros antecedentes, postulan ellos que se puede y se debe, por ejemplo, disponer de un médico por cada 1.000 habitantes y de 2 a 2,5 enfermeras por cada facultativo. Más adelante se van ajustando progresivamente las metas. Naturalmente distan éstas más o menos de la realidad y, además, van cambiando con circunstancias tales como el envejecimiento de la población, la urbanización y la elevación de los niveles económicos y educativos. El error más serio y, a la vez, más frecuente, consiste en tomar los datos de naciones más avanzadas y plantearse objetivos que quedan fuera del alcance. El último enfoque es mucho más complejo, por cuanto consiste en intentar una síntesis pragmática, aplicando los mejores rasgos de los otros tres y movilizándolo los procedimientos de la epidemiología, la economía, las ciencias sociales, el análisis operacional, etc. Para medir la demanda racionalizada, puede así que, para combatir la malaria, se emplee el criterio biológico; para la consulta médica, el económico y la opinión de expertos para decidir, a base de normas y metas, los requerimientos y los recursos humanos y materiales. Puede llegar a la cúspide de la racionalidad, pero exige información cabal y analistas competentes.

No vale la pena detenerse en los criterios que está ensayando la Unión Soviética para la planificación y "alocación" de su personal de salud. Difícil de entender, este último concepto se basa en que los "contactos" —visitas a domicilio, atención de pacientes ambulantes y en cama, control de niño sano etc.— tienen valor diverso y no pueden ser sumados como unidades. Se proponen establecer, a base de la experiencia y de las necesidades percibidas, el tipo y el número de instituciones que se requieren en cada región. Clasifican dichas instituciones y, según normas definidas, dictaminan la cantidad y variedad de personal que exige el funcionamiento de cada una. Además de la complejidad del sistema, carece de interés por cuanto sólo es aplicable tal vez dentro de un régimen estrictamente socializado en el cual el único empresario es el Estado.

La Comisión ad-hoc que designó nuestra Facultad y, en particular, uno de sus miembros, el Profesor J. M. Ugarte, han practicado estimaciones de las necesidades de médicos en Chile que son dignas de atenta consideración. Sus méritos principales residen en que sugiere medidas para que no se estropee la situación actual y aún para paliar el déficit, que son perfectamente factibles, pone el acento en la urgencia de mejorar la organización y los rendimientos y concede preocupación preferente a la formación de profesionales de colaboración médica. Despierta reservas en cuanto fija metas demasiado moderadas: 2,5 consultas por individuo al año —en circunstancias que otras naciones tienen 5 y aún, como Checoslovaquia,

más, se atiende a la dotación de 36.000 camas de hospital que existía en el momento, que representa una tasa de 4,4 por mil y queda muy por debajo de lo deseable.

más de 10— y 0,25 visitas domiciliarias; ade-

Entre mediados de 1964 y de 1967 se llevó a cabo en Colombia, el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica, que revistió carácter de ensayo piloto y que, tanto por los propósitos que lo informaron y la metodología con que se realizó, como por los resultados, inicia una era en la América Latina. Con motivo de la Conferencia Internacional que, sobre estas materias, auspiciaron OPS, la Fundación Milbank Memorial y el Gobierno de Venezuela, los colombianos presentaron dos documentos de intención preliminar que revisten valor incomparable y concitan atención y meditación cuidadosa. Pueden ya inspirar y servir de guía para la planificación y racionalización de los servicios de salud y de la educación de médicos y de enfermeras de otras naciones hermanas.

Producción y desgaste de médicos

Mientras no existan colegios o instituciones similares que mantengan registros vivos y expurgados de los profesionales con indicación de su edad, residencia, actividad y sitio de trabajo —lo que dista de ofrecer dificultad— no se sabrá a ciencia cierta la dotación real de estos profesionales. Gracias a los esfuerzos perseverantes de OPS y a sus publicaciones periódicas y escrupulosas, se tiene noticia de la producción anual de las distintas escuelas cuyo número oscilaba alrededor de 110, en el año 1964, esa producción habría alcanzado a 6.650. Casi por completo se ignora, en cambio, la pérdida constante que, con el vocablo inglés, me gustaría llamar atrición. En la acepción pertinente, significa desgaste, particularmente de recursos, como en una guerra de atrición. Cabe columbrar que el menoscabo por cambio de actividad es mayor en los primeros años que siguen a la graduación y que, sobrepasando aún a los dentistas, los médicos son de los profesionales más persistentes. Una mayoría substancial debe alcanzar entonces el término de su vida activa que, arbitrariamente, Chile ha fijado en 65 años y Canadá, en 72. En esta nación se calcula en 6% de la población total de facultativos la merma que ocasionan el retiro por cambio de actividad, enfermedad y jubilación y la mortalidad, en 1,4. En muchos de nuestros países cabría obtener este último dato, recurriendo a tablas de vida propias o ajenas, con los debidos reajustes. La substracción por incapacidad temporal o permanente y por jubilación ha de variar enormemente, aunque sólo sea por las diferencias de los sistemas de seguro social.

Porque es ya ingente y exhibe tendencia progresiva, debería preocuparnos principalmente la pérdida por emigración. Según el valioso estudio que, por encargo de OPS, emprendió el doctor Charles V. Kidd, había, en 1966, 5.971 médicos en Estados Unidos que se habían graduado en nuestras escuelas latinoamericanas y que representan cantidad algo menor de la producción anual de todas ellas, en conjunto. En el último tiempo ha habido una inmigración anual de 525, que constituye sensiblemente más del 8% de esa misma producción global. Postulando tal vez que el fenómeno tiene carácter más temporal, separa el caso de Cuba, que estaría perdiendo el 60% de sus graduados y señala para Haití una merma de 48%, de 40 para Panamá, 37 para República Dominicana, 27 para Nicaragua y 20 o algo menos para Ecuador, El Salvador, Guatemala y Colombia. Volviendo a separar a Cuba, los otros 300 individuos equivaldrían al rendimiento de 3 planteles mayores de Estados Unidos cuya construcción costaría unos 60 millones de dólares y más de 15 millones, el funcionamiento anual. El valor económico de nuestro aporte sería equiparable así a toda la ayuda que esa nación nos presta en el campo de salud.

No huelga agregar que, entre 1953 y 1961, Canadá recibió 3.815 médicos inmigrantes y si bien de ellos algo más de 60% provino de otras naciones de la Comunidad Británica y de Estados Unidos, en el saldo de unos 1.500 hay una proporción apreciable de latinoamericanos. Entre ellos aparentemente destacan los peruanos. En el país ingresaron al ejercicio, entre 1950 y 1960, unos 15.000 facultativos, de los cuales un tercio se había graduado en el extranjero. La relación con los nacionales subió, en el período, de 24,8 a 60,4. La incorporación anual es algo mayor que la producción de sus tres escuelas mayores y bastante superior a la suma de las otras ocho. Todavía más. Ferguson del Grupo de Hopkins agrega, entre otros, dos datos muy significativos. De la población médica de Estados Unidos (293.874, en 1965) el 12,7% (37.206) se había graduado en el extranjero. De 380 médicos de este contingente que emigraron del Canadá, 193, o sea algo más de la mitad, había nacido fuera de este último país. Con sobrada razón comenta que Canadá está sirviendo para muchos de ellos como estación de paso (*way station*) para quienes tienen como destino final Estados Unidos. Constituye otra forma de sangría particularmente inquietante.

Dije ya que, gracias principalmente a que los informes técnicos de OPS han alcanzado alto grado de rigor y perfeccionamiento, se sabe, con prudente aproximación, el rendimiento anual de nuestras escuelas. Pasé largo rato, eso sí, escrutando el Cuadro N° 2 de las condiciones de salud en las Américas (Publicación Científica N° 138 de Agosto de 1966). No logré

dilucidar cómo República Dominicana, con una de las mayores migraciones, ha llegado a reunir 2.153 médicos con una graduación anual de 85, en tanto que, con otra de 104, Bolivia apenas posee 1.032; cómo Brasil, con emigración mínima y un débito de 1.334, tiene sólo 2.000 médicos menos (29.340) que Argentina (31.831), que titularía al año cerca de 550 más (1871). En verdad República Dominicana sufre la mayor pérdida —10,6 por millón de habitantes— y Brasil la menor de 0,5. Aún esta información más básica y simple exige, pues, escarmenar mucho más.

Para morigerar nuestras ambiciones procede contemplar la situación de Estados Unidos y Canadá, que nos aventajan tan enormemente en todo sentido. El Jefe del Servicio Sanitario (*Surgeon General*) de esa nación —incuestionablemente la primera potencia económica del mundo— declaró no existir posibilidad alguna de lograr, en un futuro previsible, la fuerza de trabajo que se requiere y conforma mínimo esencial para proteger la salud de los ciudadanos. Sin embargo, su propio Servicio anticipa que se deteriorará en 4% hacia 1975 y que, para que no suceda así, deberán desplegarse esfuerzos titánicos y aumentar en 50% el rendimiento de las escuelas actuales, además de crear otras 20, al menos. En el momento se calculaba una dotación de 132 por 100.000 habitantes, o sea de 1 para 760 personas de las cuales sólo 100 se ocupan de la atención de pacientes. Fuera de los inactivos, se incluye en el remanente a los que se dedican a sanidad, enseñanza, investigación, administración, etc. Incidentalmente procede comentar que, desde el punto de vista de la salubridad, la labor de estos últimos puede aportar, a la larga, beneficios mayores y más permanentes. Por la imposibilidad de mejorar la situación, el Grupo Consultivo (Comité Bane) juzgó ociosos los refinamientos estadísticos para valorar las necesidades crecientes.

No huelga recordar que, de los colegas que iniciaron la práctica en 1959, uno de cada cinco era extranjero, como también uno de cada tres internos y residentes de hospitales. Las autoridades cuentan con que se mantendrá la inmigración substancial de 19% o de 13%, si se excluye a los nacionales que se graduaron fuera del país. Para el mismo propósito médico de conservar la tasa de 12 por 10.000 y confiando también en que seguirán viniendo los aportes del exterior, Canadá declara oficialmente que deberá expandir las promociones actuales de estudiantes y construir, antes de 1971, 4 escuelas más, prescindiendo de la que comenzó a funcionar, este año, en la Universidad Sherbrooke. A modo de inciso cabe añadir que Estados Unidos pide, para 96 estudiantes, 85 profesores de clínica de tiempo completo. Canadá ha bajado sus miras y, para 84 alumnos, quiere 35 de éstos y 32 de ciencias básicas. Para lo-

grar este objetivo, precisa acrecentar sus facultades en 780 individuos y que sus universidades preparen un promedio de 40 profesores de ciencias básicas y 70 de ramos clínicos cada año, durante 7 años.

Panorama sanitario

Con un promedio de ingreso anual per cápita de 380 dólares y seis naciones con menos de 200, en contraste con los 2.800 de Estados Unidos y con su consumo de alimentos por debajo del mínimo en 3 repúblicas de cada 4, nadie negaría que afrontamos una tarea mucho más gigantesca. No obstante los progresos apreciables del último tiempo, nuestras necesidades son incomparablemente mayores. Con pocas excepciones los menores de 15 años sobrepasan de 40% y, en tres casos, llegan a 48%. Dada la juventud de nuestras poblaciones, la mortalidad general, del orden de 14 por mil, puede y debe ser rebajada en un tercio; todavía la del grupo de 1 a 4 años excede en unas 10 veces a la de Norteamérica; en varias naciones la infantil ha de acercarse todavía a 100 y, acaso en ninguno, es menos del doble que en ese continente y triple que en Suecia. Todavía la mortalidad materna es unas 10 veces superior a la de Estados Unidos y Canadá, un tercio y aún la mitad (hasta el 85%) de los partos no reciben atención profesional y los abortos, que se han calificado de la epidemia más grave del mundo moderno, ofrece caracteres amenazantes e invasores en el nuestro.

Las enfermedades infecciones y la tuberculosis gravan con un peso excesivo. Fallecen unos 1.000 individuos de difteria y unas 15 veces más que en Estados Unidos por tos ferina y la letalidad del sarampión es exagerada y denotadora de la nutrición defectuosa de los niños. Se podría alargar la enunciación.

Las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles y del aparato digestivo son aún superiores a 300 y a 600 por 100.000 habitantes, respectivamente. Prescindiendo de Brasil que carece de la información pertinente, se declaran anualmente en el hemisferio unos 40.000 casos de tifoidea y, de ellos, el 98% en América Latina.

Tanto o más que estos factores influye el privilegio aciago de ser la región mayor del mundo que crece con velocidad más precipitada. Como índice grosero de la insuficiencia de atención, cabe mencionar que, en los certificados de defunción, figuran, con algunas excepciones, entre un 20 y un 50% de causas desconocidas o mal definidas; que menos del 50% de las embarazadas (3,5 en Ecuador) concurre a los consultorios pre-natales y un porcentaje todavía menor (de 10,5 en Bolivia) de lactantes a los de control de niños sanos. Habiendo aumentado en la Región la concentración de

dentistas de 2 a 2,3, es de 5,4, en Norteamérica y sólo de 2,8 en la América del Sur y de 1, en la Central. Con esfuerzo se ha mantenido la tasa de 3,2 camas de hospital por 1.000 —con variaciones desde 6 (Argentina y Uruguay) a 0,6 (Haití)— de población frente a 9 para Estados Unidos. Para que no descienda hay que agregar anualmente 25.000 hasta 1971. Frente a las 4,5 consultas por individuo en esta nación, hay 0,26 en Honduras y 0,13 en Bolivia. A estos niveles quedan excluidas, por definición, las consultas de índole preventiva.

Nadie ignora que en las regiones y países subdesarrollados, los promedios son muy engañosos. De poco sirve señalar que la tasa de médicos por 10.000 habitantes ha llegado a 5 en Meso América y a 6 en América del Sur, puesto que la dispersión va desde cerca de 15 en Argentina a 0,7 en Haití. Más aún, la disparidad va desde concentraciones de 28,8 y 28,5 (Buenos Aires y Santo Domingo) en algunas metrópolis a 0,5 en medios rurales y en los aislados hasta 1 por 50 ó 60.000. En aquéllas y en las capitales se congrega más del 50% de estos profesionales para servir el 18,7% de la población. También según OPS, las razones oscilan, en los dos grupos, entre 28,8 y 5,8 para los primeros y en el resto de las naciones son de menos de un tercio: entre 8 y 0,8. Cosa peor ocurre con las enfermeras cuyas proporciones van de 10,4 en Argentina a 0,4 en República Dominicana y cuya insuficiencia es enormemente mayor que la de médicos. Basta recordar que se acepta una concentración de 3,5 en la América Central y 1,5 en América del Sur frente a 30 para Estados Unidos y 30,4 para Canadá.

Se justifica singularizar, a modo de ejemplo tipo, el caso de Chile, en cuanto ocupa una posición intermedia en la evolución demográfica y tendría una concentración de médicos —5,8 por 10.000 habitantes— idéntica a la que se atribuye al conjunto de América Latina. Pues bien, la insuficiencia de mano de obra queda palmariamente demostrada por una concentración tan baja como 1 por 10.000 en partes del territorio y, en otras, por la certificación de causa de muerte que no alcanza al 30%; el Servicio Nacional de Salud tiene varios cientos de cargos vacantes y emplea, en calidad de auxiliares técnicos, médicos radicados en el país y que no han validado sus títulos y, particularmente durante el verano, estudiantes de últimos años; entre un tercio y el 40% de los partos no reciben asistencia profesional alguna. Se advierten también entre nosotros muchos de los vicios que prevalecen en la Región. El 73% de los facultativos se acumula en las provincias de Santiago y Valparaíso en que reside un 40% de la población; las razones van desde 11 en aquel punto a 1 en Chiloé; en el SNS dedican aproximadamente los dos tercios del tiempo a pacientes hospitalizados y un tercio a la

consulta externa, en circunstancias que debería ocurrir al revés; tiene entre 4 y 5 veces más cargos para médicos que para enfermeras y, probablemente, ninguna carencia es más aguda que la de matronas.

Política práctica

Si bien urge ampliar la capacidad de las escuelas de Valparaíso, Valdivia y también las de Santiago, muchos sustentamos que es todavía más premioso introducir reformas administrativas y de otro orden, a fin de acrecentar el rendimiento de la fuerza de trabajo existente; corregir, como se intenta con cierta timidez, la mala distribución, como asimismo el desequilibrio entre los profesionales, técnicos y auxiliares que integran el equipo de salud. En buenas palabras, propiciamos establecer realmente una empresa de salud. De nuevo los esfuerzos que realizan los colombianos ofrecen muchas inspiraciones valiosas. Propiciamos asimismo conceder preferencia manifiesta a la formación de médicos generales, enmendar la insuficiencia de pediatras y de especialistas en anatomía patológica, laboratorio clínico, radiología y otras disciplinas que denominamos "en falencia".

Basado en estos argumentos y en muchos más y por un afán de simplificación sobrado y acaso útil, desearía plantear el problema en términos muy escuetos. Como conjunto América Latina tiene tal apremio de aumentar la producción de médicos que todos los empeños serán insuficientes. Anotamos ya que, aún si la duplicara de inmediato, transcurrirían unos 20 años antes de alcanzar tasas que se juzgan hoy medianamente satisfactorias. Tomando sólo tres datos —población, dotación actual y graduaciones anuales— parecería que no precisan acelerar el ritmo Argentina, Uruguay, Costa Rica y Cuba; de ellos, el último porque está lanzado en una campaña activa y el penúltimo porque se halla en una fase de desarrollo en que no le queda sino crecer. Con bastante arbitrariedad, se puede, según magnitud y urgencia de la necesidad, ordenar a los demás más o menos así: Honduras, Haití, Panamá, Nicaragua, Salvador, Guatemala, República Dominicana y Brasil, en un primer grupo y en un segundo, México, Bolivia, Colombia, Chile, Perú y Venezuela.

Si varias personas intentaran este planteamiento, llegarían a otras tantas ordenaciones. Concordarían, en cambio, en que es más grave, dañino y fácil de solucionar el déficit de enfermeras. En los países avanzados se acepta que debe haber 2 ó 2,5 de estas profesionales por cada médico. Entre nosotros las proporciones son de 3,5 es a 5 y de 1,5 es a 6. Al menos la última debería invertirse. Habría consenso asimismo en que importa más que los facultativos estén secundados por equipos de composición

armónica que acrecentar artificialmente el volumen de aquéllos.

Hemos hablado de médicos como si se encuadraran en un padrón general, en circunstancias que existen diferencias apreciables de calidad. Cuanto se haga por elevar y nivelar ésta, aliviar, sistematizar y mejorar la formación acarreará beneficios evidentes. Debería conducir a la formación de un médico indiferenciado —el blástocito— como han declarado proponerse Colombia y Chile. A título personal, agrego que debería fomentarse, sobre todo, a los médicos generales, no obstante saber que la profesión progresa gracias a la especialización y que los especialistas de tiempo completo han subido, en Estados Unidos, de 9 a más de 50% en el último medio siglo. Una cosa es el progreso de nuestra ciencia y otra el ejercicio profesional.

Para aminorar el déficit que dice tener, Canadá se ha planteado la conveniencia de acelerar un tanto la graduación, aumentar la carga de trabajo en los primeros años, extender los horarios y abreviar los actos médicos y aplazar la jubilación. Cabría considerar estas medidas entre nosotros; pero es mucho más imperioso cohibir la hemorragia que importa la inmigración. Aún si fuera factible, parece absurdo pretender que, acaso por móviles de convivencia internacional, restrinjan la inmigración los países receptores. Cuando más, se conseguiría, probablemente, que la corriente se desviara hacia otros destinos. A todas luces, la requieren varias naciones y la están suscitando. Mucho podrían hacer, en la recíproca, nuestros gobernantes para paliar la merma, mejorando la situación económica de los médicos y las condiciones en que se desempeñan, creando incentivos especiales para los que se alejaron con voluntad de radicarse en el extranjero o, temporalmente, con ánimo de perfeccionamiento y resultaron tentados por circunstancias más propicias. Argentina estaría empleando esos incentivos con eficacia.

Con mejores expectativas de éxito que los economistas, deberíamos proponernos, mediante una política bien meditada y permanente, desarrollar nuestro mercado común. Lo estamos consiguiendo, en cierta medida, con nuestros sanitarios, planificadores y demógrafos y la Federación Panamericana de Asociaciones Nacionales de Escuelas de Medicina, fundada en Río de Janeiro en 1963, representa la mejor palanca de acción. De modo inmediato los colombianos nos señalaron un camino hacia el conocimiento de los recursos humanos de salud y sus relaciones con la educación médica y profesional. Si queremos ampliar y multiplicar nuestras escuelas, tendremos que entrenar nuestros cuadros docentes. Como paso primero y pronto, ¿porqué no cumplimos esta tarea en concierto y aprovechamos, para el propósito, las diversas oportunidades que brindan varias de nuestras universidades? ¿Por qué no inter-

cambiamos profesores y ayudantes y por qué no establecemos becas para graduados jóvenes en nuestros propios países? Algunas de éstas y de los intercambios podrían ser simples trueques.

Para indicar que se cuenta con ayuda ingente del exterior, basta notar que la Asociación de Colegios de Medicina de Estados Unidos ha recomendado que la nación destine anualmente a la educación de personal de salud del mundo desarrollado 50 millones de dólares durante 10 años y que en el registro de personas interesadas por servir en el exterior, que abrió con el objeto, se habían inscrito 6.245 profesores de tiempo completo. Abundan las subvenciones de fundaciones internacionales y los entendimientos directos con universidades de Europa y de Norteamérica.

Signo de la época, hemos recurrido y abusado de las reuniones ocasionales de expertos, que cumplen evidentemente un fin útil. Ahora mismo sugeriría una para discutir, a base de experiencia, las posibilidades y los impedimentos para enmendar nuestros colosales defectos de distribución y los pasos que se pueden dar en este sentido. Las medicaturas rurales de Venezuela, hoy nacionalizadas, los esfuerzos de regionalización en Colombia y Chile y otras medidas en ensayo darían margen a un debate fructífero. Creo estar en condiciones de desarrollar la idea. Sin embargo, es tiempo sobrado que estos encuentros y los documentos que emanan de ellos sirvan de inspiración y de impulso para robustecer la agencia permanente de Brasil.

Ha habido consenso en las reuniones a que aludí en condenar la formación de médicos de segunda categoría, como los *feldshers* de la Unión Soviética, los licenciados de India o *les assistants medicaux* de las antiguas colonias francesas. Ocurre que en nuestra profesión el individuo a quien, teóricamente, le falta un día para titularse, no es médico en definitiva. En nuestro medio muchos de esos desertores no son fracasados y podrían utilizarse para distintos propósitos. Mucho más importante que este ahorro, ¿por qué han de ser médicos quienes enseñan bacteriología y parasitología, física y biología, química y fisiología, para citar unas cuantas disciplinas? Hay algunas funciones que, a todas luces, puede cumplir exclusivamente el médico; pero sólo éstas deben confiarsele. Durante la mayor parte de mi vida profesional, él ha practicado los exámenes de Wasserman y de orina y aún desarrollado las placas radiográficas y todavía resiente que otra persona verifique la visión de un miope que necesita un par de anteojos. Estalló un pequeño escándalo cuando entrenamos a las enfermeras para que tomaran la presión arterial y no se ha impugnado el absurdo de que colegas se empeñen en los menesteres domésticos que implica la administración de Hospitales. El principio general debería ser precisamente entregar al mé-

dico únicamente las funciones que solo él puede desempeñar. Si bien ha dejado de pesar criaturas en el consultorio de niños sanos, como ocurría en mis tiempos, insiste aún en atender los partos normales, que son la abrumadora mayoría. En nuestra indigencia ninguna medida singular reviste acaso más importancia que el desarrollo de los profesionales y los técnicos de colaboración de que son ejemplo la trabajadora social en psiquiatría, la bibliotecaria, la secretaria y el fotógrafo. Recientemente observé con admiración el servicio que prestan, en Nueva Zelanda, las higienistas dentales a los escolares y a los niños, en general.

Como resabio del concepto de que nuestra profesión es, en la jerga de los economistas, eminentemente competitiva, subsiste el recelo inconfesado de los extranjeros. Hace poco tiempo, dilapidé energías tratando de suscitar la importación de un grupo circunscrito de facultativos belgas que quería emigrar a Chile. En tanto que Estados Unidos, Canadá y Australia, entre otros, fomentan estas inmigraciones y han elaborado sistemas para verificar la calidad y la competencia de los candidatos, nosotros nos obstinamos en una política de puertas cerradas. Es una manifestación de complejo de inferioridad de que bien podríamos desprendernos.

Con ánimo que no es festivo del todo, suelo recordar a mi interlocutor que los sexos están bastante equiparados. En la Unión Soviética se entrega la profesión médica preferentemente a las mujeres y ellas comienzan a exceder de los varones en las escuelas dentales de mi tierra. No afirmo que convenga copiar a los rusos; pero sí que deberíamos darle al otro sexo acceso más amplio y, además, que se derrocha buena parte de su fuerza de trabajo. En Estados Unidos más del 50% de las enfermeras son casadas y, en diversas naciones avanzadas, se ha verificado que una cantidad importante de estas profesionales y de otras se reincorpora a sus actividades después de los 35 años. Estas alusiones tienen por objeto, de una parte, expresar mi convicción de que el ejercicio de la medicina debería estar, en buena parte, en manos femeninas y, de otra, apuntar al despilfarro que implica no emplear más el personal de tiempo parcial y no recuperar personas que podrían y desearían volver al mercado del trabajo.

Recapitulación

En suma, es insuficiente, a todas luces, la producción y todavía más defectuosa la distribución de médicos en la Región. No obstante los progresos apreciables de los últimos tiempos, nuestro panorama sanitario todavía se muestra muy sombrío. Esos defectos entran todas las iniciativas destinadas a mejorarlo. Hay indudable conveniencia en dilucidar la magnitud y la variedad de necesidades y recursos y, con el

objeto, se han dado pasos bien encaminados. Sin embargo, aparece evidente que éstos no serán suficientes, en un futuro previsible, para satisfacer aquéllas y que basta la información disponible para elaborar y poner en marcha un programa de acción inmediata y a plazo indefinido. Se insinúan algunas de las medidas que procede tomar desde luego y se recomienda, con mucha vehemencia, realizar la labor concertadamente. Se habla de un mercado común y de una empresa de salud. El mero intercambio de opiniones y experiencias a que dan lugar reuniones de este tipo aporta beneficios positivos y abundantes. De eficacia incomparablemente mayor resulta contar con una agencia permanente que podría ser, de seguro, la Federación Panamericana de Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina América Latina es una región y sus habitantes deben pensar y

actuar como miembros de una misma comunidad; los dirigentes poseen conocimientos y han adquirido bastante madurez como para cumplir un programa de largo aliento. No esperan otra cosa de ellos los países a que pertenecen y que les confiaron responsabilidades superiores.

Mucho se dice que las universidades constituyen asociaciones libres de personas que se ocupan de perfeccionar y difundir esos conocimientos. En el mundo moderno tienen obligación, además, de mantenerse atentas a los acontecimientos del momento y aún anticiparse a lo que ha de ocurrir en las sociedades de que forman parte y que las sustentan. Iluminar el camino y colaborar activamente con los hombres que se empeñan en cautelar la salud individual y colectiva representa uno de sus deberes más nobles y más gratos.