

IX CONGRESO DE MEDICINA SOCIAL

Entre los días 26 y 30 de abril del año en curso, se efectuó en Lima, Perú, la XIII Asamblea General y el IX Congreso Médico-Social de la Confederación Médica Panamericana. El Colegio Médico de Chile, representado por miembros del Departamento de Salud Pública y Trabajo Médico y del Departamento de Acción Gremial, presentó cuatro relatos al IX Congreso. En este artículo, el Dr. Giorgio Solimano, Ayudante de la Cátedra "A" de Pediatría del Prof. Julio Meneghello y de la Cátedra de Higiene Materno-Infantil de la Escuela de Salubridad, y la Dra. Nora Bertoni, del cuerpo docente de esta última Cátedra, nos dan una breve reseña de cada uno de esos relatos, considerando de preferencia los objetivos y conclusiones expuestos.

Reseña de los trabajos chilenos presentados en el IX Congreso Médico-Social de la Confederación Médica Panamericana

La enseñanza médica en relación con los problemas de salud pública en América Latina

Dr. ALBERTO CRISTOFFANINI

El autor analiza las características demográficas, socio-económicas y de Salud de América Latina destacando que "el análisis muestra una superposición de problemas médicos y problemas económico-sociales que el educador médico no puede ignorar".

Tomando como referencia:

1º.—El Seminario de Formación Profesional Médica realizado en Chile en 1960, y en el que participaron todas las Facultades de Medicina, el Colegio Médico y el S.N.S.

2º.—Las actividades desarrolladas por la Comisión Permanente de Formación Profesional Médica integrada por los organismos antes mencionados.

3º.—Las conferencias organizadas por la Federación Panamericana de Facultades de Medicina, en la última de las cuales realizada en Posos de Caldas en 1964, su Presidente Dr. Amador Neghme expresaba "Toda Escuela de Medicina cumple una elevada misión social y tiene el deber moral de preparar médicos de la más alta eficiencia y capacitarlos para cumplir su papel en el liderazgo social de países en desarrollo como los nuestros".

4º.—Otras iniciativas de carácter nacional tales como la formación de un Departamento de Educación Médica, Seminarios de Educación Médica para monitores, etc.

El autor concluye:

"Destaca claramente la importancia que se concede a la calidad moral, a la amplitud de comprensión y de intereses, y al espíritu de iniciativa que debe tener el médico para que sus funciones, encuentren en él la sustancia básica para su transformación en "líder". No creemos que dicha tarea está completa, ni que llegue a estarlo, porque tanto las necesidades como las maneras de afrontarlas son cambiantes. Creemos que un trabajo en equipo, las organizaciones médicas, las autoridades universitarias y las instituciones de salud del país deben revisar periódicamente las metas trazadas y evaluar frecuentemente los mecanismos destinados a alcanzar dichas metas. Pero si hemos logrado crear el tipo de profesional que hemos delineado, éste sabrá adaptarse a aquellas manteniendo la efectividad de su acción directriz".

Trabajo médico y seguridad social

Dr. JORGE ALVAREZ ANDREWS

El autor inicia su relato definiendo los conceptos de Seguridad Social con el propósito de "poder establecer bases de comparación y hacer resaltar la estrecha relación que existe entre el trabajo médico y la evolución de la Seguridad Social".

En Chile, la evolución del trabajo médico y la Seguridad Social pueden condensarse en 4 períodos bien característicos:

1°—Durante la Colonia y los primeros años de vida independiente: el trabajo médico se desarrolló en un medio económico-social relativamente fácil.

2°—Desde mediados del siglo pasado a principios del siglo actual, en que el sistema de trabajo médico era el ejercicio liberal, donde el enfermo elegía el médico de su preferencia y cancelaba directamente sus honorarios. Los Médicos se organizaron en Sociedades científicas de naturaleza Clínica, culminando con la fundación de la Sociedad Médica.

3°—Esta tercera etapa comprende desde 1925 a 1952. En ella se observa la tendencia de agrupar los servicios alrededor del Estado para proteger la salud de los habitantes, quedando sólo al margen algunos seguros privados, de accidentes de trabajo y algunos servicios Municipales de atención de indigentes. Las leyes sociales marcaron un nuevo rumbo al trabajo médico, la Medicina Colectiva se fue imponiendo y el trabajo médico debió adaptarse a esta nueva modalidad. Como un hecho sobresaliente de esta etapa, en 1951 se dictó el Primer Estatuto Médico Funcionario por la Ley N° 10.223.

4°—Desde 1952 hasta la actualidad, la fusión de los Servicios Médicos en el S.N.S., es sin lugar a dudas el avance más formidable que se ha logrado, ya que en el momento actual controla los Servicios Sanitarios de todo el país y la atención médica del 70% de la población, cuenta con servicios médicos en todo el territorio y es poseedor del 90% de las camas hospitalarias. En el orden social, la atención se hizo extensiva a todo el grupo familiar y en el orden previsional otorga un subsidio de enfermedad igual al 100% del salario.

Del extenso y completo análisis presentado por el autor, las principales conclusiones pueden resumirse como sigue:

1°—Existe una diversidad de sistemas de aplicación de la Seguridad Social.

2°—Que, cada país tiene sus propios problemas que debe resolver de acuerdo al desarrollo socio-económico y al grado de evolución a que ha alcanzado en los métodos de protección a la población.

3°—Que, el trabajo médico guarda estrecha relación con el desarrollo de la Seguridad Social.

4°—Pueden establecerse dos sistemas que consideraremos como opuestos: la profesión liberal, en que cada paciente elige su médico y cancela directamente los honorarios al profesional; y el médico funcionario a *full time*, que trabaja en una Institución Estatal o semi estatal, gozando de un sueldo mensual.

5°—Los países con un alto standard de vida y con una renta per cápita alta, pueden darse el lujo de mantener un amplio sistema de atención médica fundado en el ejercicio liberal de la profesión.

Los países económicamente débiles, y con una población numerosa de escasas rentas no tienen otra alternativa que optar por los sistemas de medicina colectiva y seguros sociales en los que se hace indispensable el médico funcionario.

6°—Que en la hora actual, la medicina no es un simple problema de relaciones médico-paciente y que su acción va más allá del cliente, alcanzando a su grupo familiar, a la prevención de las enfermedades y al grupo social en que actúa que no cuenta con recursos para poder recibir una atención médica de calidad.

7°—Finalmente, siendo la Seguridad Social una rama de la política económica de un país, destinada a resguardar la capacidad de trabajo de sus habitantes, protegiéndolos del riesgo de enfermedad, contribuye a una mayor capacidad de producción y con ello a procurar un mayor bienestar físico, mental y social de la comunidad.

El crecimiento de población y el control de la natalidad

Dr. HERNAN ROMERO

La importancia del tema, la profundidad con que el Dr. Romero lo aborda en este trabajo, y la gran cantidad de datos y juicios contenidos en él, imposibilitan el resumirlo de acuerdo al propósito de esta reseña. Sólo nos limitaremos a enumerar los principales aspectos considerados, y remitir a las personas directamente interesadas al trabajo original.

—La brecha demográfica.

—La proyección de población basada en la continuación de las tendencias recientes. "Naciones Unidas acostumbra preparar tres proyecciones de población que denomina alta, media y baja. Según las últimas de 1963, los habitantes han de ser, al fin del siglo, 6.800, 5.900 y 5.300 millones, respectivamente. En este mismo balance reciente, introdujo un cuarto cálculo que se funda en la persistencia de los fenómenos de este momento: la llamada proyección basada en la continuación de las tendencias recientes. De acuerdo a este cálculo podría haber, el año 2000, 7.410 millones de habitantes,

lo que significa que la humanidad se duplicaría cada 23 años.

"Para América Latina, considerando su tasa de crecimiento, la duplicación ocurriría en 20 años, para triplicarnos en 31".

—Las migraciones de población.

—Las poblaciones marginales o irregulares.

—Prioridad de las ciudades de América Latina.

—Comercio y producción agropecuaria.

—El panorama de la alimentación.

—El estado de nuestra educación. Sus gastos y perspectivas.

—Fundamentos del control de natalidad. Condiciones de los programas de control. Procedimientos de control. La responsabilidad de los médicos, etc.

De la lectura de algunos de los puntos enumerados, es fácil comprender la imposibilidad de entregar un análisis más detallado, sin caer en fraccionamiento desordenado de este trabajo.

Los servicios de seguridad social en función de los programas de salud pública

Dr. HERNAN OYANGUREN

El autor hace una breve revisión de los conceptos de Seguridad Social, Seguros Sociales y Medicina Social y del rol de los Seguros Sociales respecto a ésta última.

Enseguida da información de la experiencia chilena donde se ha tratado de establecer un sistema de integración administrativa y técnica de las acciones médicas ante la necesidad de dar atención médica en los aspectos de medicina preventiva y curativa a un grupo mayor de población, sin que aún se haya logrado abarcar la totalidad de los grupos poblacionales necesitados de atención como tampoco integrar a todos los servicios médicos del país. El Servicio Nacional de Salud, responsable de la salud de los habitantes de Chile y cuya función es realizar acciones de protección, fomento y recuperación de la salud, atiende a más del 70% de la población y ha recibido del Seguro Social

la delegación de la atención médica de los imponentes del Seguro Social Obrero y de sus cargas, en tanto que otros sectores de empleados y obreros tienen distintas soluciones para el problema de atención médica de sus afiliados.

Da a conocer la participación financiera de los Seguros Sociales en la Medicina Social de Chile. El Seguro Social Obrero hace un aporte al S.N.S. que es inferior al 20% del presupuesto de éste, el que recibe del Estado un 70% de los aportes. Los Seguros Sociales de los empleados en cambio financian en alto porcentaje sus servicios médicos. Agrega el autor que:

"Los Seguros Sociales contribuyen al financiamiento de la Medicina Social en porcentajes muy variables. Estos porcentajes varían enormemente de un país a otro: datos de la "OIT para 1958 daban un 33,6% de egresos para asistencia médica en Gran Bretaña y se

“estimaba un 18,7% de egresos para el mismo objeto en Chile en 1959. Indudablemente la más alta cuota de egresos de los Seguros Sociales corresponde a los beneficios económicos cualesquiera sea el país.

“Sin embargo, si esta ha sido la manera de lograr un adecuado financiamiento de la atención médica para los sectores de asalariados, no es el procedimiento más adecuado para lograrlo que la Seguridad Social ha significado un factor inflacionario por su sistema tripartito de imposiciones estatales, patronales y del asalariado. En el momento actual el costo de la Seguridad Social en Chile significa el 12% del Producto Nacional y el 14,9% de Ingreso Nacional y de los ingresos de la Seguridad Social se destina el 20,4% a prestaciones que se otorgan para la prevención y la mantención de la salud”.

Luego se refiere a la Medicina Social en Chile anotando de paso algunos de los objetivos de la Medicina Social en general, los que serían:

“a) Proporcionar atención médica independientemente de la capacidad económica del solicitante;

“b) dar atención médica a grandes sectores de la comunidad, y

“c) proporcionar atención médica completa en su forma preventiva, curativa y de rehabilitación”.

“En los 13 años de existencia del S.N.S. se ha pasado por muchas etapas de ajustes legales, de integración de los servicios que le dieron origen, de desfinanciamientos por falta de cumplimiento del Estado y de posiciones gremiales y doctrinarias, hechos todos los cuales no han alterado los objetivos del Servicio ni los fundamentos de la Medicina Social. En esta sucesión de eventos, un mar de fondo condiciona su dinámica ya que la demanda creciente de la comunidad no va acompañada de una evolución similar del producto nacional bruto que ha crecido en los últimos años en una tasa inferior al 1% per cápita al año. Paralelamente el gasto médico del sector público ha crecido también en igual tasa, desplazándose el gasto médico hacia el sector privado que ha llegado en promedio a la mitad del gasto médico total.

“La estabilización de algunas tasas indicadoras del nivel de salud, como la mortalidad infantil y la mortalidad general en los últimos años, a pesar del progreso alcanzado por la capacitación y perfeccionamiento profesionales, podría atribuirse al escaso crecimiento del gasto médico público, como igualmente a todos los otros factores socio-económicos que limitan el rendimiento de las acciones de salud, especialmente la malnutrición y las condiciones higiénicas ambientales adversas. Es indudable que la Medicina Social como sector del desarrollo económico-social no puede actuar independientemente y cualquier progreso deberá hacerse dentro de una planificación total de las actividades del país, en la cual cada sector deberá jugar su parte específica pero integrada”.

“La tendencia de la Medicina Social en Chile ha seguido la línea doctrinaria del Ministerio de Salud para la consecución de las acciones médicas preventivas y curativas. En estas últimas los Seguros Sociales han participado la mayor parte de las veces como organismos de financiamiento y delegando en los Servicios de Salud la atención médica para evitar duplicaciones y aprovechar los recursos existentes. En casos particulares han proveído la atención médica como es el caso de los sanatorios para enfermos tuberculosos y cardiovasculares para la aplicación de los beneficios de la ya citada Ley de Medicina Preventiva.

“Se estima pues que Chile ha seguido una política de salud ajustada a las realidades socio-económicas del país y que se ha tratado en todo momento de universalizar la atención médica procurando darla en un primer período por intermedio de los Seguros Sociales, pero que la meta será darla posiblemente por intermedio del Estado bajo un financiamiento indirecto que no represente el factor inflacionario actual”.

“La experiencia chilena de las relaciones entre los Servicios de Seguros Sociales y los organismos de salud en la cual ha primado siempre el principio de la coordinación, delegación e integración, nos lleva a considerar que un país en desarrollo no puede darse el lujo de la duplicación de servicios”.