

tuyó por el jurídico y el carácter religioso cedió el paso al civil.

En todo caso, el auxilio al necesitado no debe quedar a la voluntad generosa del que proteja, sino que debe constituir un deber social ineludible, derivado de la solidaridad que debe presidir las relaciones humanas, en la que se basa precisamente la organización de la sociedad. Debe ser un derecho jurídicamente establecido.

Las tendencias modernas de la asistencia social derivan del hecho que hay dos grandes grupos diferentes que deben ser cubiertos por las prestaciones que otorga. Uno se refiere a condiciones permanentes del individuo o del grupo familiar, como serían ingresos nulos o insuficientes, orfandad, ancianidad, etc.; otro, se refiere a condiciones de emergencia que habitualmente abarcan a grandes grupos humanos y que no hacen distinguos de situación económica, como por ejemplo, terremotos, incendios, inundaciones, sequía, etc.

El financiamiento de la asistencia social

como rama de la seguridad social, depende de la economía nacional sin eliminar, por supuesto, la participación de las organizaciones y erogaciones particulares.

Debe hacerse notar que la seguridad social desplaza cada vez más la protección al desocupado, por medio de subsidios de cesantía, al campo de los seguros sociales, excluyéndola del dominio de la asistencia social.

Servicios sociales.

Son los que otorgan ciertos beneficios adicionales a los asalariados, regulando su distribución. Sólo se les puede considerar muy limitadamente dentro del esquema de la seguridad social. Son habitualmente de índole particular y se prestan solamente a determinados grupos de asalariados como consecuencia de condiciones contractuales. Ejemplos de ellos son la indemnización por años de servicios, los servicios de bienestar de ciertas instituciones, las asignaciones familiares suplementarias, etc.

LOS MEDICOS Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN CHILE

Dr. HERNAN OYANGUREN M.*

El estudio de la condición de los médicos en el régimen de seguridad social del país y en especial de los seguros sociales, requiere una descripción de sus componentes en los aspectos legales e institucionales, de la población beneficiaria y de las prestaciones concedidas.

La medicina social y los seguros sociales son las ramas más importantes de la seguridad social. La medicina social es definida como el conjunto de prestaciones de medicina preventiva y curativa que se dan a toda la comunidad y los seguros sociales, como las prestaciones económicas que reciben el trabajador y/o sus familiares en caso de incapacidad para el trabajo, desempleo o muerte. Ambas ramas están tan estrechamente enlazadas que pueden delegarse recíprocamente sus prestaciones.

Es necesario aclarar que el término "previsión social" debe ser excluido, porque es un régimen de instituciones que actúa pasivamente y, por lo tanto, es anacrónico. Asimismo, la denominación de "medicina socializada" no es la adecuada para nuestro país, por cuanto ella presupone la existencia de un régimen obligatorio para toda la población, como es el caso de los países socialistas y de Inglaterra. Nuestro sistema de medicina social es una estatización parcial, o sea, que está en manos del Estado sólo una parte del sistema. Igual consideración cabe para los seguros sociales, con los cuales la medicina social está en estrecha relación.

*Resumen de un relato presentado en nombre del Colegio Médico de Chile a la xv Conferencia de la Organización Médica Mundial. Río de Janeiro, septiembre de 1961.

La Comisión de Estudios de la Seguridad Social estima que la población cubierta por todas las ramas de la seguridad social (incluyendo también la asistencia social y los servicios sociales) corresponde al 74% de la población activa (2.700.000 personas) y al 79% de los grupos familiares (4.650.000). Considerando, por otra parte, los derechos a los beneficios de la seguridad social, la población del país podría descomponerse de la siguiente manera:

1. Asalariados públicos y privados, activos y pasivos, y sus cargas familiares	4.700.000	63,5%
2. Indigentes, clase media, trabajadores por cuenta propia y trabajadores familiares, sin derechos y sin recursos, y sus cargas familiares	1.960.000	26,5%
3. Empleadores, rentistas, profesionales independientes y trabajadores por cuenta propia, sin derechos, pero con recursos, y sus cargas familiares	740.000	10,0%
Total	7.400.000	100,0%

La Medicina Social.

La medicina social se ocupa de las condiciones de salud de los miembros de la comunidad. Es un concepto más amplio que "salud pública" o "salubridad", porque considera el contenido económico de la salud de la población. Sabemos que todas las acciones de la medicina social tienen un nivel bajo el cual no puede actuar si no se resuelven las condiciones sociales y económicas que mantienen las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Por otro lado, conocemos también las limitaciones económicas, que no nos permiten dar una atención médica preventiva y curativa adecuada a toda la población.

La medicina social en nuestro país se ha desarrollado parcialmente, de tal modo que ciertos sectores de la comunidad están más protegidos que otros, en razón de su afiliación a un régimen de seguros sociales. El tipo total ha sido alcanzado sólo en Inglaterra y los países socialistas, en los cuales toda la comunidad tiene derecho a ser protegida por igual.

Los objetivos de la medicina social pueden resumirse en tres puntos:

a) Proporcionar atención médica, inde-

pendientemente 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.

Para lograr estos objetivos se ha implantado un sistema de seguros sociales, los cuales han dado las herramientas a la medicina social para su cumplimiento. Los progresos de la medicina requieren medios y equipos de alto costo y especialización y ellos son adquiribles sólo por los organismos mencionados. Además, nuestra medicina social establece normas y programas de manera que, jerarquizando adecuadamente los problemas de salud, se puedan abaratar las prestaciones y llegar a darlas con una mejor distribución social y geográfica. Esto no significa que la medicina de masas se realice con un nivel técnico inaceptablemente bajo, pero tampoco ella es compatible con un preciosismo clínico, en especial en un país con un deficiente desarrollo económico y social.

Numerosos escollos obstaculizan el progreso de la medicina social, como son el aumento de los costos de atención médica, la resistencia de algunos grupos médicos para aceptar el sistema, las dificultades administrativas y económicas para una mejor organización de los servicios médicos y las trabas burocráticas que entorpecen el sistema. Todo esto es un hecho común en América Latina y ha sido descrito tanto en México como en Chile, que son países que han vivido experiencias semejantes.

Para analizar la medicina social en Chile es necesario conocer los recursos en número de profesionales e instituciones, las prestaciones tanto en tipos de población cubierta como en sus débitos y el financiamiento y los gastos.

Respecto a los recursos, existían en Chile en 1959 4.476 médicos, 2.254 dentistas, 1.569 enfermeras universitarias y 1.500 matronas (Tabla 1). Los profesionales más funcionarizados son los médicos y las enfermeras. Por ejemplo, los médicos trabajan casi en su totalidad en los organismos de

medicina social y la mayor parte de ellos tiene completa la jornada funcionaria de 6 horas, que es la autorizada por el Estatuto del Médico Funcionario. Se puede expresar el grado de funcionarización de los médicos en forma de promedio de horas diarias por médico; existían en 1960 alrededor de 23.000 horas médicas y 4.100 médicos menores de 62 años en ejercicio, de lo cual resulta un promedio de 5,6 horas diarias funcionarias por médico.

Las instituciones que dan las prestaciones de medicina social pueden dividirse en públicas y privadas según su administración (Tabla 1). Entre estas 50 diferentes instituciones cabe destacar el Servicio Nacional de Salud, que dio en 1960 atención médica al 67,5% de la población del país, o sea, 5.000.000 entre asegurados obreros, indigentes y grupos de recursos limitados sin derecho a los seguros sociales.

La medicina social en Chile concede tres tipos de prestaciones:

- a) Servicios: atención médica preventiva y curativa, materno e infantil y del adulto, y atención dental;
- b) Especies: medicamentos, alimentos y prótesis, y
- c) Dinero: subsidio de enfermedad, maternidad y auxilios de lactancia.

Las dos primeras prestaciones son dadas en mayor o menor grado a toda la comunidad y la tercera sólo a aquellos imponentes que pertenezcan a un tipo de seguro social. El Servicio Nacional de Salud ejerce la mayor parte de las prestaciones de servicios y especies, porque además de los imponentes obreros del Servicio de Seguro Social y sus familiares, atiende también a todos los habitantes que requieran sus servicios a título gratuito (indigentes) o pagando un tarifado mínimo. El resto de las prestaciones médicas es dado por las otras instituciones médicas públicas y privadas.

Los habitantes que reciben estas prestaciones médicas alcanzan, bajo un régimen de medicina social, al 90% de la población del país; 63,5% con derechos a los seguros sociales y 26,5% sin derechos, pero considerados indigentes o de escasos recursos económicos. Sólo queda un 10% de la población con recursos suficientes para la aten-

ción médica particular. Dentro del grupo cubierto por la medicina social cabe destacar que no toda la atención médica del grupo con derecho a las leyes sociales es hecha bajo el tipo funcionario propiamente tal. Un grupo de empleados públicos y particulares y sus cargas familiares recibe (o recibirá) una atención médica de libre elección, que alcanzará al 16,2% de la población, o sea, 1.200.000 personas. En resumen, la población del país tiene atención funcionaria en el 73,8%, atención médica de libre elección en el 16,2% y atención médica liberal en el 10%.

El financiamiento de las instituciones de medicina social depende de su calidad pública o privada y del tipo y extensión de las prestaciones. El caso del Servicio Nacional de Salud es muy particular, porque por un lado debe fomentar acciones de protección de la salud para toda la población, de medicina preventiva y curativa para asegurados obreros, indigentes y personas de recursos limitados y prestaciones económicas para los asegurados obreros. Su presupuesto está financiado en un 68,8% por subvenciones fiscales y la mora del 5,5% de los salarios motivó serios problemas de desfinanciamiento en el período 1953-60. El Servicio Médico Nacional de Empleados, con otras responsabilidades, tiene una subvención fiscal de sólo 19,2% y el resto lo aportan las Cajas correspondientes.

El gasto médico nacional se ha estimado en 1958 en un 4,97% de la renta nacional, porcentaje semejante a otros países. El sector público participa con el 3,37% y el sector privado con el 1,6% de la renta nacional.

Dentro del campo de la medicina social merece especial mención el *Servicio Nacional de Salud* que concentra la mayor parte de los recursos y da atención igualmente a la mayoría de la población. El Servicio tiene el 75% de las horas médicas funcionarias del país, emplea el 73,5% de los médicos, el 62,5% de las enfermeras universitarias y el 42,5% de las matronas. Tiene además el 85% de las camas hospitalarias: 28.483, de un total de 33.740 camas de hospitales, sanatorios y clínicas de todas las instituciones del país (se excluyen los asilos).

El Servicio Nacional de Salud atendió 7.000.000 de consultas en 1960 de una población cercana a 5.000.000, de las cuales el 75% correspondió a asegurados obreros y sus cargas. En 8 años de funcionamiento del Servicio las consultas han aumentado en un 70%, mientras que la población de asegurados obreros, indigentes y gentes de pocos recursos con sus cargas familiares ha aumentado alrededor de un 25%. El Servicio ha debido responder a la creciente demanda de atención médica no sólo de los grupos señalados sino que también de los sectores de empleados públicos y particulares, que recurren a los Consultorios Infantiles del Servicio Nacional de Salud en demanda de una atención curativa que no les proporcionan sus respectivas instituciones; disminuyen así la capacidad de atención para los asalariados obreros y los indigentes. Por último, el Servicio Nacional de Salud tuvo 600.000 hospitalizaciones en 1960, con 13,8 días de estadía en promedio. Parte de las atenciones de afecciones profesionales, que son de responsabilidad patronal, son afrontadas también por el Servicio Nacional de Salud.

El número y calidad de las prestaciones se ve restringido por diferentes factores relacionados con limitaciones de personal y de medios. Respecto al número de médicos, en 1959, existían 5,95 médicos por cada 10.000 habitantes, o sea, 1.680 habitantes por médico, con desigual repartición en el país debido a la mayor concentración en el medio urbano. Hay escasez de enfermeras universitarias, cuyo índice se estima en 1959 en una enfermera por cada 4.700 habitantes y de 0,4 enfermeras por médico; estos índices son bastante más bajos que los de países económicamente más desarrollados. El número total de camas de hospital, estimado en 1960 en cerca de 34.000, da un promedio de 4,6 cama por 1.000 habitantes, promedio que se estima satisfactorio. Por último, existen algunas limitaciones en el número de consultorios externos y su habilitación.

En resumen, se ha desarrollado un sistema de medicina social con obligación de dar prestaciones de medicina preventiva y curativa dentro de las posibilidades de

medios y personal. El sistema no es homogéneo y presenta grandes variaciones en los diferentes sectores públicos y privados. Por ejemplo, al lado de grupos favorecidos de empleados públicos (fuerzas armadas) o particulares (bancarios) que gozan de prestaciones médicas completas, existen otros grupos públicos (empleados públicos) y privados (empleados particulares) en los cuales estas prestaciones son restringidas. Los grupos de trabajadores manuales aparecen bien protegidos por las prestaciones que da el Servicio Nacional de Salud, aunque no son tan amplias como las de los grupos de empleados más favorecidos.

Las prestaciones médicas son concedidas por las instituciones de medicina social que están obligadas a dar estas prestaciones a los imponentes de las diversas instituciones de Seguros Sociales, los cuales son de base tripartita. Las prestaciones médicas por afecciones profesionales son de cargo patronal y, por lo tanto, debiera darse sólo en las instituciones públicas o privadas creadas para este fin; sin embargo en una gran proporción, sea por falta de responsabilidad patronal o por disposiciones legales recientes, estas atenciones son cumplidas por el Servicio Nacional de Salud.

Los seguros sociales.

Los seguros sociales, denominados corrientemente "previsión social", tiene en Chile una trayectoria que se inicia en 1916 cuando se promulgó una ley sobre accidentes del trabajo. Ella fue seguida en 1924 por las leyes de seguros sociales de los asalariados obreros, para cubrir los riesgos por enfermedad, invalidez y vejez y una extensión hasta las enfermedades profesionales. En los años sucesivos entraron en los seguros sociales los empleados particulares, miembros de las fuerzas armadas y de orden, empleados públicos y otros sectores de empleados particulares. Las prestaciones se han extendido al núcleo familiar, tanto en los aspectos biológicos como económicos. El régimen básico ha sido tripartito, en el cual contribuyen el asalariado, el empleador y el Estado, en proporciones diferentes según el tipo de seguro; hace excepción el

régimen para afecciones profesionales, que es de responsabilidad patronal exclusiva.

El desarrollo de los seguros sociales en Chile ha sido una defensa del grupo de asalariados contra la inflación crónica y una fuente redistribuidora de ingresos a su favor. En países con un bajo nivel de ingreso por persona, situación que prevalece en América Latina, se tiende a resolver estos problemas por medidas gubernamentales de medicina social y seguros sociales.

La presión de los grupos asalariados ha logrado también los beneficios de la medicina social, con una destacada participación del Estado y a un alto costo. Pero mientras que los gastos en medicina social son gastos de inversión, porque proveen salud y aumentan por lo tanto el rendimiento de la población, los gastos de los seguros sociales significan un proceso de redistribución del ingreso nacional en cuanto las pensiones y subsidios llegan de preferencia a los grupos de ingresos medios y bajos.

En Chile existen cerca de 50 organismos de seguros sociales para cubrir las contingencias y riesgos por enfermedades, maternidad, invalidez, vejez, muerte, cesantía y retiro. Se estimó que en 1959 existía una población total de 2.454.550 imponentes. Considerando que entre ellos hay asegurados contra riesgos profesionales, que alcanzarían a una cifra cercana a 558.964, la cifra real de imponentes queda reducida a 1.895.586 personas (Tabla 2).

El análisis de los principales sistemas de seguros sociales chilenos, indica que no se trata de un régimen único sino de un régimen polivalente y que presenta numerosas fallas. Esta amplia y desigual legislación ha repercutido indudablemente sobre la estructura y el funcionamiento de los organismos de la medicina social y, por consiguiente, en la situación de los médicos. No ha significado, sin embargo, la socialización de la medicina, sino una funcionarización de ella.

Hasta 1960 las instituciones de seguros sociales dependían de la tutela del Ministerio de Salud y de Previsión Social, que incluía la supervisión de las instituciones de medicina social. De acuerdo con la nueva reestructuración de la administración pú-

blica, la previsión social fue trasladada al Ministerio del Trabajo. De esta manera, las instituciones de medicina social y de seguros sociales quedan separadas al depender de Ministerios diferentes; los seguros sociales pasan a ser conceptualmente problemas del trabajo en vez de problemas de salud.

Rol de los médicos en el desarrollo de la seguridad social.

Los médicos chilenos han tenido un papel fundamental en el desarrollo de la medicina social. Se destacan en el pasado los nombres de Ramón Corbalán Melgarejo, Alejandro del Río, Exequiel González Cortés y José Vizcarra y en los últimos decenios, Eduardo Cruz-Coke y Salvador Allende. Desde el ángulo gremial la AMECH inicia en 1931 el estudio de los problemas médico-sociales y encauza las aspiraciones del gremio médico.

En su lucha por una medicina social integral el gremio médico debió plantear la funcionarización de la profesión como herramienta indispensable. El logro jurídico y administrativo de las aspiraciones del gremio médico se alcanzó con las tres leyes del Colegio Médico, del Estatuto Médico Funcionario, del Servicio de Seguro Social y del Servicio Nacional de Salud. El gremio médico chileno, comprendiendo las necesidades premiosas de salud de la población y de las limitaciones propias del subdesarrollo económico, afrontó con estas leyes una solución técnica conceptualmente bien fundamentada y generosa en su planteamiento y en sus realizaciones. Se desarrolló así una política de medicina integral organizada y funcionarizada.

En Chile no hubo en este período una actitud de los médicos que significara una reacción de defensa del ejercicio liberal de la profesión; antes más bien, fue una actitud de solidaridad social propia al desarrollo histórico y humano del gremio médico chileno. Sin embargo, en el régimen económico-social en que vivimos, es evidente que el médico no se ha adaptado totalmente a esta medicina social, funcionarizada que tiene la modalidad de remuneración de "salario mensual".

Efectos de la seguridad social sobre el ejercicio de la profesión médica.

La funcionarización progresiva de la profesión médica chilena ha incidido en grandes problemas gremiales, económicos y deontológicos, los cuales se han ido reajustando y adaptando a la realidad médica y económico-social del país y al polimorfismo del régimen de seguridad social imperante.

La seguridad social ha permitido a los médicos chilenos el planteamiento de los grandes problemas de la medicina de masas y de las relaciones del hombre con el medio ambiente. El entrenamiento en el extranjero de un grupo de médico de Salud Pública y el funcionamiento de la Escuela de Salubridad desde 1944 ha dado al gremio médico chileno un conocimiento más universal, que no ha quedado reducido sólo al campo

específica de la clínica y ha introducido el concepto de administración médica en general y de administración hospitalaria en especial.

El Colegio Médico de Chile y el Estatuto del Médico Funcionario, son las herramientas por las cuales el gremio médico ha podido afrontar las vicisitudes técnicas, administrativas y económicas que obligadamente debieron sufrir los médicos durante el desarrollo de nuestro heterogéneo sistema de seguridad social. Es indudable que los médicos, altamente funcionarizados, han recibido beneficios del sistema; por otra parte, han sido perjudicados especialmente en aspectos de orden profesional, económico y gremial. El problema tienen múltiples facetas imposibles de analizar en este artículo. Hemos intentado resumir sus principales factores en la forma siguiente:

V E N T A J A S

Factores

Ejercicio de una medicina integral.
Disponibilidad de mayores recursos.
Mejores oportunidades de trabajo.
Mayor extensión de beneficio a la comunidad.
Trabajo programado y normalizado.
Uso de la administración y de la estadística.
Trabajo en equipo con otros profesionales.

Consecuencias

Mayor conocimiento de la realidad médica.
Mayor perfeccionamiento.
Mayor rendimiento numérico.
Mayor estabilidad económica.

D E S V E N T A J A S

Factores

Insuficiencia de recursos e insatisfactorias condiciones de locales de trabajo.
Alta cuota de consultas externas.
Sacrificio del nivel técnico.
Falta de elección entre médico y paciente.
Responsabilidad aparentemente ajena a su función de médico.
Responsabilidades ante la comunidad.
Participación limitada en la doctrina e ideales de la medicina social.
Ejercicio de una medicina para la cual no fue preparado.
Descenso de la situación social, por su carácter de médico funcionario.
Pérdida de la dirección técnica absoluta en algunas facetas del trabajo en equipo.
Disminución progresiva del ejercicio profesional liberal.
Disminución del valor adquisitivo del salario.
Incertidumbre por el futuro económico y previsional.

Consecuencias

Insatisfacción técnica.

Insatisfacción con su rol en la medicina social.

Insatisfacción por su situación social y económica.

Como se comprende, estos múltiples factores de incomprensión han dado origen a variadas dificultades en el ejercicio profesional del médico funcionario. En cierto número de médicos se encuentra desagrado con el trabajo funcionario, especialmente en el consultorio externo; trato indiferente o

sin calor humano para el consultante; rendimiento numérico y/o técnico bajo; incumplimiento del horario médico; otorgamiento injustificado de prestaciones económicas; trabajo inconexo con otros médicos y profesionales.

Considerando ahora al gremio médico

en globo, se observa división progresiva del gremio en dos grupos antagónicos: el grupo clínico y el grupo administrativo y sanitario. Los clínicos atribuyen los defectos o desventajas de la medicina social a los administradores médicos y no manifiestan interés por las acciones de los médicos sanitarios. Por su parte los administradores lamentan el deterioro de la atención médica y la falta de cumplimiento de los programas como igualmente los sanitarios se quejan que en las acciones de fomento de la salud no reciben colaboración de los clínicos.

En realidad, sólo un punto doctrinario puede dividir realmente a los profesionales y éste es su diferente concepción de la medicina, en la cual juega un rol fundamental la formación profesional. Para unos la atención médica debe mantener siempre un nivel científico elevado, y debe darse suficiente tiempo al médico para que la ejerza con real sentido humano; esto reduce necesariamente la población que puede ser atendida. Para otros una medicina de masas debe intentar llegar a grandes sectores de la población, rebajando en cierto grado los requisitos anteriores, que en parte consideran un preciosismo científico.

Se pueden resumir las características del problema médico nacional en los siguientes puntos:

1) Organización funcionarizada extensa de la medicina social, concentrada en gran parte en una institución que sirve a la mayor parte de la población del país.

2) Limitaciones de los medios y el personal requeridos para dar una medicina eficiente y oportuna debido a las condiciones propias al subdesarrollo económico y social del país.

3) Insatisfacción técnica y económica de un gran sector de los médicos.

4) Gremio médico organizado, con participación importante en la provisión de salud del país.

5) Presión y demanda progresiva de atención médica por una comunidad que acusa un crecimiento explosivo de 2,5%.

6) Actitud favorable de la comunidad ante la medicina social, de acuerdo a algunas encuestas realizadas.

Soluciones.

Las soluciones para resolver el problema médico dentro del campo de medicina social han sido estudiadas en el Seminario de Formación Profesional Médica. Sólo cabe insistir en algunos principios generales y en ciertos detalles:

1) Debe defenderse el derecho a la salud de toda la población, satisfecho por medio de una acción planificada, basada en un financiamiento estatal adecuado.

2) Los objetivos del plan de atención médica deben ser reducidos a los límites compatibles con el nivel del desarrollo económico-social del país.

3) Debe aumentarse o aprovecharse mejor el número de médicos por:

a) Aumento del débito de las Escuelas de Medicina;

b) Mejora de la distribución regional de los profesionales;

c) Aumento del personal paramédico, y

d) Restricción de las actividades médicas a trabajos específicos.

4) Debe mejorarse la calidad del trabajo y su rendimiento por:

a) Formación adecuada del médico en la Escuela de Medicina, mediante una buena selección vocacional y una preparación profesional compatible con la medicina social;

b) Racionalización de los recursos médicos por algunos cambios estructurales como la creación de consultorios periféricos, aplicación del "bono moderador", desarrollo del sistema de libre elección (pago por "acto médico" o "remuneración per cápita"). La extensión de la jornada funcionaria de 6 a 8 horas es por el momento un planteamiento polémico, y

c) Mejora del rendimiento médico por un adecuado incentivo económico, mejora de las condiciones y sitios de trabajo, mejor cumplimiento de las obligaciones y aplicación de la auditoría médica.

La existencia de un seguro social de tipo estatal o socializado no requiere forzosamente que el ejercicio de la medicina sea también socializado, como lo demuestra la experiencia de Europa Occidental, en la cual no hay incompatibilidad entre los seguros sociales de este tipo y la profesión

liberal. Las características de nuestra población de baja renta "per cápita" y el aumento progresivo de la demanda de atención médica indican que la única solución es el desarrollo de una medicina social que, subvencionada en su mayor parte por el Estado, provea prestaciones médicas adecuadas a la comunidad dentro de una planificación e integración de las acciones y, al mis-

mo tiempo, dé satisfacciones técnicas y económicas a los médicos. Esto es tanto más imperativo por cuanto el gremio médico se enfrenta a una reforma de la seguridad social que, tendiendo a la unificación de los seguros sociales, puede llegar a una eventual fusión en una sola de las diversas instituciones que realizan la medicina en Chile.

Tabla Nº 1
INSTITUCIONES DE MEDICINA SOCIAL DE CHILE, 1961

INSTITUCIONES	Cargos	Horas mé- dicas diarias	Enfermeras universita- rias	Auxiliares de enfer- mería y practican- tes	Camas de Hospitales, Sanatorios y Clínicas
<i>Sector Público</i>					
Servicio Nacional de Salud	5.005	17.168	976	8.641	28.483*
Hospital José Joaquín Aguirre y Clínica Psiquiátrica Univer- sidad de Chile	426	2.045	99	516	1.165
Servicio Médico Nacional de Empleados	289	746	99	104	420
Fuerzas Armadas:					
Servicio Sanidad Ejército	156	344	6	333	251
Servicio Sanidad Armada	94	360	7	508	480
Servicio Sanidad Fuerza Aérea	82	202	8	116	80
Fuerzas de Orden:					
Servicio Médico Carabineros	186	558	13	—	328
Departamento Sanidad de Prisiones	27	60	0	50	230
Servicio Médico Caja Previsión de Carabineros	32	70	0	—	0
Servicio Sanitario Empresa de los Ferrocarriles del Estado y Servicio Médico Caja de Empleados de Ferrocarriles del Estado	154	320	6	—	60
Servicio Médico Caja de Previsión de Empleados Municipales de Santiago	9	20	0	—	0
Servicio Médico Caja de Previsión de Obras Municipales. Santiago	19	38	1	—	0
Caja de Accidentes del Trabajo (para afecciones profesionales)	27	117	5	70	733
<i>Sector Privado</i>					
Servicio Médico Cajas de Previsión de los Empleados Bancarios	16	32	3	0	0
Hospital Clínico Universidad Católica	48	208	5	267	250
Hospitales y Servicio Médico de Grandes Empresas (14)	96	524	60	222	964
Servicio Médico de Compañías de Seguros (6)** (para afecciones profesionales)	10	54	0	30	70
Hospitales, Dispensarios y Policlínicos de Instituciones de Se- guros de Beneficencia y Asociaciones Mutuales	—	—	—	—	—
T o t a l	6.676	22.866	1.292		33.740

— Sin información.
* No se incluyen 5.109 camas de asilos.
** Datos de una compañía, las otras tienen contratos con hospitales y clínicas públicas o particulares.

Tabla Nº 2

INSTITUCIONES DE SEGURO SOCIAL EN CHILE, 1959

Instituciones	Número de imponentes		
	Total	Activos	Pasivos*
<i>Sector Público</i>	657.649	563.450	94.199
Caja de Empleados Públicos y Periodistas	187.889	166.478	21.411
Caja de Defensa Nacional, 1959	42.478	42.478	—
Caja de Defensa Nacional, 1957	63.526	41.560	21.966
Caja de Carabineros	47.985	27.450	20.535
Caja de Previsión y Retiro de los Ferrocarriles del Estado	43.500	29.000	14.500
Caja de la Marina Mercante	32.687	27.267	5.420
Cajas de Previsión y Retiro Municipales	9.789	7.405	2.384
Otros organismos auxiliares	12.695	9.453	3.242
Caja de Accidentes del Trabajo (para afecciones profesionales)	217.100	212.359	4.741
<i>Sector Privado</i>	1.796.901	1.656.232	140.669
Servicio Seguro Social**	1.342.631	1.216.000	126.631
Caja de Empleados Particulares	184.576	176.706	7.870
Cajas Bancarias (datos de 2 Cajas, 1960)	14.931	11.592	3.339
Cajas de Empleados de Hipódromos	3.426	2.502	924
Otros organismos auxiliares	5.329	4.935	394
Compañías Particulares de Seguros (para afecciones profesionales)	246.008	244.497	1.511
T o t a l	2.454.550	2.219.682	234.868

* Los pasivos incluyen pensionados, jubilados o retirados por años de servicio.

** Los subsidios de enfermedad son pagados a través del Servicio Nacional de Salud.

Nota: La lista no incluye otros 4 organismos que pertenecen al Estado y 2 particulares que capitalizan y garantizan pensiones. Los asegurados por afecciones profesionales tienen un régimen de pólizas anuales a cargo patronal y las invalideces parciales no figuran en los pasivos porque son compensadas con indemnizaciones. No se incluyen las empresas con autoseguro y asociaciones patronales mutuales de seguros, que cubren cerca de 100.000 obreros.