

ACERCA DE LAS CONCLUSIONES Y PROYECCIONES DEL I SEMINARIO DE FORMACION PROFESIONAL MEDICA

por el Dr. SALVADOR DÍAZ

Director del Hospital-Sanatorio El Peral

(Secretario Ejecutivo de la Comisión Organizadora del Seminario)

En el mes de septiembre de 1961 fue entregado a la circulación un volumen de 240 páginas que contiene los antecedentes, los documentos y el Informe Final del Seminario de Formación Profesional Médica (1) llevado a cabo en el mes de septiembre de 1960. El libro, primitivamente distribuido en los círculos universitarios y profesionales nacionales, ha tenido una creciente demanda de Universidades latinoamericanas, de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y de centros de investigación de sociología médica. El interés despertado se origina en los hechos siguientes, entre otros:

—la temática discutida, que constituye hoy día uno de los problemas serios que afrontan la educación médica, los organismos de servicio y la profesión;

—el método adoptado para esclarecer el fenómeno consistente en la incorporación de investigaciones sociológicas, económicas, demográficas y otras efectuadas por institutos universitarios materializando de este modo un efectivo trabajo interdisciplinario e integrado;

—por la participación de todos los sectores profesionales relacionados con la función social médica, las Facultades, el Servicio Nacional de Salud y el Colegio Médico.

Las investigaciones e informaciones se entregaron a los participantes con antelación, en relación con cada uno de los temas propuestos para ser discutidos. De ellos daremos una breve síntesis comentada en el orden en que fueron expuestos y discutidos:

I. Medio socioeconómico. En primer término se ubicó el medio en el cual se desenvuelve la medicina nacional y las condiciones en que vive la población, mediante el estudio de sus niveles de vida, ya que aquellas determinan el riesgo de enfermar y morir. Se usaron los indicadores habituales como vivienda, alfabetismo y escolaridad; alimentación; comunicaciones y transportes; distribución de la renta nacional e ingreso per cápita; trabajo y distribución de la tierra.

Las situaciones social, económica y política del país, descritas, configuran la magnitud de los problemas médicos y los recursos para abordarlos, así como las posi-

bilidades de buen éxito de las acciones de salud pública. Todos ellos son fenómenos estrechamente entrelazados (2).

II. A continuación se estudiaron los gastos y las inversiones que se efectúan en la sociedad chilena considerando el flujo anual de los recursos que los sectores público y privado destinan a la conservación de la salud. Las investigaciones, efectuadas por el Instituto de Economía, aportan datos nacionales sobre esta materia y sobre la relación entre los fenómenos económicos y los estados de salud, así como sobre el éxito de la acción médica si ésta no se desarrolla en un ámbito adecuado. Parecería existir una relación inversa entre el desarrollo económico de un país, medido en término de renta per cápita, y la proporción que de la renta nacional se destina a salud. Teóricamente debiera suponerse que a mayores necesidades de desarrollo económico, mayores proporciones de la renta nacional debieran destinarse a inversiones para la conservación e incremento de los bienes de producción que implícitamente conduzcan a mejorar el estado de salud de la población y a disminuir sus riesgos de enfermar y morir y, por añadidura, a disminuir relativamente los gastos por servicios médicos. Sin embargo, la participación del gasto médico en la renta nacional en estos países es mayor por el volumen total exiguo o reducido de la misma y por la presión que ejercen los altos índices de riesgo. Empero, el mayor gasto médico por persona en determinados países y en Chile en los últimos años, pareciera no influir en la disminución de los riesgos de la población, medidos en mortalidad general e infantil, sugiriendo más bien que estos últimos son más dependientes de otros factores. De ello, parece desprenderse que es una tarea urgente hacer una evaluación lo más concreta posible de los efectos de los distintos programas médicos, habitacionales, alimenticios y otros en los fenómenos de morbilidad y mortalidad para canalizar así en una mejor forma los recursos de la comunidad.

En Chile el gasto médico representa un 5,6% de la renta nacional en 1958 y es un 12% mayor que el promedio de quince países. Sin embargo, el gasto per

(1) Seminario de Formación Profesional Médica (septiembre, 1960), Santiago, Editorial Universitaria, 1961, 241 págs.

(2) Los Dres. H. Urzúa M. y Francisco Mardones R., tuvieron a su cargo la elaboración de estos aspectos. Véase Aspectos Sociales de Chile y su relación con los problemas de salud. Recursos médicos del Servicio Nacional de Salud, en págs. 83-93.

cápita anual es de 17 dólares en una escala de gasto internacional que oscila entre 12 y 30 dólares (3).

III. Modificaciones en las formas del Servicio. Múltiples factores sociales, el incremento enorme de la población servida, la mayor demanda de servicios por habitante, el sistema de financiamiento colectivo, el trabajo médico hecho por un "equipo" en el contexto de una organización, han creado nuevos modos de efectuar las prestaciones médicas a las que ni la población ni el personal médico logran una completa adaptación. Estas consecuencias propias de la evolución social emergen violentando las formas tradicionales en un ámbito de conflictos, y sometidas a una severa discusión, circunscrita por lo general a los círculos médicos. Pareciera obvio que si el servicio médico es para la población y es financiado por ella, ésta tenga que opinar y pronunciarse si estas nuevas formas de prestaciones le son satisfactorias. El Instituto de Sociología de la Universidad de Chile fue el encargado de estudiar las opiniones de la población del Gran Santiago sobre la medicina organizada y la extensión en que los habitantes hacen uso de estos servicios.

De las 650 familias consideradas en el survey, el 74% presentaba a uno o más de sus miembros acogidos a sistemas previsionales para cubrir el riesgo enfermedad, lo que confirma presunciones anteriores. Este hecho demuestra la extensión que han alcanzado para la población del Gran Santiago los servicios médicos previsionales. Sin embargo, ello no significa que esa población tenga derecho a los mismos beneficios médicos, puesto que estos derechos son muy diferentes en los diversos sistemas. Tampoco expresa que todos los individuos enfermos tuvieron oportunidad de recibir un servicio médico. En efecto, hubo un 25% que no consultó médico; tres cuartos de ellos por poca gravedad de las enfermedades u otras causas y un cuarto por insuficiencia económica. Además, el 72% de las familias tuvo que efectuar gastos por concepto de atención médica y medicina con una media de E° 20 anuales. De las personas que enfermaron y que consultaron médico, dos tercios lo hicieron en algunos de los servicios médicos previsionales, y un cuarto del total de familias tuvo algún miembro hospitalizado más de tres días en el año 1959.

¿Cuál es la opinión de esta población respecto al servicio médico recibido en consulta o en hospital del Servicio Nacional de Salud, como expresión de medicina organizada y funcionarizada? Los datos muestran que la gran mayoría de las familias que se atendió en los consultorios externos del Servicio Nacional de Salud tiene opiniones muy favorables (38,5%) y favorables

(44,2%) con respecto a la atención médica que allí recibieron. La mayor frecuencia de las opiniones favorables se refieren a la atención médica en general, es decir, a la organización misma que les prestó el servicio. Empero, haciendo un análisis por categorías, se observa que la actitud del médico hacia el paciente, expresada en interés y en el buen trato, es la que decide, en primer término, la opinión favorable y, en segundo lugar, la eficiencia médica expresada en la mejoría del enfermo.

Las opiniones respecto a la hospitalización fueron dadas por la familia del hospitalizado o por éste y ellas indican que el 94,5% de las personas atendidas quedó conforme con la atención recibida. De nuevo, las opiniones favorables se centraron en los atributos de bondad y trato del personal médico y de colaboración hacia los pacientes.

En consecuencia, esta medicina organizada y funcionarizada producida por razones de carácter social y tecnológicas, tiene un apoyo y aceptación evidente de parte de la población, contrariamente a lo que se suponía en base de la tradición y de las impresiones recogidas individualmente. El estudio destaca que a la par de los beneficios estrictamente técnicos, de diagnóstico y de tratamiento, la población valora de igual manera o con mayor acento, las condiciones relativas al trato personal, el interés y la bondad de las personas que intervienen en dar el servicio (4).

El conjunto de las informaciones presentadas en forma sumaria más arriba, delimitan el marco en que se desarrolla la medicina nacional y delinea sus tendencias; muestra las relaciones e interacciones de los factores sociales con la salud de los habitantes, la cuantía del esfuerzo traducido en recursos, que la colectividad pone en juego y mide el grado de aceptación por la sociedad de la medicina organizada sugiriendo, además, los valores que deberían ser considerados para su perfeccionamiento, precisando de este modo el ámbito para el estudio de los objetivos de la educación médica y la orientación en la formación de los profesionales.

IV. Requerimiento de profesionales. En la satisfacción de las necesidades de la población no sólo juega el aspecto cualitativo del profesional médico, sino su número, rendimiento y el personal de colaboración médica. Por consiguiente, se estudiaron en cuarto término los requerimientos para los próximos veinte años del personal profesional y auxiliar médico, por el Centro Latinoamericano de Demografía.

La determinación cuantitativa de los profesionales de la salud para el futuro es una empresa difícil por cuan-

(3) Este trabajo estuvo a cargo de los economistas J. Grunwald y R. Rivas. Véase "El Gasto Médico en Chile. Estimación y Análisis", págs. 95-132.

(4) Este trabajo estuvo a cargo del sociólogo Orlando Sepúlveda. Véase "Algunos Problemas de la Salud en el Area Metropolitana", págs. 133-175. Véase también, del mismo autor, "Hospitalización en el Area Metropolitana del Gran Santiago", Cuadernos Médicos Sociales. Santiago, Vol. II, N° 1, agosto 1961, págs. 29-43.

to interviene una serie de variables importantes: el riesgo a que está expuesta la población, el crecimiento demográfico, las mayores demandas de servicio y las tendencias en el desarrollo económico. Además, la experiencia internacional en este sentido es un factor a ser considerado.

En 1958, Chile contaba con 5,6 médicos en ejercicio por 10.000 habitantes, o en otros términos, 1.600 habitantes por médico (5). Esta relación se encuentra en un punto medio entre los países con condiciones óptimas y los menos favorecidos. Considerando para 1980 una población de 11,6 millones de habitantes, la edad de la promoción de los médicos, el número de sus años de vida activa y la distribución por edades de los que están actualmente en ejercicio y una producción de 250 médicos a contar desde 1963, se estima que para 1980 la relación actual de 5,6 por 10.000 habitantes, se mantendría con tendencia al deterioro a partir de 1975. Sin embargo, parecería existir ya en este momento una mayor demanda de profesionales, o en otros términos, mayor capacidad de consumo, por lo cual se estudió una alternativa media. Si se aumenta la matrícula a 400 alumnos desde 1963, se graduarían aproximadamente 340 profesionales por año desde 1970, lo cual permitiría subir la relación a 6,5 por 10 mil habitantes desde 1980.

Una situación más insatisfactoria aún en Chile es la relación médico-enfermera, la cual se estima en 0,5 enfermera por cada médico. Para numerosos países la razón es inversa existiendo de 1,2 a 5 enfermeras por médico. La graduación de enfermeras en Chile hasta 1958 equivalía al 45% de los médicos titulados en esos años y sólo recientemente se ha mejorado esta proporción. Semejantes consideraciones y estudios se efectuaron también en el personal auxiliar de enfermería y matronas, cuyo número acusa un descenso alarmante. En efecto, estudiando el número de matronas tituladas en la Universidad de Chile, se puede comprobar que mientras en el período comprendido entre 1918 y 1922, se recibieron 375 profesionales, en el quinquenio 1946-1950 sólo lo hicieron 123. Postulando ciertas relaciones convenientes, se llega a estimar que el número de enfermeras, auxiliares y matronas que es necesario formar para alcanzar niveles aceptables sería considerable. Todas estas metas de profesionales del área salud implican modificaciones en la distribución de la población activa, especialmente en el rubro de Servicios y la expansión de los organismos educacionales relacionados al área. La realización de estas proposiciones implican la solución previa de otras situaciones (6).

(5) Los cálculos para diciembre de 1960 hacen subir esta razón a 6,4 médicos por 10.000 habitantes.

(6) Este trabajo estuvo a cargo del demógrafo J. Morales V. Véase: "Formación de Profesionales Médicos y de Colaboración Médica en Chile", págs. 177-199.

V. *Síntesis bibliográfica internacional y nacional.* A todos los antecedentes mencionados se estimó útil agregar el pensamiento internacional en relación al concepto de la medicina y sus objetivos, a la función de la profesión médica y del médico y a las orientaciones existentes en la educación médica, en cuanto a sus objetivos y métodos. Para ello, se efectuó una revisión exhaustiva de varios centenares de publicaciones correspondientes a los últimos cinco años, incluyendo los trabajos presentados a las Conferencias Mundiales de Educación Médica, realizadas en Londres (1953) y Chicago (1950).

Con todo este material se elaboró una síntesis ordenada que fue puesta en conocimiento de los participantes del Seminario (7).

VI. *Organización.* El Seminario se realizó en jornadas completas de trabajo, entre el 20 y 24 de septiembre de 1960. Participaron 35 profesores de las Universidades de Chile, Concepción y Católica y 36 funcionarios del Servicio Nacional de Salud y Jefes de Clínicas Universitarias y un observador de la OMS. Además, asistieron delegados de los Centros de Alumnos de las Escuelas de Medicina.

Cada tema fue introducido por un relator que expuso en forma breve el problema y sus antecedentes; a continuación, los investigadores presentaron los resultados en relación con la materia en discusión y, en seguida, se organizaron los grupos de trabajo para discutir el tema, siguiendo una pauta preestablecida. Cada grupo redactó y aprobó conclusiones parciales, que sirvieron de base a la Secretaría para preparar un texto único sobre el cual se pronunciaban los cuatro grupos en conjunto en asamblea plenaria.

El temario discutido se refirió a las siguientes materias:

Tema 1. Pensamiento internacional y nacional sobre la orientación y propósitos de la Medicina, el papel de los médicos y los objetivos de la educación médica.

Tema 2. La Medicina, los médicos, la realidad socio-económica-cultural y la educación médica en Chile.

Tema 3. Recomendaciones para la formación de médicos en Chile, objetivos, bases del programa, orientaciones metodológicas.

VII. *Conclusiones.* Con los informes de conjunto de cada tema se elaboró un informe final del cual extraeremos literalmente algunos de los principales conceptos y acuerdos, dejando para el lector interesado en estos asuntos la oportunidad de leerlos en extenso en el libro que se comenta.

(7) La síntesis bibliográfica fue elaborada por el Dr. Hugo Behm. Véase: "Educación Médica", págs. 201-231.

Propósitos de la Medicina y funciones del médico y de la profesión médica. El Seminario estimó que la medicina tiene como propósito fundamental el de contribuir a que el hombre y la sociedad a la cual él pertenece alcancen un grado pleno de salud. La salud, en un sentido integral, está sujeta a la influencia de todos y de cada uno de los diferentes factores que determinan el nivel de vida de la comunidad. De esto resulta, entre otras implicaciones importantes, el hecho fundamental que la medicina puede lograr sus fines únicamente si realiza sus actividades en armonía con los otros factores que intervienen en el desarrollo de la sociedad.

El individuo y la sociedad misma y, por tanto, sus aspectos de salud son un todo indivisible y complejo, sujeto a múltiples interrelaciones. Por ello, las diferentes funciones de la medicina no pueden ejercerse separadamente, sino que deben llevarse a cabo en forma armónica e integrada. El médico continúa siendo el promotor y ejecutor principal de la medicina actual, con el concurso de personal de colaboración médica y de otros profesionales de salud que han adquirido progresiva participación en ella. Se consideran como funciones del médico las siguientes, que aquí sólo se enumeran: técnica, educativa, en relación a las personas y a la comunidad; administrativa; de investigación científica; docente; de consejero y guía, para el individuo y la colectividad en todo lo que concierne a salud, y de información al público y poderes públicos, sobre los factores ambientales y sociales que pueden originar o agravar problemas de salud y sobre sus soluciones posibles. Hubo acuerdo en considerar que el médico debiera conocer y destacar las interrelaciones que existen entre la salud y los factores económicos, sociales y culturales y trabajar en coordinación con las diversas instituciones y personas interesadas, para encontrar soluciones integradas a nivel local y nacional. Estos acuerdos señalan la particular importancia y trascendencia que tienen las funciones del médico en nuestro país y la necesidad de considerar a estas funciones como la base en que necesariamente han de discutirse los objetivos de la educación médica.

Concepción de la educación médica. Hubo acuerdo en considerar que la educación médica debe constituir un proceso sistemático, que comienza al término de la enseñanza secundaria y que se extiende durante toda la vida profesional del médico. La primera etapa de este sistema se cumple con la enseñanza del estudiante de medicina y termina con el título de médico-cirujano. Se continúa, en seguida, con la enseñanza de graduados y se mantiene, a lo largo del ejercicio profesional, como una actividad de perfeccionamiento continuo. Entendido así, el propósito del sistema educacional médico queda definido como: la preparación de todos los

médicos que sean necesarios para cumplir las diversas funciones de la medicina en el país. Este objetivo general necesita expresarse cuantitativa y cualitativamente, es decir, fijar el número y tipo de médicos en cada una de sus diversas categorías, requeridos para satisfacer necesidades actuales y futuras de la población.

La educación a nivel de la Escuela de Medicina deberá contribuir a la formación de un médico indiferenciado o básico, cuya preparación esté de acuerdo con las necesidades de salud del país, con la evolución de las ciencias médicas y con los requerimientos derivados de la naturaleza y responsabilidad de sus funciones y de su posición en la sociedad.

Concretamente, se señalaron los siguientes objetivos a esta etapa:

- a. Contribuir a una sólida preparación científica, especialmente en métodos de análisis e investigación y estimular el espíritu de investigación científica.
- b. Promover el cultivo de la personalidad y el desarrollo y práctica de principios éticos.
- c. Estimular y desarrollar en el estudiante la capacidad de aprender por sí mismo, la adquisición de juicio crítico, espíritu de observación, raciocinio correcto y capacidad de ejecución.
- d. Proporcionar al estudiante una capacitación técnica que le permita afrontar los problemas de salud y enfermedad de la práctica diaria, incluyendo el desarrollo de actitudes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como el aprendizaje de los principios y técnicas fundamentales de las ciencias sociales.
- e. Crear conciencia de las responsabilidades administrativas y sociales que le esperan como médico integrante de una medicina colectiva.
- f. Proporcionar al estudiante oportunidades para la comprensión del hombre, en su unidad biológica, psíquica y social, junto con desarrollar en el futuro médico un sentido de respeto y comprensión humana frente a quien lo consulta profesionalmente.

La enseñanza impartida, después de la obtención del título profesional, tiene como fin formar todos los tipos de médicos requeridos para realizar las distintas funciones de la medicina en Chile, por medio de un adecuado adiestramiento de carácter universitario del médico básico que egresa de la Escuela de Medicina. Con el fin de incrementar su preparación técnica y mantener sus conocimientos al día, el médico debe cumplir actividades de perfeccionamiento continuado por su propio esfuerzo. El objetivo de la educación médica en esta etapa consiste en estimular sistemáticamente esos esfuerzos y en proveer todas las facilidades adecuadas para el perfeccionamiento profesional.

El Seminario destacó, asimismo, que, a pesar de que las

Universidades asumen una responsabilidad preferente en el plan, él no es realizable sino con la cooperación de las más importantes instituciones médicas del país, entre las cuales se mencionó, de un modo especial, el Colegio Médico y el Servicio Nacional de Salud.

Por último, el Seminario puso de relieve que este plan debe ser el producto de un proceso dinámico, en constante revisión y perfeccionamiento, puesto que las necesidades que contribuye a servir y las condiciones del ejercicio profesional son, también y de hecho, dinámicas y cambiantes.

En relación con la formación que la educación secundaria imparte en la actualidad, se estimó conveniente promover la creación de una etapa de educación universitaria de carácter básico, como requisito para el ingreso a las Escuelas Profesionales. Esta etapa podría servir los propósitos de varias Escuelas Universitarias y, en lo posible, no debería significar un aumento en la duración actual de los estudios.

A continuación, se aprobó una serie de recomendaciones relativas a los procedimientos y sitios de la enseñanza médica, y la necesidad de métodos de evaluación periódica de los resultados de los planes de educación.

Requerimientos de médicos en Chile. El Seminario debatió, también, el tema de las "necesidades de médicos" por la importancia que tiene para el desarrollo de los programas de salud y por su directa relación con los objetivos de la educación médica.

Se concluyó que había antecedentes que permitían afirmar que existe un déficit de prestaciones médicas en el país, el cual es más acentuado en algunas zonas que en otras. Las medidas tendientes a disminuir el déficit de prestaciones son, como es natural, de muy variada índole. El Seminario consideró de especial importancia las siguientes:

- a. Mejorar la distribución geográfica de los profesionales existentes.
- b. Mejorar el rendimiento del trabajo profesional, entre otros mecanismos, por medio de:

—mejor cumplimiento de las responsabilidades funcionarias,

—racionalización de la estructura de los servicios y del trabajo médico,

—mejoramiento de las condiciones ambientales de los sitios de atención médica,

—adecuado uso de incentivos para el trabajo, incluyendo el estímulo económico.

c. Propender a que las Escuelas de Medicina se esfuercen en aumentar el número de graduados, sin deteriorar la calidad de la enseñanza.

d. Procurar de urgencia los medios para aumentar la formación de personal paramédico en cantidad y calidad suficiente. De este modo, sería posible subsanar el grave déficit de este grupo y obtener una relación numérica más funcional con el número de médicos, lo cual contribuiría prácticamente a aumentar y mejorar las prestaciones médicas.

e. Recomendar que, en ciertas actividades que no sean específicas del médico, éste pueda ser reemplazado por otro personal técnicamente calificado (químico-farmacéuticos, biólogos, técnicos laborantes, etc.).

VIII. Otros acuerdos. Se acordó pedir a las instituciones participantes, la constitución de un organismo de carácter permanente y autónomo para el estudio de la formación médica y de los servicios médicos, y se propuso denominarlo Comité Permanente de Formación Profesional Médica.

Esta iniciativa está en pleno desarrollo. Se estudió previamente un proyecto de convenio entre las instituciones, el cual fue aprobado por las autoridades correspondientes y ulteriormente fueron designados los delegados representantes de las mismas.

El Comité Permanente se constituyó formalmente el día 28 de noviembre de 1961 y quedó integrado por los profesores Hernán Alessandri, Amador Neghme y Benjamín Viel, por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; profesores Ivar Hermansen, Eduardo Skewes y Teodoro Darricarrere, por la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción; profesores Rodolfo Rencoret, Ramón Ortúzar y Fernán Díaz, por la Universidad Católica; Dres. Gustavo Fricke, Alfredo L. Bravo y Luis Figueroa, por el Servicio Nacional de Salud; y Dres. Ruperto Vargas M., Ignacio González y José M. Ugarte, por el Colegio Médico.