

## XV Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina (ALANAM). Quito, Ecuador 22 y 23 de enero de 2002\*

Dr. Antonio Clemente H

Individuo de Número

La reunión se efectuó en Hotel Colón Hilton, y el tema central fue: "La situación socioeconómica del médico en Iberoamérica", y un Foro adicional sobre: "La clonación humana". Este fue presentado por el Prof. y Acd. Rolando Calderón Velasco, Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Perú.

Asistieron los representantes de: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, España, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

La reunión la inició el Presidente de ALANAM, Prof. Acd. Claudio Cañizares Proaño. En su discurso se refirió a las actividades de la asociación y al libro titulado "Itinerario Histórico de ALANAM", escrito por el Prof. Acd. Zoilo Cuéllar-Montoya Secretario Alterno de ALANAM. El presidente propuso una declaración condenando la agresión y la violencia y presentó un anteproyecto denominado: "Declaración de Quito", el cual fue aprobado.

### **Academia Nacional de Buenos Aires.**

Presentó la ponencia el Prof. Acd. Oscar Héctor Morelli. La población es de 35 798,000 h. Los hechos más resaltantes son: 1. Bajo nivel de formación, 2. Pérdida de motivación económica de los docentes, 3. Número desproporcionado de estudiantes, y 4. Evaluaciones inadecuadas. Se ha producido una disminución progresiva de la medicina privada y una reducción del tiempo dedicado al paciente en la consulta. El consumo masivo de medicamentos es desmedido, hay exceso de exámenes paraclínicos y las empresas de prepago

imponen sus propias normas. La retribución de los médicos equivale a menos del 20 % del gasto en salud. En el sector público los salarios mensuales están entre 500 y 1300 \$ mensuales, y en el Sistema nacional de Salud entre 800 y 1300 \$, el promedio de ingresos es de 1400 \$. Ninguno de los ingresos alcanza a cubrir el costo de la vida del profesional promedio.

Son especialistas el 77 %, y generalistas el 23 %; egresa en el tiempo regular el 39 % de los estudiantes de medicina; el total de médicos es de 110 000, hay recertificación cada cinco años y un médico por cada 300 h.

### **Academia Nacional de Medicina del Brasil**

Informe presentado por el Prof. Acd. José Marcel Jansen. Tiene una población de 164 500 000 h. La posición del médico brasileño fue la de un profesional calificado con respeto social y bien remunerado. En los años sesenta se desarrolló la Prevención Social (Seguridad Social) y en los años ochenta se creó el Sistema Único de Salud que unió la Previsión Social al Ministerio de Salud. El ingreso a las Facultades de Medicina se logra mediante un examen, pero aun así hay una sobreoferta de médicos y una suboferta de empleos públicos. Entre los médicos hay una heterogeneidad en las condiciones socioeconómicas. Lo más significativo en las últimas cinco décadas es el paso de una profesión liberal a una asalariada.

### **Academia Nacional de Medicina de Chile**

La ponencia fue presentada por el Prof. Acd. Ricardo Cruz-Coke Madrid. La población es de 15 000 000 h. En el siglo XVII el ingreso era de 150 \$ por año. De 1918 - 1973 se desarrolló la política

\*Informe presentado al Presidente y demás Miembros de la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina el 04 de marzo de 2002

del “Estado Benefactor” y en 1924 se creó el Ministerio de Salud y Prevención Social. Durante el gobierno neoliberal emigraron el 30 % de los profesores de Medicina, y fueron expulsados varios centenares de médicos. A partir de 1990 mejoraron los salarios médicos y se creó un modelo mixto público y privado, crecieron las inversiones en salud, se erradicaron las epidemias y mejoraron mucho los indicadores de salud. Tienen 16 700 médicos y uno por cada 920 h.

#### **Academia Nacional de Medicina de Colombia**

Ponencia presentada por el Prof. Acd. Juan Mendoza-Vega, Vicepresidente. La población es de 41 400 000 h. Hubo un cambio del modelo de desarrollo y se inició una descentralización (1 075 municipios). En 1993 se promulgó la ley 100 que estableció tres regímenes:

- a. Contribución, para los trabajadores (27 %)
- b. Subsidiado, para la población de bajos recursos (22 %) y
- c. Vinculados de la clase media (51 %).

La morbilidad está en fase de transición y la natalidad ha bajado. La tasa de desempleo en las ciudades es de 21 %, el subempleo de 31 % y la economía informal 24 %. Los médicos ante este cuadro general no están bien, 42 % no tienen vínculo laboral formal. De los contratados más o menos la mitad tienen una contratación por debajo de 8 horas diarias, 50 % tienen dos cargos remunerados y 18,7 % tres, para poder compensar los ingresos. Tienen 51 000 médicos y uno por cada 812 habitantes; sólo 15 % se gradúan en el tiempo regular, el ingreso promedio es de 1,389 \$ mensuales.

#### **Academia Nacional de Costa Rica.**

El informe fue presentado por el Prof. Acd Edgar Cabezas Delgado. Costa Rica tiene 52 000 Km<sup>2</sup> y 3 810 000 h. La población del país está cubierta universalmente por la Caja Costarricense de Previsión Social (Seguridad Social), los riesgos laborales y enfermedades profesionales también están cubiertos por el Instituto Nacional de Seguros, ambos son obligatorios. La producción de médicos excede la capacidad de empleo, el salario base está entre 671 y 691 \$ por mes. Hay incentivos variables que mejoran el salario. El 59 % son especialistas y el 41 % médicos generales. El total de médicos es de 6 850 y tienen uno por cada 547 habitantes.

#### **Academia Nacional de Medicina del Ecuador**

Fue presentada la ponencia por el Prof. Acd. Claudio Cañizares Proaño, Presidente de la Academia Ecuatoriana y del Congreso. Hoy el país tiene 11 960 000 h. A mediados del Siglo XX el médico era distinguido y próspero. El cambio comenzó en 1940 con la instalación del sistema de Prevención Social (Seguro Social Obligatorio) con un salario de 1 000 \$ por mes. En 1960 fue creado el Ministerio de Salud, donde los salarios eran más bajos. Se promulgó la ley de la Federación Médica, fue intervenida la universidad y los salarios bajaron a 200 \$. En 1990 se dio un bono adicional de 20 % y otro por el escalafón médico. El salario subió a 300 \$. Sólo 25 % de los médicos tienen consultorio privado. Las tasas de los pacientes asegurados son impuestas por las compañías de seguros de salud. Tienen 31 000 médicos y uno por cada 377 h.

#### **Academia Real de Medicina de España**

Informe presentado el Prof. Acd. Juan del Rey Calero. En 1980 llegó la crisis del estado de bienestar. El gasto en salud está en 7,4 % del PBI siendo el promedio de Europa 6,6 %. Los objetivos del sistema son: atender a las necesidades de comunidad, con la intención del logro de las metas propuestas, con eficacia, efectividad y eficiencia, tomando en consideración los valores y la equidad. Encauzar la rivalidad entre el poder nacional y regional. La educación ciudadana es con miras a un orden moral/político en relación a la salud. Las actividades sanitarias deben ser evaluadas con relación al resultado, el principio de la diferencia y la relación costo/beneficio. Este cambio ha logrado que la sanidad dependa del Servicio Nacional de Salud. Se debe evitar la “monetarización de la medicina” con el equilibrio entre la productividad y el alcance económico de las decisiones. Los recursos que se emplean en salud se estiman por medio de los “grupos relacionados de diagnóstico” y las “unidades ponderadas de asistencia” (puntos). El correcto funcionamiento, la formación y la disponibilidad del recurso humano es indispensable para lograr un acto médico ideal. La población es de 39 244 000 h, el promedio de salarios es de 2 500 \$ mensuales, tienen 171 000 médicos y uno por cada 236 h. Los médicos ingresan al Servicio Nacional de Salud por concurso. La edad de jubilación es de 65 años la pensión del 40 % al 60 %, los días de vacaciones son 35 por año y las horas de trabajo 40 por semana de 5 días.

### **Academia Nacional de Medicina del Paraguay**

Fue presentado el informe por el Prof. Ac. Rafael F. Lebrón Pagano Presidente de la Academia. La información que presentó fue contratada a una consultoría con gran experiencia en el área social. Tienen una población de 3 114 198 h y una superficie de 406 752 Km<sup>2</sup> la población urbana es 54,4 % y la rural 45,5 %. La población económicamente activa es de 2 356 858 h, la población de más de 60 años es de 6,1 %, el PIB per cápita 1 564 \$, el promedio del ingreso mensual de los médicos 1 264 \$, de ellos son especialistas 42 % y generalistas 58 %. La lentitud en la cancelación de la medicina prepagada es de uno a dos meses y el futuro se ve incierto.

### **Academia Nacional de Medicina del Perú**

Presentó el Prf. Ac. Eduardo Pretell Zárate, la población es de 26 520 000 h y la superficie es de 1 166 152 Km<sup>2</sup>. El Departamento de Lima tienen una tercera parte de la población del país. Hay una heterogeneidad de perfiles demográficos y epidemiológicos. La mortalidad infantil es de 33 por 1 000 nacidos vivos, la desnutrición 24 % pero varía mucho entre las regiones de las ciudades, de la costa, de la sierra y de la selva. La mitad de la población está concentrada en siete provincias, 60 % de ella tienen acceso a los servicios de salud, la otra mitad está distribuida en 189 provincias con variables problemas de salud, el 70 % no tiene fácil acceso a los servicios médicos. En el estrato social I predomina la forma pretransicional de las enfermedades infecciosas, en el estrato V las enfermedades crónicas y neoplásicas. Se añade a esto pero en proporciones distintas, los accidentes, las enfermedades emergentes y re-emergentes, la anemia nutricional y la obesidad. El gasto total en salud es de 4,4 % del PIB. El gasto en salud porcentualmente se divide en: hogar 38,5 - empresas 34,4 gobierno 24,8. Sólo el 25 % tiene satisfactoria cobertura de salud, y el 25 % no tiene asistencia médica. En la última década se duplicó la asistencia en el primer nivel, y los hospitales recibieron poca ayuda. Por ello su capacidad de atención bajó de 40 % (1978 - 80) a 20 % (1993-95). Son especialistas en promedio el 38 % y el 62 % generalistas. Trabajan para el estado 48 %, de ellos 29 % a dedicación exclusiva, 49 % tienen 2 cargos y 22 % tres o más.

### **Academia Nacional de Medicina del Uruguay**

Presentó el Prof. Ac. Antonio Borrás, Presidente

de la Academia. El país tiene una población de 3 163 763 h. y una superficie de 174 330 Km<sup>2</sup>. Con 11 878 médicos. Existe una sola Facultad de Medicina y sólo completan los estudios en el tiempo previsto el 50 %. Son 66 % especialistas y 34 % generalistas, sólo hacen medicina privada el 4 % y el resto son empleados del estado. El múltiple empleo es la regla, el promedio es de 2,6 cargos por médico, sólo el 1 % no tienen empleo remunerado. El 21 % trabajan 6 horas por semana y 19 %, 40 horas por semana; 61 % tienen una relación laboral estable, y dependencia estable del 44 %. Tienen un médico por cada 263 habitantes.

### **Academia Nacional de Medicina de Venezuela**

Presentado por el Prof. Ac. Pedro J. Manrique L. Presidente de la Academia. El país tienen una población de 24 629 000 h. (2000) y una superficie de 912 050 Km<sup>2</sup>. El Ac. Manrique habló de la difícil condición de los médicos en Venezuela debido a la situación económica general y a las medidas tomadas por el gobierno, como la de emplear médicos de Cuba, quienes no han presentado sus credenciales tal como lo estipula la ley vigente, además de existir en Venezuela un altísimo desempleo y sub empleo médicos. El Ac. Morelli de la Argentina y el Ac. Orlich del Paraguay, intervinieron señalando que en sus países habían ocurrido situaciones similares. Expuso que la ponencia sería presentada en dos aspectos. "Los Servicios de Salud en Venezuela" por el Prof. Ac. Luis E López y "La situación socioeconómica del médico en Venezuela" por el Prof. Ac. Antonio Clement H.

Sistema Público de Salud en Venezuela. Este sistema y el de Seguridad Social garantizan la atención médica, con el apoyo de la comunidad y de los otros sectores relacionados del Estado. Estamos en el proceso de homologación de los establecimientos de atención médica de la red de servicios públicos y privados, a las normas elaboradas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. La formación de los recursos humanos se hace con el concurso de las universidades, los gremios, la comunidad organizada y el Estado. Se ha dado prioridad al desarrollo de los sistemas locales de atención médica. Hay tres niveles: el de la atención médica primaria, el especializado y los hospitales. El primero debe ser: accesible, preventivo, oportuno, integral, de buena calidad, resolutivo y curativo. Estamos en el camino hacia la seguridad social integral y universal, de financiamiento contributivo

y solidario. Los centros de atención médica, ambulatorios y hospitales deben tener una Junta Directiva formada por las universidades del área, los gremios, la comunidad organizada y el Estado. Se ha reforzado la función rectora y normativa del Ministerio de Salud.

Situación socioeconómica del médico venezolano. Dos vertientes cubren al médico: el Instituto de Previsión Social del Médico (IMPRES) y la Federación Médica Venezolana (FMV). El primero fue concebido por el Dr. Armando Castillo Plaza, (que lleva su nombre como muestra de reconocimiento). Fue aprobado en 1958. La FMV fue creada según la Ley de Ejercicio de la Medicina en 1942. Venezuela tiene 56 221 médicos registrados, de ellos el 38 % son especialistas y 62 % generalistas, más de la mitad son mujeres. El 43 % está entre 35 y 44 años. Tenemos un médico por cada quinientos habitantes. Los médicos padecemos de la misma morbimortalidad que la población general: enfermedades cardiovasculares, accidentes y neoplasias. La cobertura de la jubilación depende de la contratación colectiva y de las condiciones de trabajo, pero en general ellas son: contributivas y dependientes de la antigüedad y del escalafón. La relación de trabajo depende de cada contratación. Las edades de retiro son de 60 años en las mujeres y 65 en los hombres. El PIB per cápita fue de 5 001 \$ por año (2000), la inflación 15,2 y el desempleo 13,6 %. El salario promedio deducido de los dos mayores empleadores, Ministerio de Salud e Instituto de los Seguros Sociales, es de 1200 \$, con escalafón seis y 6 horas de contratación.

A continuación se transcriben las conclusiones y recomendaciones de la reunión.

### **Conclusiones y recomendaciones de la XV Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM).**

#### **Conclusiones**

1. Aún en los países más favorecidos, es clara la involución del profesional en medicina hacia niveles socioeconómicos cada vez más bajos, salvo Chile, que maneja un modelo mixto Estatal-Privado, en el que se fusionan el antiguo estado benefactor con el desarrollo médico privado. Causas generales de la involución socio-

económica del médico, son:

- a. El nivel de ingresos del médico se ha reducido notablemente, hasta tal grado que a un porcentaje importante de profesionales le es totalmente insuficiente para llevar una vida digna y mantener un nivel de actualización adecuado.
  - b. La dependencia cada día mayor, y en más número de profesionales, de las entidades administradoras de servicios médicos, públicas o privadas, que fijan sus tarifas unilateralmente y que demoran los pagos al profesional, a veces mucho más allá de los 90 días.
  - c. La ausencia de estabilidad laboral, de seguridad social y de reservas pensionales con miras a una atención adecuada en salud y a una jubilación decorosa.
2. Influyen en dicha involución:
- a. La recesión económica mundial que afecta, en mayor o menor medida, a los diferentes países.
  - b. La transformación de los sistemas de Seguridad Social, planeada y ejecutada desde un punto de vista fundamentalmente teórico en la mayoría de los países iberoamericanos, en la cual se introdujeron las leyes del mercado, donde la norma básica es la competencia y la eficiencia a ultranza, aunque sacrifique las metas sociales y humanitarias, y donde los indicadores de salud pública declinan en pro de la estabilidad financiera: efecto que atenta contra la calidad de la atención y el nivel científico y académico.
  - c. El silencio y automarginación de los médicos frente a proyectos de ley que atenta contra su propio ejercicio profesional y contra la calidad del acto médico, así como frente a aquellos que lo hacen contra el deber hipocrático del médico de luchar en favor de la vida.
  - d. El incontrolado volumen de médicos habitualmente con formación deficiente que gradúan las Universidades, por un número muy grande de alumnos o, en varios países, por desmedido aumento en el número de Facultades de Medicina, más allá de toda lógica y toda planificación.
  - e. La sobreoferta médica, causa del subempleo y del desempleo profesionales.
  - f. La falta de solidaridad entre los miembros del gremio y la presencia de actuaciones antiéticas en algunos de ellos.
  - g. La responsabilidad de los propios médicos, la cual es alta debido a la exagerada formulación y

al exceso de exámenes paraclínicos solicitados, originado en una medicina defensiva, por el temor a las demandas por mala práctica, o a una deficiente preparación clínica, cuando no en la realización de procedimientos que pueden ser evitables con paciencia, conocimientos y habilidades. Ejemplo de estos casos: el exagerado aumento estadístico de la operación cesárea.

- h. La medicina denominada de alto costo que hoy tantas vidas salva pero que, a la vez que está muy lejos del alcance de la persona sin protección en salud, merma más rápidamente los recursos de la institución que atiende el caso, en detrimento del tratamiento de otra patología menos onerosa.
3. El efecto que sobre los pacientes tienen el descenso de la condición socio-económica del médico es desastroso, pues la calidad en la atención —la calidad del acto médico— necesariamente se demerita y puede llegar a niveles antihipocráticos.

### Recomendaciones

1. Señalar la necesidad de mejorar y, en la medida de lo posible perfeccionar una verdadera solidaridad del gremio médico. Las academias deben realizar el mayor esfuerzo en contactar con:
  - a. Los médicos que ocupan cargos directivos en las empresas que emplean profesionales de la salud con el fin de lograr, de común acuerdo, un camino intermedio que les permita cumplir con su empresa y respetar los derechos de los colegas.
  - b. Los médicos que realizan labores de auditoría en dichas empresas para, también de común acuerdo, lograr el cumplimiento de su función exclusivamente en búsqueda de la calidad y el beneficio del paciente.
  - c. Los médicos generales que, para bajar costos a su empresa evitan, a toda costa, la interconsulta con el especialista o la realización de exámenes paraclínicos y, sin conocimientos, ni experiencia, enfrentan casos y tratamientos para los cuales no están preparados, en detrimento de la salud de los enfermos con el fin de lograr para ellos, de acuerdo con las Facultades de Medicina, la capacitación que les permita discernir entre los casos que realmente son susceptibles de tratamiento por parte de ellos y aquellos que es imperativo remitir, a la mayor brevedad. En cuanto a los exámenes paraclínicos, facilitarles los conocimientos necesarios para distinguir entre el examen paraclínico innecesario y aquel de realización prioritaria.
2. Promover estudios del “recurso humano” en salud, en todos sus aspectos, en cada uno de los países (zonas urbanas, suburbanas y rurales).
3. Solicitar que se frene la sobreproducción de médicos y sugerir estrategias al respecto.
4. Promover la modificación de las leyes que regulan la seguridad social en salud en cada país para:
  - a. Evitar la generalización de las equivocaciones legislativas ya sufridas en algunos países y por tanto, las graves consecuencias de éstas, tanto en la calidad de la atención en salud como en el ejercicio profesional del médico.
  - b. Asesorar a los gobiernos y a los cuerpos legislativos sobre salud, ejercicio profesional de la medicina y educación médica.
  - c. Buscar estrategias que permitan a los entes gubernamentales proteger, salvaguardar, enriquecer y perfeccionar el sistema hospitalario del área para evitar el colapso de los hospitales públicos y clínicas privadas. Evaluar las experiencias existentes para detectar los errores cometidos y las causas de dicho colapso.
  - d. Velar por el respeto y salvaguarda de la ética médica, para que los profesionales continúen ejerciendo su apostolado, acorde con las normas hipocráticas, desde la perspectiva de una magnífica relación médico-paciente, en la cual brille la calidad en la prestación de los servicios, apostolado en el cual no deben interferir las condiciones económicas, sociales, raciales o ideológicas de nuestros pacientes.
  - e. Estimular campañas masivas de educación a la población en relación a todas y cada una de las novedades en los cambios de los sistemas de salud.
  - f. Mantener la dignidad del profesional de la medicina y su imagen de servidor de la salud, ciertamente con deberes, pero también con derechos correspondientes y necesariamente, respetables.