

Boletín de la
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Año 1973
2do Fascículo



Lima - Perú

Edición auspiciada por
Instituto HIPOLITO UNANUE

Boletín de la
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Año 1973
2do Fascículo



Lima - Perú

Edición auspiciada por
Instituto HIPOLITO UNANUE

Este segundo fascículo del Boletín de la Academia Nacional de Medicina correspondiente al año 1973, da cuenta de las actividades institucionales efectuadas a partir de la instalación de la Junta Directiva, hasta el mes de Diciembre inclusive. Damos así cumplimiento al compromiso contraído al reiniciar la publicación del Boletín, en el Fascículo Nº 1, de no omitir esfuerzos para asegurar su continuidad. Agradecemos al Instituto Hipólito Unánue su auspicio y la contribución que ha proporcionado a la Academia en tal sentido.

Destaca, entre las actividades cumplidas en este lapso, el simposio sobre Medicina y Economía que organizó la Academia, con intervención de destacados expertos de la Institución e invitados. Tanto los temas desarrollados en esa oportunidad, como su calidad, creemos que constituyen valioso aporte para el conocimiento de la realidad nacional referida a problemas que concitan hoy la atención preferencial de la profesión médica, de los gobiernos y la colectividad.

Asimismo, fue importante la intervención auspiciadora de la Academia en la organización de la Sociedad Peruana de Hidrología Médica y Crenoterapia: una vez más, la Institución cumplió en este caso con una de sus misiones tradicionales. Formulamos nuestros mejores votos por el desarrollo y progreso de esta nueva Sociedad científica.

Finalmente, en el mes de Diciembre ocupó la tribuna uno de los SS.AA.CC. nacionales, dándose comienzo en esta forma a la participación en las actividades regulares de la Academia, de los colegas de fuera de la capital.

Lima, Diciembre de 1973

JORGE VOTO BERNALES
Presidente

CARLOS BUSTAMANTE R.
Secretario Permanente

SESION DEL 29 DE MAYO DE 1973

INCORPORACION DEL DR. RICARDO H. CORNEJO

Siendo las 7 y 45 p.m. se inició la Sesión bajo la Presidencia del Dr. Jorge Voto Bernales y con asistencia de los AA. TT. Drs. Bambarén, Mori Chávez, Soto, Trelles, Avendaño, Acevedo, Pérez Aranibar, Guzmán Barrón, Alzamora, Delgado Cornejo, Arias Stella, Aste Salazar, Peralta, Merino, Zapata, Pezet, Fernández, Manrique y Cornejo y de los AA.AA. Drs. Philips, Subauste, Salcedo, Lanfranco y Reusche y del Secretario Permanente A. T. Dr. Bustamante Ruiz Carlos.

Se leyeron las Actas de las dos sesiones anteriores, las que fueron aprobadas sin observaciones.

Acto seguido el Presidente Dr. Voto Bernales pronunció una alocución adecuada exaltando los merecimientos del nuevo Académico Titular Dr. Cornejo, cuyo ingreso a la Academia —dijo— representa una acertada elección y la seguridad de brillantes futuras contribuciones.

Luego el Dr. J. Avendaño hizo la presentación del Dr. Cornejo, saludando al recipiendario y remarcando sus múltiples contribuciones al progreso de la Embriología, sus interesantes publicaciones, su versátil curiosidad intelectual, su actividad diplomática al lado de su ilustre padre y gran tribuno, Dr. Mariano H. Cornejo y los interesantes aspectos de su educación en Francia y su valioso aporte a la cultura peruana como profesor universitario.

Finalmente, el nuevo A. T. Dr. Ricardo Cornejo agradeció su nominación, las palabras del Dr. Jorge Avendaño, refiriéndose a la memoria del Prof. Leonidas Avendaño y haciendo recuerdos del pasado universitario.

El conferencista plantea, como lo hace desde hace más de treinta años en su cátedra y en su libro de curso, que "la ciencia no se ha hecho para destruir a los hombres ni sojuzgarlos; que la ciencia se ha hecho para curar a la humanidad de todas sus imperfecciones". Glosa algunos conceptos de su reciente libro sobre Eugenesia, titulado "La Medicina del Hombre". Define el concepto individualista, humanista, democrático y cristiano de la Medicina y de la Eugenesia, y en total oposición con el deformado concepto absolutista y materialista que los regímenes totalitarios le atribuyen.

Adopta el concepto de la "estirpe humana", la cual recorre las fases genética, embriológica, ambiental y social y se prolonga luego en la descendencia., a la que transmite, a través de la herencia y de la educación, sus caracteres específicos, su tradición y sus modos de pensar, de sentir y de actuar. En cada una de estas fases puede ella recibir variadas formas de agresión; y su estudio y el modo de evitarlas constituye el objetivo directo e inmediato de la Eugenesia, o Medicina del Hombre. Propone la creación del Instituto de Eugenesia para su estudio y para la aplicación nacional y pragmática de la teoría, como se ha hecho ya en otros países.

Enfoca luego el devenir más distante de nuestra especie, cuyos males residen principalmente en el desarrollo incontrolado de nuestra civilización en cuanto a sus costumbres y prácticas, en la tecnología, en sus conceptos, y sobre todo en su incontenible crecimiento demográfico que origina la mayor parte de sus males, los cuales la condenan a una progresiva decadencia y a su extinción.

Aconseja, como lo expresan ya muchos científicos y escritores, que reaccionemos contra la civilización industrial actual y glosa conceptos de la "futurología" para orientarnos hacia un planteamiento social más humano y democrático, que contemple el control del proceso de cambio de nuestra civilización industrializada a la otra superindustrializada del futuro, ya muy próximo por el ritmo acelerado en que vivimos y cita conceptos de Alvin Toffler, eminente futurólogo, quien plantea la urgencia de someter el propio proceso de la evolución a la guía consciente del hombre" pues es el momento supremo y crucial en que el hombre tiene que dominar el proceso de cambio" o perecer. En que de inconciente títere de la evolución puede convertirse "en su víctima, o en su dueño". Son éstos, precisamente, los objetivos biológico y social de la Eugenesia, concluyó diciendo.

Siendo las 9 y 15 p.m., se levantó la sesión.

SESION DEL DIA 28 DE JUNIO DE 1973

INCORPORACION DEL DR. CESAR E. MERINO

Bajo la Presidencia del Dr. Jorge Voto Bernales y con la asistencia de los SS. AA. Drs.: Carlos Bambarén, Javier Arias Stella, Guillermo Pezet, Vitaliano Manrique, Ricardo Cornejo, Augusto Mispireta, Rafael Alzamora, Alberto Guzmán Barrón, Vicente Zapata Ortiz, Enrique Fernández, Alberto Hurtado, Aurelio Peralta, Juan Philips, Teobaldo Pinzás, César Merino, Manuel Salcedo, Carlos Lanfranco y del Académico Secretario Permanente Dr. Carlos Bustamante.

Se leyó el Acta de la anterior, que fue aprobada sin observaciones.

Luego el A. Presidente rindió homenaje a la memoria del A. Asociado Dr. Germán Stiglich recientemente fallecido, pidiendo un minuto de silencio, que se hizo

En el Despacho se leyó la nota cursada por la Mesa Directiva al Decano del Colegio Médico Dr. Alberto Cánepa, y al Ministerio de Salud, relacionada con la necesidad de oficializar el nombramiento de los miembros de la Comisión encargada de elaborar un Anteproyecto de Sistema Unico de Salud.

Acto seguido el Presidente invitó al A. T. Dr. Alberto Hurtado a ocupar la tribuna para saludar al recipiendario Dr. Merino.

El Dr. Hurtado se expresó del siguiente modo:

Señor Presidente,

Señores Académicos,

Señoras y Señores:

Es sumamente grato y honroso para mí el encargo recibido de presentar y saludar al Dr. César Merino en el acto de su merecida incorporación a la Academia Nacional de Medicina, en calidad de Miembro Titular. Además de destacar los méritos de su vida médica, como profesional, docente e investigador, me permite esta oportunidad agradecer públicamente una leal y sincera amistad y colaboración de varias décadas.

Graduado de Médico-Cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en el año 1939, el Dr. Merino es nombrado Becario de la Fundación Rockefeller y en los años siguientes recibe un intenso adiestramiento y especial preparación en el campo de la Hematología, al lado de destacados especialistas de los Estados Unidos. Esta experiencia, unida a su entusiasmo, dedicación y dotes personales le permiten, a su regreso a Lima, impulsar y afianzar definitivamente el notable progreso de esta importante rama de la Medicina en nuestro país, obra que incluye la formación de excelentes discípulos, quienes, en el correr de los años, han trazado también rumbos originales en esta ciencia.

La carrera docente del Dr. Merino la inicia en 1942, corto tiempo después de su graduación, con el cargo de Profesor Asistente de Fisiología, siendo ascendido, años más tarde, a la categoría de Profesor Asociado, desempeñando simultáneamente la Jefatura del Departamento de Hematología del Instituto de Biología Andina. Al fundarse la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en 1961, es nombrado Profesor Principal de Medicina, cargo que ocupa hasta el presente, teniendo también la dirección de un Departamento Médico en el Hospital Arzobispo Loayza.

Deseo destacar, en forma especial, que en el año 1957, el Dr. Merino y el Dr. Hernán Torres recibieron de la Facultad de Medicina, y con el auspicio de la Fundación Rockefeller, el encargo de estudiar las características y orientaciones de la educación médica en varios países europeos, misión que desempeñaron con gran eficiencia, presentando a su término un detallado informe, el que fue utilizado como valiosa referencia y consulta en la formulación de las reformas educativas introducidas en esa época.

En la vasta obra investigadora del Dr. Merino, iniciada durante sus años estudiantiles, destacan algunas contribuciones que tienen un especial significado por su originalidad y valor científico. Mencionaremos solo algunas, dada la brevedad del tiempo a nuestra disposición.

Participó en el descubrimiento de un aumento de la hemoglobina muscular, o mio-hemoglobina, en la altura, lo que representó la primera evidencia de que en el proceso de aclimatación a este ambiente desempeñan un papel fundamental las modificaciones anatómicas, funcionales y químicas a nivel fisular.

Siendo aún estudiante de medicina fué co-autor de un trabajo que describió en detalle, y en algunos aspectos por vez primera, las características de la anemia en la Verruga Peruana o Enfermedad de Carrión.

En 1945, es también co-autor de un amplio trabajo sobre la influencia de la hipoxia, o deficiencia de oxígeno, en la actividad hemopoyética. A pesar de los años transcurridos esta contribución continuúa siendo considerada como una de las clásicas en la materia, y los datos y diagramas que contiene son frecuentemente citados y reproducidos en publicaciones actuales.

Fue también Merino el primero que estudió la Morfología celular de la médula ósea en la policitemia de altura, y sus hallazgos han sido después confirmados por otros investigadores. En 1950 publica un importante, y en gran parte original, trabajo, sobre la relación existente entre formación y destrucción hemática en la policitemia de altura, y en 1956 presenta, por vez primera en la literatura mundial, evidencia de que el plasma circulante en residentes de la altura contiene una mayor cantidad del factor eritropoyético, o eritropoyetina, que al nivel del mar.

La obra científica e investigadora del Dr. Merino ha recibido, con justicia, reconocimiento público, como lo evidencian las distinciones que se le han conferido y su incorporación a instituciones médicas nacionales y extranjeras. En 1947 recibió el Premio "Cayetano Heredia", y en 1954 esta Academia le otorgó el Premio "Hipólito Unanue". Es miembro activo de la Sociedad Internacional de Hematología, y miembro honorario de la Sociedad Chilena en esta especialidad. Fué fundador y

primer Presidente de la Sociedad Peruana de Hematología, y pertenece a los comités editoriales de importantes revistas en diversos países.

Sería aún más incompleta esta muy breve semblanza del Dr. Merino si sólo incluyera la mención de los principales méritos adquiridos en su vida médica y profesional. Debo agregar que a ellos siempre se ha unido una invariable observancia de las normas que caracterizan una vida limpia y fiel a los más elevados principios de conducta, honorabilidad y lealtad al sentimiento de la amistad.

Dr. Merino:

Reitero mi más profundo agradecimiento por el grato y honroso encargo de presentarlo y saludarlo en la ceremonia de su incorporación a la Academia Nacional de Medicina, en calidad de Miembro Titular.

La Providencia ha querido, magnánimamente, que haya sido testigo cercano y partícipe de sus primeros esfuerzos científicos, y de este acto consagratorio que demuestra lo fructífero y valiosos que ellos han sido.

A continuación el A. Presidente invitó al D. Merino a dar lectura a su trabajo de incorporación sobre "Púrpuras Trombocitopénicas, sus problemas etiopatogénicos y terapéuticos".

El Dr. Merino, expuso lo siguiente:

EL SINDROME PURPURICO.— Cuando el complejo proceso de la hemostasia falla debido a la disminución marcada de las plaquetas aparece un síndrome hemorrágico, cuyas manifestaciones clínicas más llamativas son las equimosis y las petequias cutáneas-mucosas; a estos síndromes se les ha llamado PURPURAS TROMBOCITOPENICAS. Los mecanismos que producen la disminución o desaparición de las plaquetas de la sangre circulante, pueden agruparse en tres categorías: 1.—Menor producción; 2.—Mayor destrucción; 3.—Aumento de la secuestación esplénica de las plaquetas. Una menor formación de plaquetas puede ser causada por daño medular debido a agentes físicos, productos químicos (industriales o medicamentosos), invasión leucémica o tumoral de la médula ósea; por causas metabólicas o carenciales, o anomalía intrínseca de la médula ósea sin causa conocida. En muchas de estas plaquetopenias la causa o el mecanismo del daño medular es conocido, la trombocitopenia es secundaria porque forma parte de un proceso más extenso y generalmente susceptible de ser diagnosticado.— El segundo mecanismo de trombocitopenia es el inmoderado aumento de la destrucción de las plaquetas; su tiempo de vida está disminuido, (demostrable usando Isotopos radioactivos P32 - Cr51) — La causa de esta mayor destrucción puede actuar directamente sobre las plaquetas o sus progenitores, los megacariocitos (causa tóxica o infecciosa), pero principalmente son mecanismos inmunitarios los que están envueltos, una acción antígeno-anticuerpo puede ser demostrado en muchos casos.— Las causas íntimas de estos procesos autoinmunes no son claras.— El tercer mecanismo de trombocitopenia es el aumento de la secuestación esplénica de plaquetas.— Toda esplenomegalia crónica, cualquiera que sea su origen, es capaz de una mayor secuestación plaquetaria y por lo tanto susceptible de causar un síndrome purpúrico.— Aquí el concepto de "hiperesplenismo" podría tener aplicación.

Cuando la púrpura trombocitopénica se presenta como síndrome único, no siendo parte de otra enfermedad y cuando la causa de la trombocitopenia no es conocida, el síndrome se denomina PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA (PTI) ó Síndrome de Werlhof.

SINDROME DE WERLHOF (PTI).— Cuando W. Harrington demostró que el plasma de sujetos sufriendo de PTI contenía un factor humoral capaz de destruir las plaquetas de un sujeto normal, el síndrome PTI entró a formar parte de las enfer-

medades autoinmunes, aunque no siempre sea posible demostrar in vitro este mecanismo inmunitario, debido a dificultades técnicas, la tendencia actual es que a lo largo de este mecanismo inmunitario, se puede llegar al conocimiento de las trombocitopenias, ahora llamadas idiopáticas.

Nuestra experiencia en este campo abarca dos grupos de pacientes.— El primero, (grupo del Hospital Loayza, 1969-1972) está constituido por 279 pacientes sufriendo de trombocitopenia con síndrome clínico purpúrico; de ellos 104 fueron catalogados como PTI, este grupo estaba constituido por mujeres adultas, ya que este hospital es exclusivo de mujeres.— El segundo grupo está constituido por pacientes privados, observados entre los años 1968 y 1972.— El grupo consta de 235 pacientes, de los cuales 97 fueron catalogados como PTI.— En los 138 restantes la trombocitopenia era debida a diversas causas, sobre todo leucemias y aplasia medular.— De los 97 casos de PTI, 60 fueron niños y 37 adultos.— Cuando se hace la separación por sexos, tenemos que 38 fueron hombres y 59 mujeres.— La esplenectomía se realizó en 24 de los 97 pacientes de PTI (5 niños y 19 adultos).

CONCLUSIONES: 1.—PTI es el síndrome hemorrágico más frecuente dentro del grupo de las Púrpuras trombocitopénicas; 2.—PTI es más común en los niños que en los adultos (casi 2 a 1); 3.—PTI es predominante en el sexo femenino; 4.—La esplenectomía, aunque no curativa en todos los casos, es el tratamiento de elección de la PTI del adulto, mientras que solo debe realizarse, en forma excepcional, en la PTI del niño.— El tratamiento en estos casos debe ser conservador; el uso inteligente de los esteroides ayuda al control efectivo de la PTI en la niñez.

SESION EXTRAORDINARIA DEL 6 DE JULIO DE 1973

PRIMER SIMPOSIO PERUANO DE HIDROLOGIA MEDICA

La Academia Nacional de Medicina auspició la creación de la Sociedad Peruana de Hidrología Médica y Crenoterapia cuya instalación en el local de la institución fue celebrada con un Simposio sobre Hidrología Médica. Asistieron el señor Representante del Ministro de Salud, Coronel FAP Dr. Raúl Montero y dirigentes de entidades médicas diversas.

El Presidente de la flamante Sociedad y del Comité Organizador, Dr. Oscar Maúrtua, dió comienzo a la actuación, con el siguiente discurso:

Señores:

El tema que motiva esta reunión es de tal importancia que ha atraído la atención de los estudiosos desde épocas inmemoriales.

Los esfuerzos de la recién creada Sociedad Peruana de Hidrología Médica y Crenoterapia, que tengo el honor de presidir, se dirigen a darle a esta disciplina terapéutica en nuestro país la actualidad exigida por el constante avance de las ramas de la medicina moderna.

Desde épocas antiguas, el hombre peruano ha hecho uso de sus fuentes medicinales. Así lo sugieren nombres prehispánicos como el de Yura, que en quechua significa nacer, salir a luz, y que seguramente fue impuesto al sitio por la emergencia del manantial.

En épocas más recientes, y ciñéndonos al mismo departamento de Arequipa donde se encuentra Yura, cabe recordar los trabajos de hombres preclaros como Tadeo Haencke, Mariano Eduardo de Rivero y Ustariz, los doctores Juan Manuel Vargas y J.M. Adriaola y Arve, Juan Gualberto Valdivia, Douglas y Luciano Bedoya, así como los del eminente Antonio Raimondi y su discípulo Mariano Nicolás Benavides, limitándonos sólo al siglo pasado. La calidad científica de sus trabajos de investigación estuvo al nivel de los más avanzados de la época. Su capacidad científica, su dedicación y el amor a esta tierra que los vio nacer, o que hicieron suya voluntariamente, constituyen para nuestra incipiente Sociedad acicate y estímulo.

Cuando cristalice el esfuerzo que significa construir, sobre los recuerdos del pasado, una dinámica realidad presente con el valioso concurso de todos vosotros y con el apoyo manifestado ya por parte del Supremo Gobierno, una de nuestras más importantes labores será reunir todo el material impreso y tal vez inédito dejado por esos y otros investigadores que nos ha precedido en una biblioteca y centro de estudio auspiciado por la galería de sus imágenes, recuerdo de su labor y su vida ejemplares.

Haciendo un breve balance de los pasos dados hasta hoy por la Sociedad Peruana de Hidrología Médica y Crenoterapia, bien quisiera poder ofrecer a su consideración la lista de trabajos publicados, de investigaciones cumplidas, de congresos organizados. Todo llegará a su tiempo. De momento, las labores de organización con todos sus detalles y dificultades, que son como las nubes, impalpables, indemostrables, pero suficientes para impedir ver el cielo, nos han ocupado en una inevitable y necesaria labor de cimentación institucional. Nuestras reuniones se han dedicado a la indispensable tarea de estructurar claramente los fines y de concretar los planes y proyectos de la Sociedad.

Precisamente debo referirme a los méritos sobresalientes de quienes han contribuido muy especialmente a la realización de este certamen, como el Dr. Rafael Falcone Macchiavello, para quien las dificultades son solamente un reto natural, y los doctores que tendrán a su cargo el presente Simposio: el Dr. Carlos Bustamante Ruiz, Secretario Permanente de la Academia Nacional de Medicina, doctor Enrique Velasco, el Dr. Ladislao Prazak, de reconocida y vasta obra en la especialidad; el erudito Dr. Eduardo Ramírez del Villar, cuya voluntad de trabajo es invalorable, y el Dr. Enrique Franciscolo, siempre activo e infatigable.

Para mí personalmente, la calidad científica y humana de éstos y de los demás miembros de la Sociedad constituye garantía del éxito permanente que ésta ha de tener. La confianza que han depositado en mí generosamente, me obliga a responder con lo mejor de mis conocimientos y de mi experiencia.

El objetivo y afán de nuestra Sociedad, combina el interés científico y terapéutico con el decidido empeño de revitalizar los procedimientos requeridos para que los puntos termales de nuestro territorio se conviertan en colmenas de actividad, inclusive para personas procedentes del exterior, y se repita entre nosotros para provecho general, la expansión que estos lugares tienen, por ejemplo, en Europa.

Los balnearios medicinales deben constituir puntos de atracción y de reposo no sólo, como antaño, para unos pocos pacientes sino para infinidad de personas que buscan alivio para sus males o, simplemente, una pausa en su vida agitada que les represente esa "restitutio ad integrum" que recomiendan los estudiosos de la vida social contemporánea.

Nuestro intento se dirige a contribuir con los conocimientos científicos pertinentes al aprovechamiento total de las condiciones físico-químicas, climatológicas y terapéuticas, que tengan en nuestro país los sitios capaces de interesar desde el punto de vista de la hidrología médica y la crenoterapia.

No quiero terminar sin agradecer la presencia del Coronel Médico de la FAP, Dr. Carlos Montero Ruiz; miembro de nuestra Sociedad y representante hoy día del señor Ministro de Salud. El hecho de que un profesional de su calidad haya sido elegido para representarlo en este acto, revela la importancia y la distinción que el señor Ministro concede a las actividades de nuestra Sociedad.

Quiero también agradecer el apoyo de la Academia Nacional de Medicina, y reiterar a su Presidente, Dr. Jorge Voto Bernal, que nos sentimos unidos a ella. Precisamente en el local de la Academia se inició la existencia de la Sociedad Peruana de Hidrología Médica y Crenoterapia.

Agradezco también a los asistentes el estímulo que significa su presencia para los miembros de la Sociedad, y a los Laboratorios Roche, cuya generosidad y aprecio por la importancia de este evento científico han hecho posible su realización.

Enseguida ocupó la tribuna el Dr. Ladislao J. Prazak, quien desarrolló el tema "Organización Termal Médica", en la siguiente forma:

ORGANIZACION TERMAL MEDICA

La Crenoterapia o Balneología es la ciencia que investiga, el uso y aplicación de las aguas minero - medicinales para la prevención y tratamiento de estados patológicos humanos. Estaría demás, ante esta ilustre concurrencia, entrar a definir los distintos términos usados en la Crenoterapia. Para orientar nuestra discusión hacia el tema que me ha sido asignado y que es "La Organización Termal Médica", basta decir que consideramos como aguas minero - medicinales aguas cuya mineralización es superior al gramo de materias disueltas por 1 litro de agua, o cuya temperatura en la vertiente es superior en 10°C a la temperatura promedio mensual del ambiente. También consideramos como aguas minero - medicinales aquellas que contienen ciertos minerales tales como fierro, litio, arsénico u otros en cantidades superiores a los límites establecidos mundialmente.

No es agua minero - medicinal, agua cuya mineralización proviene de procesos químicos y bio - químicos producidos en el agua ya vertida. Estas aguas podemos llamarlas "mineralizadas" pero nunca minerales.

Creo, que ahora, después de esta corta introducción y aclaración de conceptos, puedo entrar a hablar de las condiciones indispensables para la organización de un balneario curativo.

Agua mineral y/o termal es, por supuesto, la primera condición para la organización de un balneario termal. La composición química del agua y sus características físicas deben ser determinadas y no deben variar con las estaciones o bajo otras influencias. La constancia de la composición es un factor de suma importancia que distingue las aguas juveniles (de procedencia profunda) de las aguas freáticas que aunque a veces pueden tener la mineralización necesaria, no la mantiene todo el tiempo.

Otro factor muy importante es la cantidad del agua mineral vertida. El débito de la fuente, por las razones mencionadas más arriba, debe ser constante y sin influencia de estaciones ni lluvias, etc. Solamente un débito constante y asegurado puede justificar la gran inversión de capitales que hay que hacer para conformar un Centro Crenoterápico.

Para asegurar el débito constante y para prevenir la contaminación de las aguas minerales juveniles por las aguas freáticas, es menester perforar pozos profundos y hacer una captación técnica de esas aguas para mantener el flujo constante y permanente.

La localización de las fuentes minero - medicinales es otro factor muy importante que debe ser tomado en cuenta en el planeamiento de un balneario medicinal. Especialmente en un país como el nuestro, donde las desigualdades muy acentuadas de altura originan marcadas diferencias climatológicas, el sitio geográfico donde se encuentran las aguas medicinales tiene una importancia primordial. Un abundante manantial de agua minero - medicinal que brota en un paraje desolado a una altura de 4,000 metros sobre el nivel del mar, no es sino un hecho interesante desde el punto de vista geológico, pero sin mayor importancia para crenoterapia.

Asimismo, la ubicación geográfica de las fuentes es de suma importancia para su desarrollo como balnearios medicinales por su accesibilidad, o sea por las vías de comunicación con los centros poblados que en el Perú, hasta ahora, significa la conexión con la Costa y, principalmente, con Lima. Buenas carreteras y/o aeropuertos comerciales cercanos a las fuentes son condiciones indispensables para la formación de un centro balneológico.

Solamente satisfechas las circunstancias mencionadas, recién podemos comenzar a pensar en la transformación de un lugar con aguas minero - medicinales, en un balneario medicinal aprovechable para crenoterapia.

Y aún así un estudio de factibilidad y de financiación debe contemplar muchos factores más, antes de recomendar la construcción del complejo que llamamos **el balneario**.

Voy a asumir que ya se han practicado los análisis pertinentes y que a base de ellos ya se ha clasificado el balneario y se han determinado las indicaciones médicas para su uso. Falta ahora, pues, establecer la técnica crenoterápica a ser usada. Para curas por bebida hay que preparar fuentes y surtidores aceptables tanto desde el punto de vista sanitario (higiénico) como balneológico. Para curar por inmersión en baños, hay que planear piscinas comunales o tinas para baños individuales; hay que planear la red de distribución del agua mineral a todos los puntos terminales de su uso. Para irrigaciones, ya sea de las vías naso-faríngeas, irrigaciones colónicas o vaginales, debe de prepararse el equipo adecuado y las instalaciones indicadas.

Además de las indicaciones de uso directo de aguas medicinales, debe de haber instalaciones para fisioterapia, tales como masajes, duchas frías y calientes, electroterapia, ejercicios correctivos y otros.

Y para terminar con el equipamiento médico de un balneario digno de ser llamado curativo, tengo que mencionar el último factor importante e indispensable que es una cocina dietética especializada.

El próximo paso en la organización médica de un balneario curativo es lo que podemos llamar la infraestructura habitaciones, Hotel u hoteles que pueden ser sencillos sin lujo, pero limpios y provistos con todos sus servicios higiénicos individuales en cada cuarto, restaurantes asesorados por dietistas, bibliotecas y salas de reunión y otras construcciones que hagan agradable la estadía (de un mínimo de tres semanas) en el balneario.

La infraestructura necesariamente debe contemplar las obras de desagüe, de distribución de agua potable y de la energía eléctrica. Un error común en el Perú, pero que no debería permitirse, es la distribución del agua mineral a los cuartos de huéspedes. Esto trae consigo un exceso de medicación sin control con las aguas minerales y es contraproducente para los fines de la balneoterapia.

Todo lo expuesto anteriormente sobre la organización termal, nos está llevando al último factor, que quizás es el más crítico, y que es el factor de personal.

Un balneario medicinal necesita en primer lugar un médico-balneólogo quien pueda orientar a los enfermos sobre la manera, frecuencia, duración etc. de los baños

y quien sepa recetar además, todos los complementos de una cura termal como son la dieta, la terapia física y medicamentosa complementaria, y quien pueda controlar a sus enfermos durante el tratamiento y especialmente durante la crisis termal.

Se necesitará personal para-médico para el control directo de los enfermos durante los distintos procedimientos; se necesitarán fisio-terapeutas y dietistas; en fin, personal especializado en los tratamientos balneológicos.

En general, la organización termal médica puede resumirse en tres condiciones básicas:

- 1.—Aguas minero-medicinales de composición adecuada y en suficiente y estable cantidad.
- 2.—Obras de infraestructura tales como equipo, construcciones y comunicación rápida y cómoda con la costa.
- 3.—El factor humano, es decir el personal médico y para-médico bien preparado y adiestrado.

Solamente encima de este trípode puede organizarse un balneario medicinal. Repito una vez más, y no me cansaré de recalcarlo, que faltando cualquiera de los factores enumerados, las mejores aguas medicinales quedarán tan sólo como una curiosidad de la naturaleza, o sitio de uso empírico y descontrolado de las aguas, que posiblemente más daño que bien producirá a sus usuarios.

TERMALISMO Y REUMATOLOGIA

A continuación el Dr. Carlos Bustamante Ruiz se ocupó de "Termalismo y Reumatología", diciendo:

El problema de las enfermedades reumáticas es hoy en el mundo una seria amenaza contra la economía de los pueblos. En efecto, las afecciones reumáticas, tanto inflamatorias como degenerativas han aumentado en tal forma, especialmente las segundas, que superan en sus exigencias los recursos de que disponemos para combatir las. Un sencillo ejemplo demostrará lo que venimos diciendo. En nuestro departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Obrero de Lima, sobre 400 pacientes que se atienden en la consulta diaria, más de la mitad conllevan algún tipo de afección reumática, lo que nos parece asaz demostrativo. En países donde se explotan debidamente los recursos terapéuticos de las aguas termo-medicinales, estos pacientes reciben un tratamiento racional en establecimientos donde el control médico es lo dominante. Queremos significar con esto que el manejo crenoterápico del reumatismo es un problema médico que debe ser conducido por médicos especializados. Surge de esta consideración la necesidad de preparar este tipo de especialistas y esa es una de las razones de la creación de esta flamante Sociedad Peruana de Hidrología Médica y Crenoterapia. Es sabido que en nuestro medio los pacientes reumáticos buscan las fuentes termomedicinales por propia iniciativa, especialmente Churin, adonde llegan sin más referencia que la de otro paciente con experiencia previa en dicha cura, pero igualmente empírica. Al margen de la falta de facilidades hoteleras y de acomodación y traslado que son notorias en esos lugares, no hay una orientación terapéutica que represente el mínimo de garantía médica exigible. Improvisación, falta de recursos y empirismo caracterizan en los actuales momentos la crenoterapia peruana.

¿De qué manera son recomendables las curas termomedicinales en reumatología? A nuestro modo de ver, el primer factor y con mucho el más indicado es el calor asociado a la hidrodinámica. En segundo orden está la composición química de las aguas, que deben ser carbonadas-sulfatadas principalmente y también cloruradas y oligomineralizadas.

La inmensa variedad de afecciones reumáticas exige que cada enfermo reciba una indicación terapéutica personal. Si queremos generalizar tales indicaciones, diremos que los grandes beneficiarios de las curas termomedicinales deben ser los pacientes portadores de reumatismos degenerativos, vale decir los artrósicos; en un segundo grupo colocaríamos diversas formas de reumatismos extra-articulares, llamados también abarticulares y dentro de este grupo, los fibromusculares, que la escuela inglesa califica como fibrositis.

Especial cuidado debe merecernos la cura termomedicinal de reumatismos inflamatorios agudos como la fiebre reumática o la poliartritis crónica progresiva, incluyendo o no en esta última entidad nosográfica la espondilitis anquilopoyética o enfermedad de Pierre-Marie. En efecto, la naturaleza de los fenómenos inmunológicos en estas afecciones hacen de la cura termomedicinal un arma de dos filos. Igualmente que en medicina física no indicaríamos diatermia en una carditis reumática o en un brote inflamatorio de una artritis reumatoide, en crenoterapia tienen vigencia tales prohibiciones. En cambio, en los períodos de calma será posible, con los debidos controles, aprovechar la acción terapéutica de las aguas mencionadas.

En ciertos procesos reumáticos secundarios a otras enfermedades, lo aconsejable como es obvio, es el tratamiento de la enfermedad de fondo. Pero aquí, idénticamente el uso del agua termal o mineralizada estará condicionado por la fase activa o inactiva del síndrome reumático.

Un concepto que nos parece debe generalizarse, es el de oposición, vale decir, a mayor inflamación menos calor y menor concentración de sustancias minerales. Si se tuviera en cuenta sólo esta premisa se evitarían muchos accidentes desagradables dentro del grupo de pacientes que en nuestro país buscan los beneficios de la crenoterapia.

Otras consideraciones a tenerse en cuenta, son las que se refieren a un cuidadoso examen clínico del enfermo que, en el caso de las atrosis por ejemplo, pueden conllevar otros procesos degenerativos en los que está contraindicada la cura termal, como la arterioesclerosis.

Siguiendo los esquemas así rápidamente establecidos, creemos que en nuestro país disponemos de fuentes termomedicinales muy indicadas para el tratamiento de los reumáticos, como son Baños del Inca, en Cajamarca; Cachicadán, en La Libertad; Chancos y Monterrey, en Ancash; Churín y Chilca, en Lima; Huacachina, en Ica; Yura y Jesús en Arequipa, etc.

El empleo adicional de lodos o barros en el tratamiento de ciertos procesos reumáticos, parece estar muy en boga en estos momentos dentro de los esquemas crenoterápicos, en la medida en que empleamos los baños de parafina en medicina física. Al respecto nos parece que sus indicaciones son muy amplias, pero que idénticamente requieren cuidadoso control médico, por las razones expuestas.

Los reumatismos gotosos se pueden beneficiar del empleo de aguas radioactivas alcalinas termales, oligometálicas, cloruradosódicas y sulfurosas.

En todo caso nosotros creemos que el calor y el efecto roborante de las aguas termomedicinales son apenas una parte del tratamiento, que debe ser seguido por el ejercicio terapéutico adecuado. De allí la importancia del control médico y del seguimiento del paciente con indicaciones complementarias.

Fisioterapistas bien entrenadas deben acompañar a los pacientes para hacerlos ejecutar los ejercicios más indicados de acuerdo con las limitaciones de la mecánica articular. Posteriormente, estos pacientes deben realizar actividades relacionadas con la terapéutica ocupacional.

Podemos resumir lo que llevamos dicho afirmando que la cura termomedicinal es una parte de un todo armónico dentro del proceso reumático y que la consideramos como un excelente agente físico, que con conocimiento de causa y en buenas manos debe dar excelentes resultados. Un programa racionalizado, en organismos con recursos económicos, como los Seguros Sociales, por ejemplo, representa la inversión suficiente en locales adecuados, alojamientos convenientes, gimnasios, instalaciones complementarias, especialmente de tipo recreacional, pero de incalculables beneficios para los pacientes y de positiva economía por la más rápida recuperación de ellos.

No debemos olvidar que el reumatismo produce gran ausentismo laboral y gran infelicidad en los enfermos. La crenoterapia es, sin lugar a dudas, un valioso coadyuvante, en la solución de este problema. Estas reflexiones preliminares deben ser tenidas en cuenta para planificar una acción conjunta a través de los organismos correspondientes en cualquier campaña de lucha antireumática que se emprenda en nuestro medio.

LA CRISIS TERMAL

El Dr. Eduardo Ramírez del Villar, a propósito de "La Crisis Termal", expresó que:

Desde antiguo se han descrito episodios de empeoramiento de la sintomatología de los pacientes que recibían tratamiento termal, a la vez que la ocurrencia de una serie de síntomas inespecíficos y comunes a todo tratamiento termal e independientes del agua y tipo de cura empleados. Este cuadro ha recibido el nombre de Crisis Termal.

Estos episodios deben diferenciarse de las reacciones de intolerancia que suelen ocurrir en algunos pacientes durante el tratamiento termal. A diferencia de los anteriores, éstos son específicos, dependientes del agua y tipo de tratamiento empleados, de la enfermedad del paciente y posiblemente debidos a fenómenos de idiosincrasia o alergia.

La Crisis Termal ocurre generalmente entre el 3º y 4º días de tratamiento, o raramente en forma tardía entre el 10º y 16º días. Se caracteriza por astenia, cefalea, febrícula, oliguria (raramente poliuria). A veces ocurren náuseas y vómitos, aumento de la presión arterial mínima y media y disminución de la máxima, alteraciones de la fórmula sanguínea con desviación a la izquierda, neutrofilia, mononucleosis, eosinofilia y linfopenia relativas, hiperuricemia y acidez urinaria. Al mismo tiempo que ocurren estos síntomas generales, se aprecian síntomas localizados, flogosis y mayor limitación articulares, hepatalgia, cólicos hepáticos, cólicos renales, de empeoramiento de la sintomatología del órgano enfermo del paciente: algias, trastornos gastrointestinales, vértigos, crisis hipertensivas, manifestaciones hemorrágicas, etc.

La Crisis Termal generalmente dura pocos días y recuerda "un shock ligero de proteínas heterólogas". Su causa sería debida a la liberación brusca de nucleótidos y productos histamino y serotoninino-símiles u otros compuestos similares provenientes de la piel (en casos de baños y fangoterapia) y de otros tejidos (en casos de bebida o aerosoles) o de lisis bacteriana. Estos compuestos modifican la permeabilidad capilar y la circulación y por sus efectos sobre el sistema vegetativo periférico y diencéfalo-hipotalámico, así como sobre el sistema endocrino y el sistema retículo-endotelial, producirían la sintomatología descrita.

Tratamiento preventivo: Se logra prescribiendo adecuadamente el tratamiento termal preciso que requiere cada paciente. Cuando se trata de un enfermo con una adecuada indicación de tratamiento termal y con historia de Crisis Termal anterior, el tratamiento consiste en interrumpir el tratamiento por uno o dos días después del cuarto o quinto días de iniciada la cura termal.

Tratamiento curativo: Cuando ocurre la Crisis Termal, debe interrumpirse inmediatamente el tratamiento por uno o más días, administrar cardio-estimulantes y analépticos, dieta lacto-vegetariana, reposo completo y además el tratamiento sintomático necesario para controlar los síntomas localizados del paciente.

Quando la Crisis Termal es grave, deben administrarse corticoides en dosis generosas, analépticos y cardio-estimulantes. Algunos recomiendan el Tiosulfato de sodio o magnesio al 20%. 20 ml. por vía endovenosa, una vez al día por varios días, además del tratamiento sintomático necesario.

CRENOTERAPIA EN DERMATOLOGIA

Finalmente, el Dr. Enrique Franciscolo Castagnino, se ocupó de "Crenoterapia en Dermatología", después de un breve recuerdo de la anatomía y fisiología del órgano cutáneo y del poder de absorción que éste tiene, pasa a estudiar la barrera eléctrica polarizada que tienen la epidermis y la dermis; las demostraciones con aguadeuterizada o tritionada que permiten ver cómo se absorben a través de la piel los diferentes elementos y sus compuestos químicos (amiones, cationes, aceites etéreos, alcoholes, hormonas, etc.

Seguidamente hizo hincapié sobre la magnificencia de algunas aguas termales en el tratamiento de la dermatosis (aguas sulfurosas, peloides) é insistió sobre la forma empírica é inconveniente del uso que el público dá a dichas aguas termales, algunas de las cuales pueden producir graves trastornos y shock (crisis termales: ver Dr. Ramírez del Villar).

Pasó luego a describir un ejemplo de Organización Termal (salsomagiore en Italia), tomado como arquetipo para seguir en nuestro país. Prosiguió describiendo las virtudes de las aguas termales sulfurosas respecto a la piel y sus trastornos, actuando el ion azufre como reductor, por substracción de oxígeno; por ésto, están contraindicadas en los eczemas agudos porque, siendo exudativos, su tratamiento necesita oxígeno en abundancia.

Por último, se hizo portavoz de la opinión de los demás miembros de la Sociedad de Hidrología Médica, entre los cuales destacan Falcone, Zapata y Prazack, en sentido de que es necesario que existan cátedras de Hidrología Médica en cada Universidad, que los internos del séptimo año de Medicina, que son versados en la materia, cumplan un "stage" en un balneario termal y que se organicen los Hospitales de Seguridad Social con el Estado, para que, durante sus vacaciones los trabajadores obreros y empleados gocen de este beneficio social.

Al término de las exposiciones transcritas, intervino el Moderador Dr. Jorge Voto Bernales, que resumió lo expresado, así:

Los trabajos presentados en este Primer Simposium por los Miembros de la Sociedad Peruana de Hidrología Médica y Crenoterapia, plantean los siguientes problemas fundamentales:

- La organización médica racional de los centros termales;
- La nosografía de los efectos secundarios de la terapia termal;
- La indicación terapéutica en las afecciones osteo-articulares inflamatorias y degenerativas;
- Las indicaciones en las enfermedades dermatológicas.

Las exposiciones de los relatores han logrado así destacar los aspectos más sugestivos, con el propósito de abrir la discusión de cada tema. Las intervenciones que hemos escuchado, han contribuido positivamente al esclarecimiento de conceptos fundamentales.

Obviamente, la primera condición para que el asesoramiento de la Sociedad sea eficaz, consiste en conocer las características técnicas de las instalaciones hidrotermales. Hay una rica experiencia mundial al respecto, la que ha sido magistralmente resumida por el Dr. Ladislao Prazak. Esta es ya una primera contribución práctica de la nueva Sociedad.

En segundo lugar, no sería honesto señalar solamente las ventajas de métodos terapéuticos usados tan empíricamente entre nosotros sin describir conjuntamente los peligros potenciales, a menudo ignorados por los pacientes. El Dr. Ramirez del Villar ha cumplido esta labor, con ejemplar rigor didáctico.

En el orden de las indicaciones terapéuticas hemos escuchado sendas ponencias de los Drs. Bustamante y Velasco, y del Dr. Franciscolo, que tratan respectivamente de las curas termales en Reumatología y Dermatología. La experiencia de estos distinguidos colegas en la atención de enfermos de estas especialidades unida a sus conocimientos sobre la Hidrología Clínica, confiere a sus comunicaciones un valor indiscutible. Constituyen puntos de partida para estimular ulteriormente la inquietud de los colegas de esas ramas de la Medicina.

Consideramos que habría sido imposible cubrir todas las indicaciones terapéuticas ni ofrecer soluciones completas en este Primer Simposium de la Sociedad. Pero destaca de estas exposiciones la necesidad de formular dos recomendaciones primordiales.

- a) Las nuevas generaciones médicas deben estar informadas y preparadas técnicamente para disponer la utilización de estos valiosos recursos terapéuticos que abundan en la rica naturaleza del país, por lo que debe sugerirse que los Programas de Medicina Humana incluyan la asignatura correspondiente en el Currículum de estudios;
- b) Deben crearse en la repartición oficial que corresponda, los cargos médicos que den lugar a la intervención técnica profesional, frente a la necesidad de la utilización de tales recursos, y el Estado proporcionar las infraestructuras turístico-termales indispensables para el mismo fin.

El patrocinio que ha brindado la Academia Nacional de Medicina para la formación de la Sociedad Peruana de Hidrología Médica y Crenoterapia, es entusiasta, sincero y concordante con los objetivos institucionales.

Por principio, la Academia auspicia todo movimiento que eleva a la Medicina de la condición estrictamente tecnológica a las categorías culturales que le corresponden de derecho, estimula a quienes comprenden esta misión irrenunciable y siguen el ejemplo devoto de quienes contribuyen así al progreso y prestigio del país.

Este Primer Simposium de la Sociedad es exponente de sus elevados objetivos. Coinciden en su estructuración una sana tendencia cultural y una orientación filofosófica redentora, en cuanto que estimula el acercamiento a la propia naturaleza pródiga en recursos que reordenan la armonía biológica cuya perturbación titulamos enfermedad. El hombre ha avanzado mucho en las formas de progreso que concibió sin medir las consecuencias de su obra, al punto que ha roto muchos de los equilibrios que gobiernan y sostienen la vida sobre el planeta. Sabiamente, el hombre de la antigüedad, en nuestra civilización autóctona y en las que convergieron en nuestro suelo, conocía de los secretos de una naturaleza respetada en su esteticismo y prodigalidad. El abandono, olvido o alejamiento que se hizo de los recursos naturales, sugeridos por la confianza en los descubrimientos tecnológicos,

condicionan peligros que espantan. Debe alentarse el retorno compensatorio hacia las fuentes primigenias del bienestar y de la adaptación ecológica del hombre; encontrará allí alivio y quizás hasta solución frente a muchos de sus angustiosos problemas.

Arte poética llamaba Platón a la Medicina, porque además de las técnicas requeridas para su aprendizaje, es una poiesis (poesía), en el sentido de la irrupción innovadora de métodos y conocimientos generales en cada individuo. Será más poesía aún realizar tal obra, disponiendo del agua cuya significación poética como luz, sonido y movimiento es motivo impercedero de inspiración.

Retorno a la naturaleza, reencuentro con la poesía del agua son valores que estimo más académico resaltar que los aspectos crematísticos y sanitarios propiamente dichos. Reconozco su importancia, y elogio la previsible influencia positiva que la Sociedad desempeñará al lado de los organismos oficiales o sistemas industriales al tiempo que evocó los oídos a la canción del agua y de admirar la ascensión luminosa de los surtidores proyectados al cielo.

RECOMENDACIONES FORMULADAS COMO CONCLUSION DEL I SIMPOSIO PERUANO DE HIDROLOGIA MEDICA EFECTUADA EL 6 DE JULIO DE 1973, EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, Y EL 7 DE JULIO EN EL AUDITORIUM DEL HOTEL MOSSONE DE ICA

- a) Las nuevas generaciones médicas deben estar informadas y preparadas técnicamente para disponer la utilización de estos valiosos recursos terapéuticos que abundan en la rica naturaleza del país, por lo que debe sugerirse que los Programas de Medicina Humana incluyan la asignatura correspondiente en el Currículum de estudios; y,
- b) Deben crearse en la repartición oficial que corresponda, los cargos médicos que den lugar a la intervención técnica profesional, frente a la necesidad de la utilización de tales recursos; y el Estado proporcionar las infra-estructuras turístico-termales indispensables para el mismo fin.

SESION DEL 12 DE JULIO DE 1973

INCORPORACION DE LOS AA. ASOCIADOS DRS. BALTAZAR CARAVEDO, JORGE DE LA FLOR, DANTE PEÑALOZA Y JUAN REUSCHE

Abierta la sesión por el A. Presidente Dr. Jorge Voto Bernaldes y con asistencia de los SS. AA., el Sr. Presidente invitó al A. Dr. Javier Arias Stella para que hiciera la presentación de los AA. Asociados, recientemente elegidos.

El Dr. Arias Stella, al ocupar la tribuna dijo lo siguiente:

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, señores académicos, señoras y señores:

Quando recibí del señor Presidente y de la Directiva el encargo de hacer esta presentación, hube, en primer lugar, de agradecer la distinción y el honor que se me concedía y, en lo más íntimo, de felicitar me por la oportunidad de poder expresar públicamente mis sentimientos de admiración y respeto por los doctores Baltazar Caravedo, Jorge de la Flor, Dante Peñaloza y Juan Reusche. Distinguidos colegas y amigos con quienes, por particulares circunstancias, he tenido ocasión de trabajar estrechamente en alguna etapa pasada o presente.

El hábito de obrar bien, independientemente de los preceptos de la ley, por solo la bondad de la operación y conformidad con la razón natural, es el rasgo más saliente que define a los hombres que buscan y saben encontrar su camino. Es éste el común denominador que encontramos en el grupo de colegas que hoy se incorpora en nuestra casa. Virtud esencial que da fuerza y hace positiva la acción humana.

Herederio de una distinguida tradición galénica y psiquiátrica el Dr. Baltazar Caravedo une a su espíritu hipocrático un profundo sentido de la misión social que al médico corresponde. Tuve oportunidad de conocer de cerca su labor, a veces incomprendida, al frente de los problemas de la Salud Mental, en el Ministerio de Salud Pública. Sus experiencias se han ido concretando en volúmenes que como los "Estudios de Psiquiatría Social en el Perú" y "Psiquiatría y Familia", trasuntan su pensamiento de médico, de especialista y de peruano. Viajero incansable ha representado, destacadamente, al Perú en la mayoría de las conferencias y congresos internacionales sobre psiquiatría Social, Psicología, Neuropsiquiatría y Salud Mental. Su actividad en el campo internacional lo llevó al cargo de Vice-Presidente de la Federación Mundial para la Salud Mental, título que es suficiente para mensurar el significado y valía de su obra. La Academia incorpora, con él, a una de las figuras más destacadas de la intelectualidad nacional.

Conoci al Dr. Jorge de la Flor allá en los, ahora lejanos, días cuando se iniciaban, con el grupo del Pabellón IV del Hospital Loayza, las primeras conferencias clínico-patológicas. La inteligencia y el severo espíritu crítico de Jorge de la Flor me impresionaron vivamente desde entonces. Alumno distinguido de San Fernando, mostró desde estudiante a la par que seriedad y dedicación para el trabajo médico, permanente inquietud por los problemas institucionales y colectivos. Fué Secretario General del Centro de Estudiantes de Medicina y Vice-Presidente de la Federación de Estudiantes del Perú. Preludios de una brillante carrera gremial que habría de culminar en años recientes. Por sus méritos obtuvo una beca de la Fundación Kellogg que le permitió la especialización de post-grado en Radiología. En el Hospital Loayza y en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas el Dr. de la Flor ha sabido formar una pléyade de jóvenes radiólogos e impulsar grandemente el desarrollo de la especialidad en nuestro medio. El reconocimiento a este esfuerzo tan fecundo no podría esperar y es así como le correspondió a Jorge de la Flor, justicieramente, el honor de ser elegido primer Decano del Colegio Médico del Perú. Se incorpora, por lo tanto con él, a una figura que ha sido ya elevada al más alto pedestal por la familia médica peruana.

Me liga al Dr. Dante Peñaloza una común vocación por el estudio de los problemas de la Biología de la Altitud. Vocación que en mi caso surgió, precisamente, cuando hace unos tres lustros Dante me pidiera una explicación anatómica para alguno de los problemas fisiológicos que él confrontaba. Sin pecar de exagerado podemos afirmar que la contribución del Dr. Dante Peñaloza a la cardiología del hombre del ande es, científicamente, de dimensión universal. Perfeccionado en el Instituto de Cardiología de México, desde su retorno al Perú, dedica toda su capacidad y energía a formar uno de los más brillantes grupos de investigadores con que cuenta el país. Suman decenas sus contribuciones científicas. Empero, destacan la demostración de las singularidades de la presión en la arteria pulmonar, según la edad y durante el ejercicio en el hombre del ande, la definición de las características hemodinámicas en el Edema Agudo Pulmonar de la Altura, hoy conocido como enfermedad de Hurtado. Dos estudios recientes de Peñaloza y sus colaboradores tienen especial importancia. Las investigaciones epidemiológicas que demuestran el menor riesgo e incidencia de enfermedad coronaria e hipertensión arterial sistémica en el hombre del ande y, su completo estudio sobre el Mal de Montaña Crónico. Estoy seguro, que la ponderación, lucidez y espíritu analítico del Dr. Dante Peñaloza habrán de constituir un valioso aporte a los debates de nuestra Academia.

El Dr. Juan Reusche es uno de los más destacados discípulos del Prof. Oscar Soto, pionero de la Radiología moderna en el Perú. Dedicado tempranamente a la especialización de la radioterapia, siguió cursos de post-grado en Nueva York y Puerto Rico. Sus estudios de post-grado culminaron exitosamente con la obtención del Board Americano de Radioterapia. Miembro y luego Jefe del Instituto de Radiología Cayetano Heredia del Hospital Loayza, ha desarrollado una eficaz labor de servicio, docencia e investigación. Sus estudios sobre el tratamiento del Rinoceloma han sido muy favorablemente acogidos. Hemos tenido la oportunidad de abordar conjuntamente con el Dr. Reusche la investigación de una forma tumoral singular que ocurre en nuestro medio. Nos referimos al Linfoma Primario Nasal, entidad sobre la que llamara la atención el Prof. Pedro Weiss, y que en armonía con el Departamento de Patología del Hospital Loayza el Dr. Reusche viene estudiando a través de una numerosa casística. Estoy convencido de que la sobriedad y disciplinada voluntad del Dr. Juan Reusche habrán de coadyuvar valiosamente en las actividades de nuestra Academia.

Señores, ayer la Academia Nacional de Medicina, iniciando una nueva tónica abrió sus puertas a todos los rincones de la República para que así esta vieja casa respondiera aún con más autenticidad a su carácter y esencia nacional. Hoy con la incorporación de tan dilecto grupo de colegas, la Academia se siente realmente reforzada para continuar indoblegable por el sendero que nuestra tradición exige y que todos sus miembros nos hemos trazado.

A continuación el Sr. Presidente impuso la medalla de AA. Asociados a los Drs. Caravedo, De la Flor, Peñaloza y Reusche.

En seguida, el Dr. Baltazar Caravedo agradeció la incorporación, diciendo:

He sido designado por mis compañeros para agradecer en sus nombres y en el mío propio, las palabras del señor Vice-Presidente de la Academia Nacional de Medicina y que han traducido en forma breve, concisa y brillante, los momentos en que se encuentra con cada uno de nosotros en el acontecer de la vida profesional.

Mis tres compañeros, en el ingreso a esta ilustre Academia, han participado con el señor Vice-Presidente en diversos trabajos médicos, todos ellos relacionados estrechamente con el ámbito del Hospital Loayza, el Instituto de la Altura y el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y en cuanto al que tiene hoy el grato honor de responder en nombre de los ingresantes, puedo decir que fue debido a circunstancias fortuitas derivadas del trabajo en el Ministerio de Salud, cuando el Dr. Arias Stella desempeñaba las altas funciones de Ministro, momento en que apreciamos la calidad médica y humana de quien hoy como portavoz de la Academia nos acoge amablemente en su seno.

Tanto el señor Vice-Presidente de la Academia Nacional de Medicina como los que hoy ingresamos, tenemos algo más en común y es el pertenecer generacionalmente al mismo grupo médico que insurgía en el Perú motivado por otras inquietudes que se estaban convirtiendo en parte importante del quehacer cotidiano de la Medicina, me refiero a la Medicina Social. La medicina que perdía vigencia en 1940, se transformó violentamente al irrumpir la segunda guerra mundial, la cual cambió radicalmente de objetivo el menester del médico al transformar su interés por el hombre en preocupación por la sociedad y de devolver la salud a prevenir la enfermedad, con el objeto de evitar que nuestra sociedad siga siendo una sociedad de cielos brumosos y de aguas infectadas, de ríos sin vida y de primaveras silenciosas.

La medicina es la profesión que más ha influido y que se ha dejado influir por la problemática de la historia. Desde que Anaxágoras creó el método científico y estableció en la antigüedad las reglas de la investigación, su escuela influyó tan poderosamente que permitió la validez y fecundidad del valer científico y del obrar consiguiente; fue el anuncio y al mismo tiempo el signo de una nueva época

que culminará en la medicina Hipocrática, en la Historiografía de Tucídides, en la matemática renovada

Desde la antigüedad hasta el presente la medicina ha estado ligada y lo seguirá estando a las corrientes sociales, económicas y políticas de su tiempo, por lo que la concepción de su accionar estará siempre acorde con las formas históricas del acontecer especial de cada cultura. Podríamos decir que desde 1940 al presente las cuatro especialidades que ejercemos han evolucionado y se han enriquecido de manera asombrosa no sólo en cuanto a medios de diagnóstico sino a capacidad de tratamiento.

La química y la ingeniería han ido interviniendo cada vez más en el campo médico hasta formar especialidades o profesiones inicialmente ajenas al campo de la medicina y hoy integradas a su trabajo cotidiano y sin cuya presencia muchas de las especialidades no podrían existir.

Las ciencias sociales y las ciencias humanas se han incorporado igualmente al campo de la medicina en forma tal que en el presente los equipos de trabajo no pueden dejar de lado ni al economista ni al antropólogo, ni al sociólogo ni al psicólogo social que tan útiles resultados proporcionan al médico suministrándole instrumentos capaces de medir e interpretar la problemática social.

La medicina en estos casi siete lustros ha cuestionado muchos principios y axiomas que eran centrales en la filosofía médica imperante.

Si partiéramos de una definición absoluta como es el término salud, veríamos que su definición es absoluta y no se modifica históricamente: como si se tratara de un bien al que el hombre aspira siempre y desde siempre; por esta razón la historia de la medicina se concibe en la opinión común como una conquista progresiva de los medios idóneos para conseguir aquel bien absoluto y ahistórico: tanto en la opinión común como en los textos de historia se adopta implícitamente el concepto de "objetivo" de finalidad del procedimiento, y a la vez una ahistoricidad substancial de los objetivos". Por eso no debemos contentarnos con difundir la medicina en términos de su finalidad consciente (acción contra la enfermedad, a favor de la salud) que más tarde serían concebidos como finalidades ahistóricas, sino que preferimos preguntarnos ¿qué definiciones se han dado en los diversos periodos de la historia de modo implícito o explícito, de la salud, de la enfermedad y ante todo de la medicina? entonces comprobaremos que históricamente la apreciación de "enfermedad" y "salud" es diversa, pero también percibimos que la medicina presenta una estructura histórica de comportamientos diversos, como respuesta a los distintos problemas filosóficos de la definición de enfermedad.

Hay una definición muy antigua que salta a la vista: la salud como euesesia satisfactoria, la enfermedad como sufrimiento, la medicina como técnica para eliminar el dolor. Sin embargo esta definición no sirve para nada; mejor dicho la medicina parece ser una técnica de compromiso entre dos exigencias: la exigencia de combatir el dolor y la de conservar en el individuo alguna otra cosa que puede ser su capacidad laboral, su estética o su fecundidad.

Otra definición, de la salud en cuanto a la realización de un determinado modelo ideal o "normalidad": la enfermedad como adversidad; la medicina como restitución de la normalidad. El estudio antropológico y cultural de esta definición pone de manifiesto un peligro, el de caer en el error de concebir la enfermedad como anomalía y la medicina para convertir al anómalo en normal, por lo que habría que redefinir el concepto de anomalía médica, y reconocer que cada cultura tiene su definición propia de lo que es anómalo y prescribe en este aspecto un determinado ritual de comportamiento; por ejemplo: ¿en qué consiste el ritual de comportamientos que asumimos frente a lo anómalo? Históricamente nuestra cultura ha evolucionado en forma tal que atraían las anomalías de forma y de color, en tanto que hoy se presta mayor atención a las anomalías funcionales.

Afirmar que la enfermedad es la disminución de las probabilidades de supervivencia de un individuo equivale a relacionar a la enfermedad con una determinada situación histórica, en cuanto que la probabilidad de supervivencia de un individuo, varía según se modifique la relación instaurada entre los hombres.

El término que califica esta definición no es la vida sino la supervivencia, y más que la supervivencia el individuo; no es la especie humana sino el individuo en relación con los demás individuos y en competencia con ellos. La competencia se verifica en diversos rituales: la duración de la vida, la capacidad laboral, la aptitud para reproducirse, etc. Estas series de operaciones llevan a considerar a la medicina: expresión de relación de competencia entre los hombres.

Por eso es muy significativo, y más después de los trabajos de Ezasz y de Balint, que las especialidades que tenemos los cuatro que hoy ingresan a este venerable recinto con el trasunto de la sociedad competitiva que hoy nos aloja, creando cada vez mayores tensiones, mayor número de infartos, de neoplasias, enfermedades broncopulmonares y de afecciones psicológicas cada vez más serias, así como perturbaciones cromosómicas cada vez más graves no solamente son la expresión de la competencia perseverante sino de la agresión constante a que somete la sociedad competitiva-productiva dentro de un círculo de dialéctica llena de contradicciones. Por eso los que hoy ejercemos la medicina y estamos en el medio del camino de nuestras vidas deseamos pensar con humildad que lo que creíamos orgullosamente que habría nacido para ser consagrado al amor a la vida que es la ciencia ha nacido al mismo tiempo de la competencia en la producción y por la competencia de la producción dado paso a una crisis de valores para crear nuevos valores.

Pero en el acto preciso en que nos damos cuenta de este hecho, en el momento en que tomamos conciencia de ello y quizá también gracias a esta toma de conciencia, el mundo que nos rodea ya es otro y se aleja de nosotros: empezamos a engendrar las condiciones para que pueda llegar a ser verdad lo que hasta el momento presente no lo ha sido para que pueda llegar a ser verdad que la medicina, se convierta en defensa de la vida, amor para la vida y se sitúa a favor de la vida.

He pretendido brevemente sintetizar a grandes rasgos las hondas preocupaciones y la problemática social que suscita la medicina del presente llamada a un cambio substancial conocido como el movimiento de la psicología.

SESION EXTRAORDINARIA DEL 31 DE JULIO DE 1973

CONMEMORACION DE LA INDEPENDENCIA NACIONAL

Bajo la Presidencia del Dr. Jorge Voto Bernales y con asistencia de los AA. Drs. Bambarén, Trelles, Avendaño, Arias Stella, Peralta, Pezet M. Q., Manrique, Phillips, Bancalari, Salcedo, Lanfranco, Cornejo y Mispireta que actuó como Secretario, se abrió la Sesión a las 8 p.m.

El A. Presidente leyó, acto seguido, el siguiente discurso:

Esta sesión conmemorativa del aniversario de la independencia nacional constituye para la Academia, lo mismo que la incorporación recientemente celebrada de los Académicos Correspondientes Nacionales, la reinstauración de loables actividades institucionales de las primeras décadas de su creación, que son congruentes con el carácter nacional de la Academia. Pero antes y después de merecer y recibir ese título, la Academia de Medicina se llamó y se ha mantenido Libre, lo que sig-

nifica para todos sus Miembros que esta oportunidad alienta no solamente los sentimientos patrióticos sino los que nacen del derecho individual a decidir el propio destino, sin tutorías ni patronazgos. La causa de la libertad fué y será la de todos los peruanos dignos, y justamente hemos de rendir hoy homenaje a la contribución que los médicos peruanos tuvieron en la formación del clima propicio para las gestas emancipadoras. Dada la influencia social de la profesión médica y el ámbito amplio y diversificado en que se ejerce, es comprensible el valor que tuvo la acción médica aún dispersa y no institucionalizada en la conciencia colectiva de la época. La evocación que hoy hacemos tiene especial significado en las circunstancias de hondos cambios estructurales, que exigen de nosotros institucionalmente mantenernos unidos y solidarios en la preservación del legado moral e intelectual del que somos custodios.

Nuestra posición directiva intenta que las expresiones de adhesión a los valores del pasado coexistan en todas nuestras actividades, con las que representan simultáneamente preocupación y proyección en el futuro. De manera que no debe interpretarse como casual que esta conmemoración se magnifican con la solemne incorporación de 4 eminentes doctores en Medicina, quienes en los campos de la salud pública, del gremialismo profesional, de la investigación científica, y en todos los aspectos de sus actividades médicas específicas, han contribuido destacadamente al progreso médico del país.

Especial mención debo hacer en estos momentos de nuestro invitado el Dr. Jorge Arias Schreiber P., el distinguido y entusiasta internista que cultiva con excepcional brillo la historia de la medicina nacional. Su contribución bibliográfica es extensa e interesante, devota y desinteresada, continuadora de la obra fecunda de ilustres predecesores como Valdizán y nuestro inolvidable Paz Soldán.

La tarea del historiador es particularmente meritoria en los países en desarrollo, por la escasez de las fuentes y, a menudo por la fresca intensidad de las pasiones que pueden restar objetividad a los relatos. Recordaré a este propósito lo que escribía el Padre Feijóo en el Tomo IV de sus publicaciones:

"Reflexiones sobre la Historia"
"La historia no debe parecerse a la pintura, que procura embellecer el natural. Con esto se ilustra un héroe pero padece la verdad, que es el carácter esencial de la Historia".

Quienes hemos leído las contribuciones producidas por el Dr. Arias Schreiber, sabemos que su pluma está exclusivamente al servicio de la verdad y honra nuestro pasado médico.

La conferencia del Dr. Jorge Arias Schreiber sobre "LA CONTRIBUCION DE LOS MEDICOS A LA INDEPENDENCIA DEL PERU, se ha resumido, así:

El conferencista sostiene que el cuerpo médico y farmacéutico peruano contribuyó poderosamente a la Independencia del Perú desde la etapa preemancipadora hasta la consolidación de la República. Hace un breve recuerdo del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando como institución docente, señalando que en los primeros años de su fundación constituía la escuela médica de mayor jerarquía en América. Relata las reuniones de los maestros en el local del Colegio, planeando su participación en los futuros movimientos subversivos y el asilo que proporcionó a diversos patriotas. Recuerda la participación de los doctores Félix Devoti y José Pezet en el complot revolucionario de 1820 encabezado por José de la Riva-Agüero.

Señala las diversas actividades patrióticas de los médicos y maestros de San Fernando doctores Hipólito Unanue, José Pezet, Félix Devoti, José Gregorio Paredes, Miguel Tafur y José Manuel Valdés, destacando sus principales aportes a la causa emancipadora.

Cita a los cirujanos y farmacéuticos que contribuyeron a la Independencia del Perú. Evoca la epidemia que se desató en el campamento militar de San Martín, en Huaura, que estuvo a punto de comprometer el éxito de la Expedición Libertadora y recuerda los importantes servicios que prestó el farmacéutico Guillermo Geraldino para conjurar la epidemia.

Destaca que la Escuela Médica Peruana nació en el período de la gesta emancipadora y que los esfuerzos patrióticos de los médicos de esa época tienen el significado de un permanente estímulo para las actuales y futuras generaciones de médicos peruanos.

SESION EXTRAORDINARIA DEL 17 DE AGOSTO DE 1973

Bajo la presidencia del Sr. Dr. Jorge Voto Bernales y con la asistencia de los SS. AA. DD.: Carlos Bambarén, Oscar Soto, Rafael Alzamora, Javier Arias Stella, Luis Darío Gutiérrez, Guillermo Pezet Miro-Quesada, Vitaliano Manrique, Ricardo Cornejo, Augusto Mispireta, Juan Phillips, Teobaldo Pinzás, Carlos Lanfranco, Napoleón Zegarra A., Baltazar Caravedo y Dante Peñaloza, se dió inicio a la sesión siendo las 7.45 p.m. Se excusaron de asistir por motivo de enfermedad los SS. AA.: Carlos Bustamante, Pablo Mori Chávez y Enrique Cipriani.

El Sr. Presidente al comunicar que se había podido publicar el primer fascículo del Boletín de la Academia de Medicina del año 1973, agradeció la colaboración de los Laboratorios Rousell Perú. Agradeció la ayuda que había prestado el Dr. Carlos Bustamante a dar este paso, esperando que pueda continuar publicándose otros Boletines con el material acumulado de muchos años.

Informó del otorgamiento por la propietaria del local de la Academia, de una opción de compra. El Instituto de Cultura, ha dado respuesta favorable y muy detallada a nuestro pedido y el Sr. Ministro de Salud, ha ofrecido todo su apoyo para que el Municipio de Lima, acepte hacer un canje del terreno que tenemos en el Paseo de la República por dinero en efectivo; con eso, podemos dar por descontado que éste será el local que merece esta vieja Institución Republicana. A su vez, manifestó a los SS. AA su profundo agradecimiento al Sr. Dr. Guillermo Pezet M. Q. por su invalorable ayuda en las gestiones que está realizando.

Inmediatamente, invitó al Dr. Vitaliano Manrique a ocupar la tribuna, quien después de saludar y agradecer por tan señalado honor dió inicio a su discurso con ocasión de la entrega del "Premio José M. Macedo" expresando: "Este premio ha sido instituido para otorgarlo al alumno de la Facultad de Medicina de San Marcos que, al término de sus estudios hubiera obtenido el mayor promedio en sus calificaciones de exámenes de los años que se cursan en dicha facultad". Hizo referencia de manera sucinta de lo que fué el Dr. José Mariano Macedo y refiriéndose al Dr. Carlos Morales Macedo, nieto del primero, destacó que fue quien instituyó este premio. También mencionó los méritos que adornan a la Srta. Vilma L. Santiváñez García, acreedora al "Premio José M. Macedo", quien osienta el mérito de ser la alumna que durante los seis años de estudios médicos obtuvo los más altos calificativos. Concluyó agradeciendo y felicitando en nombre de la Academia a la Srta. Vilma Santiváñez.

A continuación, la Srta. Vilma Santiváñez recibió de manos del Sr. Presidente el "Premio Macedo", agradeciéndole por haber sido elegida como Titular. Consideró, que este Premio, va a significar un estímulo constante para lograr cada día mayor superación.

Acto seguido el Sr. Presidente invitó al S. A. Dr. Augusto Mispireta a presentar al Prof. Donald Albert Heath, personalidad conocida en el mundo científico. Al ocupar la tribuna el Dr. Mispireta destacó el privilegio que tenía al ser portador del saludo de los SS. AA. al Prof. Heath, renombrado investigador, quien encaminó la mayoría de sus investigaciones a estudiar los cambios estructurales que se originan en los vasos pulmonares, a consecuencia de las enfermedades del corazón y del pulmón. Sus actividades diversas, docentes asistenciales, y de investigación destacan la auténtica personalidad científica de nuestro ilustre invitado. El Dr. Mispireta continuó diciendo: "La lectura de su curriculum fué motivo de admiración y produjo en mí, profunda e íntima satisfacción espiritual. El Prof. Heath ha publicado 131 artículos de 1956 a 1972, colaborando en ocho de ellos, los profesionales peruanos DD: Arias Stella, Hurtado, Castilla y Kruger. Concluyó manifestándole al Dr. Heath que la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, la Institución de mayor jerarquía médica en el país, se sentía muy honrada al ofrecerle su tribuna.

El Presidente, invitó al Prof. Heath a ocupar la tribuna; quien agradeció por la oportunidad que se le ofrecía de estar con nosotros esta noche y dió inicio a su conferencia titulada: "Dietas, Drogas e Hipertensión Arterial Pulmonar", expresando que el tema sobre el que va a tratar, comenzó como una investigación de laboratorio, pero que en el curso de 4 ó 5 años, ha dado origen a una gran controversia, al extremo tal de ser uno de los problemas que más se debate en estos momentos en Europa. El Dr. Heath llamó la atención sobre el cuidado que debe tenerse con los anoréxicos, recomendando a su vez por la riqueza extraordinaria de plantas medicinales en el Perú, que deben realizarse una investigación sobre su acción en los vasos pulmonares.

Finalmente, el Presidente hizo entrega al Dr. Heath del diploma que lo acredita como Miembro de la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

SIMPOSIO SOBRE "MEDICINA Y ECONOMIA"

El 3 de Noviembre de 1973, la Academia realizó un Simposio sobre "Medicina y Economía" en el Auditorio del Hospital Central N° 1 (ex-Hospital Obrero). Actuó como Director el Presidente de la Institución e intervinieron los SS. AA. DD. Carlos Bustamante Ruiz y Baltazar Caravedo; como invitados tomaron parte los DD. Carlos Vidal Layseca, Tomás Díaz O., Luis Angel Ugarte, y como Moderador el Director del Hospital Dr. Augusto Perales Mogrovejo.

A continuación el programa desarrollado y las comunicaciones presentadas en el Simposio.

PROGRAMA

ECONOMIA Y MEDICINA

Introducción al Tema

Director:

"Economía y Medicina":

Dr. Jorge Voto Bernaldes

Participantes:

En la Práctica Privada:

Dr. Tomás Díaz O.

En la Educación Médica:

Dr. Carlos Vidal Layseca

Intermedio

- a) En el Subsector
Público de Salud: Dr. Battazar Caravedo
- b) Id.; en los Centros
Asistenciales: Dr. Luis A. Ugarte
- En la Seguridad Social: Dr. Carlos Bustamante Ruiz
- Moderador:**
- Discusión: Dr. Augusto Perales M.

INTRODUCCION AL TEMA

El A. Dr. Jorge Voto Bernales inicio el simposio expresando lo siguiente:

El mercantilismo que caracteriza la sociedad contemporánea y la expansión tecnológica imponen a la Medicina una fraternización interdisciplinaria con la economía, que habria parecido absurdo o perjurio en las pasadas centurias. Más que interesante, es pasmosa la evolución experimentada desde la remota antigüedad, cuando la Teología y la Medicina eran sendas confluentes del conocimiento; luego, fué la Filosofía vocación gemela en Grecia. En los veinte siglos de civilización occidental cristiana, se produce o alternan cambios siempre alejados de la proximidad económica, hasta el advenimiento de esta centuria de valoraciones eminentemente cuantitativas. Ni la Historia escapa hoy a las mediciones, capaces de revoicunar verdades que resultan mitos, como el de la productividad agrícola, la que, según las computarizaciones reveladas por Rey, parece que no aumentó en un solo gramo desde el siglo XIII hasta el XVIII de nuestra era.

Se producen así alejamientos y aproximaciones entre las ciencias, como la que ahora hace que los médicos nos reunamos para declarar que renunciamos al agnosticismo económico. Conservarlo sería anacrónico e irresponsable. Más aún: el amateurismo socio-político de los economistas suele revelarse ignaro de la biología, no obstante la importancia de los fundamentos biológicos de la sociedad cuyos problemas asumen; lo que equivale a desconocer que —como sostienen Will y Aid Durant, acertadamente—, la historia es apenas un fragmento de la biología, que refiere las vicisitudes humanas. No esperemos entonces que surja de la misma Economía el agua lustral que absuelva de la incomprensión del valor sustantivo de la salud humana.

Aceptemos como conclusión de lo expuesto, que corresponde a los médicos asumir la complementación de sus conocimientos, estudiando las implicancias económicas de la salud que promueven, protegen y restablecen. Porque aunque estamos habituados a escuchar el incesante perifoneo de paraísos materiales concebidos en ensueños de opulencia, los médicos reconocemos en todo esto escaso sentido y a veces falacia, si la palabra salud no se inscribe como objetivo prioritario.

Se amplia así nuestro rol profesional —que hay cierta equívoca tendencia a reducir al de una orden mendicante de migajas presupuestales—, al misionerismo educativo de la colectividad, para que ésta se yerga consciente del valor supremo y axial de la salud, al lado de lo que todo lo demás "se dá por añadidura".

Cumplimos un deber social al analizar la realidad económica y su influencia recíproca con la medicina. Desde esta posición, hemos de referirnos a dos aspectos, primarios obviamente determinantes de los costos médicos: inflación y progreso tecnológico. Mas antes de presentar unos pocos ejemplos comparativos entre los valores vigentes hace treinta años y los actuales, consideremos la significación de ambos fenómenos.

En primer lugar, es sabido que la humanidad nuevamente vive una etapa de inflación universal, llámese a esto suma de inflaciones particulares o la resultante de factores inexorablemente generales. De este tipo, se han conocido algunas inflaciones anteriores, comenzando por la que conoció el mundo cuando España importó el oro sudamericano en el siglo XV. Vinieron luego otras importantes inflaciones como la provocada en 1848 por el descubrimiento del oro californiano; luego, la que siguió en 1959 a la convertibilidad universal de las monedas; más recientemente, el aumento considerable de la liquidéz internacional por la creación de los derechos especiales de giro. En el coloquio sobre este problema realizado en la Universidad de París en 1971, con la intervención de eminentes economistas de todo el mundo, el debate entre las más prestigiosas escuelas sobre causas, repercusiones, ventajas o peligros, remedios o tolerancia de la inflación, terminó con estas honestas expresiones del Presidente de la sesión, Fritz Machlup, economista de la Universidad de Princeton: "Illegamos confundidos y salimos aún más confundidos".

Frente a esta inoperancia técnica que a los médicos nos hace sonreír benévola— puesto que la sociedad nos cotiza bastante menos y nos exige exactitudes sobrehumanas— nos queda acogernos a una paciente espera, para que se pongan de acuerdo los técnicos sobre la peligrosidad o la inocuidad inflacionista, o sobre sus remedios. En tanto, procede la exigencia de adecuar la economía médica a los valores inflacionarios, y no suponer —aunque sea por ingenuidad— que la inflación mundial respeta los hospitales y los mandiles blancos, gracias a una inmunidad especial que el Creador aún no ha distribuido.

Decía, además, que el progreso tecnológico constituye otro factor influyente en los costos médicos. Es aquí donde conviene ofrecer una breve relación de valores comparativos, que tomaré estrictamente de la Medicina y no de la Cirugía, tanto por que no pretendo invadir campos que me son personalmente extraños, como por que las cifras que podría ofrecer probablemente espantarían al auditorio.

Todas las ramas de la Medicina disponen de recursos y equipos cada vez más sofisticados y precisos, que garantizan al profesional y al paciente contra errores que hoy reconocemos eran frecuentes en el pasado. Aún más: el equipamiento moderno significa inversiones elevadas pero su rendimiento las justifica, no solamente por el objetivo vital que cumplen sino por la economía de sufrimientos individuales que produce la utilización de metodología menos cruenta, y por la economía material en hospitalizaciones innecesariamente prolongadas y terapias ineficaces.

En Cardiología, el especialista hacía diagnósticos hace treinta años con la inversión de 12,000 soles en un Electrocardiógrafo, utilizando además los medios convencionales auxiliares del Hospital. Actualmente, las pruebas especiales requieren un equipamiento integral que incluye cineangiografía, monitorizaciones, fonocardiografía, tele-electrocardiografía, laboratorio de hemodinámica, etc., con un valor que sobrepasa los 20 millones de soles. En Neurología, hace treinta años los diagnósticos se lograban añadiendo al equipamiento hospitalario general, instrumental que podía adquirirse con 5,000 soles; estos valores ascendieron hace veinte años a los 500,000 soles, por el empleo rutinario de métodos electrofisiológicos; en 1973 solamente el equipo radioanalizador específico para diferenciar las imágenes de daño cerebral vale 15'000,000 de soles, sin impuestos de aduana. En Nefrología, hace treinta años unas cuantas pociones dudosamente diuréticas era todo el arsenal disponible y no estaba definida esa especialidad; los equipos actuales de diálisis salvan diariamente útiles vidas previa inversión aproximada de 2'000,000 de soles, con su

laboratorio asociado. En Gastroenterología, el especialista de hace treinta años adquiriría con 5,000 soles sus instrumentos; hoy el valor de los que necesita supera 1'500,000 soles, sin impuestos.

Queda por hacer especial referencia a la formación, perfeccionamiento y actualización científica de los médicos. En breves instantes conocerán ustedes estos valores; me limitaré simplemente a recordar que antes, un médico podía sentirse tranquilo respecto a la modernidad de su información con un par de revistas de módico precio y un solo viaje en su vida a centros superiores de éste u otro continente. En cambio, actualmente el especialista ha de disponer de varias suscripciones, con valor unitario de 2,000 soles; viaja por lo menos una vez cada dos años para mantenerse al tanto de los adelantos incesantes en su rama médica, y le cuesta 4,000 soles la inscripción en cada Congreso o cursillo. En este acápite no señalo todos los costos de estas actividades, porque puede argüirse que no son indispensables y que no afectan al total de los profesionales. Pero, ¿sabe el público que, de acuerdo con conclusiones establecidas por la Asociación Médica Norteamericana y la Real Sociedad Médica Británica, la duración media de los conocimientos médicos es no mayor de 6 años? Lo que significa que si no nos esforzamos honestamente por renovar conocimientos, apenas el 3 por ciento de lo aprendido hace treinta años es valioso. ¿Como podríamos ejercer conscientemente la medicina sin leer ni viajar, aún a costa de la seguridad material de nuestros familiares?

Sin embargo, se habla o se ofrece una medicina de calidad. Y aún si no se hablara, la colectividad debe comenzar por allí la jerarquización del desarrollo nacional, reclamando para su vida antes que su seguridad o su bienestar material, la utilización de los frutos del trabajo científico que se realiza febrilmente en todo el mundo, sin fronteras ni diferencias ideológicas.

Esta es la verdad a grandes rasgos, verdad que debe conocer y analizar la profesión médica misma. Es preciso que esté motivada para la exigencia de ser provista de recursos que no rebajen ni demoren la protección de la salud, paralelamente a otras actividades nacionales incuestionablemente menos apremiantes. Pero también la colectividad debe informarse y no ignorar la realidad económica de una profesión que acostumbra depender de planes y soluciones elaborados generalmente sin su intervención.

Decía al principio, que la Medicina no es una orden mendicante. En efecto, repetimos que no estamos reunidos a nivel académico para tratar el problema económico del médico, sino para analizar y exponer la realidad de la Medicina insertada en un mundo de caracterización económica, por respeto al derecho de la colectividad a conocer aspectos poco familiares de la economía de la salud, ya que, directa o indirectamente, ella habrá de asumir los costos mencionados en estas exposiciones.

Para cumplir con el programa así esbozado, la Academia Nacional de Medicina ha solicitado la colaboración de distinguidos colegas que tratarán sobre los capítulos más importantes de este tema: me honro en presentarlos ante ustedes y agradecerles su contribución a esta actuación institucional:

Al Dr. Carlos Bustamante Ruiz, Presidente de la Junta Médica Central del Seguro Social Obrero; al Dr. Baltazar Caravedo, ex-Director General de Salud; al Dr. Juan T. Díaz, Director del Departamento de Obstetricia de la Clínica Anglo-Americana y ex-Director del Hospital de Talara; al Dr. Luis A. Ugarte, ex-Director de Salubridad y ex-Director de la Asociación Nacional de Facultades de Medicina; al Dr. Carlos Vidal Layseca, ex-Director del Departamento de Economía de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y Asesor de Educación Médica de la OEA; el Dr. Augusto Perales Mogrovejo, Director del Hospital Central N° 1 actuará como moderador y abrirá la discusión.

SS. AA.: la Economía ha sido llamada "ciencia triste" por sus recomendaciones restrictivas; la Medicina, ciencia de la salud, es ciencia alegre por sus fines. No es extraño que ambas ciencias conjuguen sus esfuerzos en bien de la colectividad. Formulo mis mejores votos porque al final de esta reunión no salgamos tan confundidos, como los economistas de las suyas.

ECONOMIA Y MEDICINA EN LA EDUCACION MEDICA

DR. CARLOS VIDAL LAYSECA

El proceso de producción de médicos, comprende actividades de enseñanza, medios de enseñanza y objetos de la enseñanza, factores que deben coordinarse armoniosamente.

Los admitidos en este proceso, los estudiantes, serían objeto de la enseñanza y, como van a ver, también sujetos de la enseñanza; este proceso de producción de médicos está fundamentalmente relacionado tanto con los agentes de la enseñanza, —que serían profesores y alumnos— como con las relaciones de la enseñanza, que se establecen con el medio social. Así, la premisa fundamental es que existe un proceso de enseñanza, que no se crea por sí mismo, sino que es el fruto del momento histórico, en el que el país o la sociedad donde se realiza está presente.

Podemos poner de ejemplo la época feudal o época esclava de Grecia, donde todo este proceso de enseñanza estaba en función sobre todo del ocio, porque los esclavos que eran los que producían, tenían otro tipo de médicos que prácticamente eran sujetos que podían semejarse a los veterinarios; entonces los médicos se ocupaban de todas las enfermedades del ocio, como se puede leer en muchos de los documentos hipocráticos, que tratan de la gimnasia y sus problemas. Posteriormente, en la época feudal, es donde se aproxima más el concepto de enseñanza a las orientaciones de la filosofía; como los que producían eran hasta cierto punto esclavos, empiezan ya a tener algunas posibilidades de acceso a algún tipo de medicina. En la época actual, fundamentalmente capitalista, estas actividades de enseñanza están centradas dentro de un proceso económico en el cual se trata de producir médicos que van a servir sobre todo a los elementos productores. Los agentes de enseñanza, profesores y alumnos, interactúan entre sí, pero dentro de los imperativos del sistema general.

Este proceso de formación de médicos no está aislado: está dentro de una escuela médica, dentro de la Universidad, pero está enteramente aislado del concepto general de la sociedad donde actúa; por eso está errado quien piensa que el proceso de formación de médicos es un sistema cerrado de acción y que la Escuela de Medicina y la Universidad son enteramente autónomas como para vivir fuera de la sociedad en que actúan.

Nuestro régimen funcionalista, como sería éste, se concibe como un sistema cerrado que se puede modificar a través simplemente de relaciones humanas, variando internamente la formación o producción del futuro médico, sin que realmente la sociedad alrededor de este sistema cerrado pueda influir. Esto ha sido desde hace mucho tiempo la profesión médica y van a ver cómo este problema se agudiza en los estudios de medicina, porque al no estar en relación la formación médica con las necesidades del país, resulta la categoría médica un producto que realmente no se sabe para qué es.

Tratemos ahora, ya no del proceso de formación de médicos sino del sistema general, en el que tenemos en un lado una actividad presupuestaria, todo lo que tiene que ver con los ingresos, y que se basa en recursos humanos, recursos materiales y recursos físicos para atender una demanda que son los estudiantes de pregrado: Medicina, Odontología, Enfermería, que pertenecen al mismo nivel de profesionales de las ciencias de la salud. Del otro lado, los estudiantes de post-grado de cada especialidad: maestros, doctores, estudiantes para actualización de la medicina, proyectos de investigación, estudiantes para tecnología médica y pacientes. Todo esto constituye la demanda de un sistema que debe servir a la formación de médicos.

Aquí quiero hacer hincapié en que todos los estudiantes para actualización médica, estudiantes de post-grado, residentado y doctorado, representan actualmente una de las entradas del presupuesto de enseñanza. Sobre todo, no debemos considerar al residente o al que recién está siendo incorporado, en las mismas condiciones que al alumno de pregrado. Tal como está orientada la enseñanza actual, estos elementos son a la vez consumidores y productores; las operaciones que allí se realizan pueden ser de instrucción e investigación unidas, o de instrucción e investigación en la atención de pacientes que es a lo que pretendemos llegar en estos momentos. La investigación, los servicios clínicos, los servicios comunales y la administración, fundamentalmente ésta, sirven únicamente como medios para realizar estos procesos. Tenemos enseguida los programas de salida que podrán ser los que dan esta función de Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Doctores, etc., aplicados al cuidado de la salud. O sea, que no podemos entender la formación médica exclusivamente como actividad docente o de instrucción pura; cuanto más esté alejada la educación del servicio, los costos de la educación médica serán cada vez más altos. Estamos abocados a un cambio de actitud sobre la premisa de que estén perfectamente unidas, la investigación e instrucción y la atención del paciente.

Ahora bien, ¿cuánto cuesta la formación de un médico? es la pregunta que nos hacemos siempre y cuya única respuesta es: "Cada vez cuesta más". Y como vemos que cada vez cuesta más, nos hacemos la siguiente pregunta: ¿no valdría más dedicar el dinero disponible en formar mayor número de personal de otras categorías? ¿no sería mejor disminuir los niveles de formación médica para hacerla menos costosa y saber en definitiva para qué sirve realmente? Todo esto, considerando que el Perú se comprometió para 1980, a través del plan regional de salud para las Américas, a tener 8 Médicos, 2 Odontólogos, 4 ó 5 Enfermeras y 5 Auxiliares de Enfermería por cada 10,000 habitantes.

Consideremos ahora que, además de contarse hipotéticamente con facilidades económicas se señala a los médicos una meta de 1,200 habitantes por profesional pensando que trabajarán para un sistema de práctica liberal, lo que supondría mejores posibilidades de ingreso bruto. Pero no se sabe nada de las enfermeras, pese a que se dice que, especialmente en el Perú, las enfermeras son la categoría profesional mejor servida por los médicos.

El gasto de la formación de un médico no sólo se debe considerar como el gasto esencial, es decir, el que resulta de emplear tantos millones de soles que tiene un presupuesto de Facultad de Medicina y dividirlo entre tantos alumnos; esto nos dá el gasto docente, pero hay que añadir el núcleo cesante y éste es un concepto muy importante en nuestro país. Significa que un joven durante los 8 años de estudios no produce absolutamente nada, y en nuestros países la mayoría de la población está debajo de la edad estudiantil: comienza a estudiar a los 17 y no produce nada hasta los 25 años. Debemos considerar pues como núcleo cesante lo que deja de producir durante todo este tiempo. La suma de estos valores será el costo real anual de la formación médica, estimado durante los 8 años de Universidad. Al alargarse la carrera, hay una menor rentabilidad y mayor costo global; éste es uno de los grandes problemas económicos de la educación médica en nuestro país.

Si analizamos ahora la distribución de las plazas médicas, nos informamos que en el país el 40 por ciento de las plazas vacantes son para lugares alejados de las grandes ciudades; hasta cierto punto, esto significa que la situación económica no es ahí buena o que los médicos no están preparados para ese servicio. Se constata que el 75 por ciento de nuestros egresados emigra principalmente a los Estados Unidos, no definitivamente sino por 4 ó 5 años, que son los mejores en cuanto al rendimiento.

Es bien difícil diferenciar la calidad de los médicos con relación a la Universidad formadora. En Brasil se hizo este estudio y se observó que después de 10 años de egresados de Universidades consideradas desastrosas, algunos de esos médicos resultaban profesores de las mejores Universidades. Lo que significa que no es totalmente cierto que el mayor costo de la educación determine los mejores médicos; si la capacitación no continúa en los años siguientes es muy difícil que esta realidad se mantenga.

El costo de la educación médica en el Perú ha aumentado a S/. 45,000.00. O sea más o menos \$ 1,000 anuales por alumno. Al ritmo actual para 1980 no tendríamos 8 médicos por 10,000 habitantes como está prometido sino 5.2 médicos por 10,000 habitantes, lo que representaría 3'300,000 habitantes con adecuada atención médica si la distribución fuera normal; pero como no es normal, tendríamos que el porcentaje de población descubierta pasaría de 40 a 75 % para 1980. Como se ve, el problema no es únicamente soluble a base de aumentos en el costo educacional. Incluso, tememos que la situación en vez de mejorar pueda empeorar progresivamente.

El único estudio para el Perú fué realizado por el Dr. Luis A. Ugarte, en la Organización Panamericana de la Salud. Pero como teníamos Facultades de Medicina y a partir de la reorganización de las Universidades se adoptó el sistema de Departamentos, resulta difícil transferir los cálculos. Sin embargo podemos decir en líneas generales que del gasto total, el gasto operacional representa el 86 % y el de la inversión sólo el 14 %, de modo que el mayor gasto corresponde al pago del personal. Como queda tan escaso margen para bienes y servicios, se explica que cada vez tengamos peores equipos, laboratorios y bibliotecas. En cuanto a la inversión misma, en la Universidad Cayetano Heredia el mayor gasto corresponde a las nuevas edificaciones y no a equipos.

Comparando las cifras que hemos dado con las de algunos países europeos. Encontramos que en Escocia el costo anual por alumno es de \$ 2,600; en Inglaterra es de \$ 2,700 a \$ 3,700 según las localidades; y en Suecia \$ 5,471; el gasto total para la producción de cada médico varía en esos países de \$ 14,000 a \$ 30,000. Teniendo en cuenta la extensión de los estudios médicos en el país, de 6 a 8 años, es evidente que lo que se gasta en el Perú para la formación de un médico es un valor elevado y el dilema fundamental consiste en encontrar la fórmula para hacer bajar estos costos, sin que ello represente paralelamente detrimento del nivel profesional.

Cada vez que la enseñanza quiere ejercer paralelamente las experiencias docentes, los costos serán más altos. Por ejemplo, en Brasil, el Hospital de Clínicas de Sao Paulo tiene un costo elevado que no es incorporado al sistema de salud del Estado, pese a lo que representa como servicio de salud para Sao Paulo, sino que se estima como puramente hospital para experiencia docente y de investigación.

Es sumamente serio este aspecto del problema, porque no faltan quienes preconizan la creación de los llamados Hospitales Universitarios, apartados de la red nacional del Perú. Pero esto sería sumamente costoso por falta de metas adecuadas; por que se establecerían en función de la investigación y del desarrollo de programas específicos de enseñanza, como indicadores dentro de la problemática general básica de servicio de salud.

Es así como nosotros tratamos de encontrar en estos momentos una fórmula que permita bajar los costos sin bajar la calidad. Lo que se puede lograr en la Universidad si se utiliza cada vez más las infraestructuras de los elementos docentes sin pretender modificarlas. Porque tal cambio significaría acumular méritos que no son válidos para nuestra realidad. Cuando más esté la enseñanza en función de esos hospitales, tal como son, con sus dificultades y problemas, estaremos formando médicos más adaptables a las necesidades del país.

Otro de los principios fundamentales que podría bajar los costos, es la mejor administración del tiempo: no es posible dejar de enseñar 3 ó 4 meses por vacaciones, ya que un mes sería suficiente. En la Universidad Cayetano Heredia estamos ya prácticamente con 11 meses de enseñanza en el 60 por ciento de los años de estudio. Lo que va a permitirnos disminuir un año de enseñanza sin necesidad de ningún elemento adicional; al contrario, creemos que la actividad será mejor que cuando se suspendía la docencia 3 ó 4 meses sin utilizar el trabajo diario del hospital.

Otro factor que permitiría mayor reducción de gastos, es el programa de instrucción docente-asistencial a nivel nacional. Nos referimos a la utilización de los Hospitales de Provincias. Los médicos que se van a especializar en la enseñanza, pueden ser perfectamente profesores del conjunto universitario dentro de los niveles y objetivos que se planteen; no se puede limitar a un médico que trabaje en un hospital de este origen, la posibilidad de colaborar como profesor. Este planteamiento docente-asistencial nos va a permitir, además disponer de mayores recursos humanos en docencia, situar al alumno más dentro de la realidad del país. De 6 Facultades de Medicina que hay en el Perú, 5 están en la costa y otra en Arequipa, que es casi costa. Podríamos decir que las 6 Facultades de Medicina están en el Perú moderno y que en el Perú tradicional no hay nada absolutamente en cuanto docencia médica.

Creemos que las Universidades deben permitir y obligar a sus alumnos que participen de toda la nación: costa, sierra y selva, para estar más de acuerdo con la realidad del país.

Por último, contribuiría a bajar enormemente los costos la definición de una política clara de salud, de lo que hasta ahora carecemos. Existen planes que no se han realizado... y una serie de elementos, pero no se sabe realmente hasta donde debemos ir. Mientras subsista esta situación de incógnita, las Universidades seguirán formando profesionales de acuerdo a su manera de ver lo mejor para el país. Esperemos que los elementos empleadores, especialmente el Ministerio de Salud, como principal gestor de la salud de la colectividad, cumpla con definir las características del médico que el país necesita; permitiendo así que las Universidades los produzcan en función de esas necesidades.

ECONOMIA Y MEDICINA EN LA PRACTICA PRIVADA

VALORACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

POR J. T. DIAZ O.

En un país como el nuestro, la salud se mantiene practicando una medicina integral, al través de los subsectores públicos de los Ministerios de Educación, Salud y Trabajo; y al través del subsector privado, que son todos los médicos y clínicas particulares en el ejercicio liberal de la medicina.

Se dice que el 90 % de la medicina se practica en pacientes ambulatorios, y únicamente un 10 % en pacientes hospitalizados. Entonces los servicios médicos a estos 90 % de pacientes ambulatorios, y los 10 % de pacientes hospitalizados son

prestados por el Ministerio de Salud (en beneficencias y otros hospitales): por el Ministerio de Trabajo (en los Seguros Sociales); y por el profesional médico independiente en sus consultorios y clínicas privadas.

Los servicios médicos en el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo (Seguros Sociales) son valorizados y remunerados de acuerdo a un escalafón. Pero los servicios prestados por los médicos independientes, ya sea ayudando a los Seguros Sociales, o ya sea enteramente por cuenta del paciente, no tienen un sistema de valoración adecuado que pueda servir tanto para los seguros sociales, cuanto para los médicos en el ejercicio liberal de la medicina.

El sistema de que me voy a ocupar llena justamente este sector, de cómo valorar los servicios médicos prestados a esta gran masa de pacientes, unos que tienen ayuda de los Seguros Sociales y otros que no tienen. Estos servicios médicos deben de valorarse de una manera justa y racional, en proporción a la complejidad del servicio prestado, en proporción a la habilidad o destreza del médico, y en proporción a la condición socio-económica del paciente.

El problema de cómo valorar estos servicios médicos, para que sean aceptables de un lado por los Seguros Sociales, de otro lado por los pacientes, y de otro lado por los médicos tratantes, es un problema relativamente nuevo en el Perú, pero que ha surgido en otros países ya hace tiempo, y ha sido resuelto de diferentes maneras, en Rusia y Suecia con la medicina estatizada y en Inglaterra casi completamente estatizada. El sistema que propongo es un sistema que ha sido utilizado en el Estado de California, en EE.UU. (1) de N.A. y que lo he adecuado, reestructurado y aplicado a nuestro medio (2).

LOS OBJETIVOS

Los objetivos de este sistema de valoración de los servicios médicos son: 1º, la necesidad de una nomenclatura uniforme de todos los servicios médicos; 2º, la utilización de un código estandarizado que describa numéricamente el servicio prestado; 3º, la valoración de los servicios médicos en "unidades de valor", que puedan ser fácilmente traducidos a valores monetarios, si se da un valor monetario a la "unidad de valor"; y 4º, el valorizar los servicios médicos en cinco categorías, independientes uno del otro porque cada categoría tiene sus propios valores.

1) El primer objetivo, de tener una nomenclatura uniforme, se ha llevado a cabo utilizando la nomenclatura anatómica propugnada por la Asociación Médica Americana (3), en la que el cuerpo humano se describe bajo 10 capítulos anatómicos:

- 00 — Cuerpo en General (Medicina General).
- 10 — Sistema del Integumento
- 20 — Sistema Músculo - Esquelético
- 30 — Sistema Respiratorio
- 40 — Sistema Cardio-vascular
- 50 — Sistema Hemático y Linfático
- 60 — Sistema Digestivo
- 70 — Sistema Urogenital
- 80 — Sistema Endocrino
- 90 — Sistema Nervioso
- 9x — Sistema de los Sentidos (ojos y oídos).

2) El segundo objetivo de tener un código numérico estandarizado, para describir los servicios médico-quirúrgicos, se ha llevado a cabo utilizando un código numérico compuesto de dos guarismos: el primero, es un número de 2 ó 3 dígitos, describe el área anatómica donde se hace el servicio médico-quirúrgico; y el segundo guarismo, es un número también de 2 ó 3 dígitos, que describe el tipo de servicio médico-quirúrgico prestado a esa área anatómica.

Para describir y enumerar los tipos de servicios quirúrgicos se ha utilizado el siguiente sistema:

- ... — 00 Incisión
- ... — 10 Excisión
- ... — 20 Amputación
- ... — 30 Introducción
- ... — 40 Endoscopia
- ... — 50 Reparaciones Plastias
- ... — 60 Destrucciones
- ... — 70 Sutura
- ... — 80 Manipulación
- ... — 90 Transplantes de Organos.

Para describir y enumerar los servicios médicos, se ha utilizado el siguiente sistema:

- 01 — ... Servicio Médico en Consultorio
- 02 — ... Servicio Médico a Domicilio
- 03 — ... Servicio Médico a Domicilio
- 04 — ... Servicio de Juntas e Interconsultos
- 05 — ... Servicios Pediátricos
- 06 — ... Servicios Psiquiátricos
- 07 — ... Otros Servicios Médicos
- 08 — ... Servicios de Diagnóstico
- 09 — ... Servicios de Tratamientos Médicos.

Entonces, si al número anatómico se acopla el número de servicio, obtenemos un código que describe exactamente el servicio prestado, el cual es únicamente para ese servicio, y el cual puede ser computarizado.

3) El tercer objetivo, de valorar los servicios médicos-quirúrgicos en "unidades de valor", o puntos de valor, tiene por objeto de valorar los servicios médico-quirúrgicos en relación a la complejidad del servicio. Un servicio tiene más puntaje cuanto más difícil es de realizarlo. Este valor del puntaje es FIJO; no es variable. Lo que es variable es el valor monetario de esta "unidad de valor".

Este valor numérico de la "unidad de Valor", de los servicios médico-quirúrgicos, fue catalogado por una comisión sobre honorarios médicos de la Asociación Médica del Estado de California de Norteamérica (1). Esta comisión encontró que el servicio médico más frecuente prestado por el facultativo es una "consulta médica" y que en ese entonces de la investigación (en 1952), fué de 5.00 dólares como promedio en todo el Estado de California. Al mismo tiempo investigaron el promedio de todos los otros servicios médicos y quirúrgicos en todo el Estado de

California. Esta investigación demostró, que por ejemplo, la mayoría de los cirujanos cobraban por una apendicectomía 200.00 dólares; por una cesárea, 250.00 dólares; por una histerectomía, 300.00 dólares. Entonces para comparar el valor relativo entre una consulta médica y una apendicectomía, u otra operación, dividieron el valor en dólares de la apendicectomía, o de otras operaciones entre 5.00 dólares, que era el valor de la consulta. El resultado sería en los ejemplos citados, $200/5 = 40$; $250/5 = 50$; $300/5 = 60$. Esto indicaría numéricamente, que si una consulta vale 1 punto de valor, una apendicectomía vale 40 puntos, una cesárea vale 50 puntos, y una histerectomía vale 60 puntos de valor relativo. Y así catalogaron todos los servicios médicos y quirúrgicos, de laboratorio, Rayos X y de Anestesia.

En este trabajo que presento, se ha utilizado el puntaje relativo catalogado por la Asociación Médica de California, pero se ha modificado y reagrupado anatómicamente, y se ha adaptado para uso en nuestro medio. El código numérico que se ha dado al servicio médico-quirúrgico es diferente al Código Californiano; más bien se ha dado un código anatómico acoplado al código del servicio prestado.

4) El cuarto objetivo es de catalogar estos servicios dentro de 5 categorías o grupos, que serían: 1º, servicios médicos; 2º servicios quirúrgicos; 3º, servicios de anestesia; 4º servicios de Rayos X; y 5º servicios de laboratorio. Se han agrupado estos servicios en 5 categorías, porque cada grupo o categoría tiene un valor monetario de su "unidad de valor" diferente a lo de los otros grupos. Cada grupo tiene su valor propio y que no es aplicable a las otras categorías.

Así se ha hecho una catalogación casi completa de todos los servicios médicos, quirúrgicos, de laboratorio, etc. Podríamos dar unos ejemplos de esta catalogación:

EL CUERPO UTERINO: 78.2

Excision:	10	Valor unitario	Post	Aneste.
78.2 — 10:	Biopsia del endometrio procedimiento independiente	3.0	15	3.0+T
78.2 — 11:	Dilatación y curetaje de diagnóstico y/o terapéutico, no obstétrico	15.0	15	3.0+T
78.2 — 12:	Miomectomía: excisión de fibroma uterino, procedimiento independiente obstétrico	50.0	45	
78.2 — 13:	Histerectomía total (del cuerpo y del cervix) con o sin trompas de Falopio y/o los ovarios, uno o ambos	60.0	45	4.0+T
78.2 — 14:	Idem subtotal o supracervical	55.0	45	4.0+T

En el grupo de los servicios quirúrgicos, también se ha estudiado y catalogado el número de días postoperatorios que el cirujano debe de atender al operado libre de costos adicionales. Este punto es muy importante, especialmente desde el punto de vista médico-legal, en que el paciente puede reclamar atención médico-quirúrgica libre de costo, por complicaciones, hasta un período indefinido.

CALCULO DEL VALOR MONETARIO

En la catalogación de los servicios médico-quirúrgicos que se ha descrito, se ha catalogado las "unidades de valor" de cada servicio. Ahora quisiéramos abordar el método que se utiliza para encontrar el valor monetario de estas "unidades de valor", en soles de moneda peruana. Si hiciéramos una lista de 10 operaciones comunes, o de 10 procedimientos médicos, o de 10 tomas de Rayos X, y en cada procedimiento pusiéramos el valor realmente o actualmente cobrado por ese procedimiento y dividimos por el puntaje asignado en esta catalogación, el resultado sería el valor monetario por cada "unidad de valor", o cada punto, cobrado por el médico. Se saca el promedio de los 10 servicios y ese es el valor monetario del punto 1 "unidad de valor". Daremos un ejemplo de una encuesta hecha a un grupo de cirujanos ginecólogos.

CONCLUSIONES Y VENTAJAS DEL SISTEMA

1) Con respecto al valor relativo de las "unidades de valor" de los servicios médico-quirúrgicos: 1º, el "valor unitario" o puntaje, de un procedimiento médico-quirúrgico: Es Fijo, y es en proporción a la complejidad o dificultad de llevar a cabo dicho servicio. Cuanto más complejo ó difícil es un servicio médico-quirúrgico, éste tiene más "unidades de valor". Con este sistema, el honorario médico es en proporción a la complejidad del servicio. Esto evita que el médico cobre honorarios excesivos por procedimientos simples; y al revés, evita que por procedimientos complejos, no cobre lo suficiente. 2º El "valor monetario" de la "unidad de valor"; es decir el valor en soles de la "unidad de valor", NO FIJO, puede variar en proporción a la habilidad o destreza del médico tratante, (que en realidad refleja su reputación); o puede variar en proporción a la condición socio-económica del paciente; o puede variar a medida que aumenta el costo de vida.

2) El fijar el número de días post-operatorios que el cirujano debe de atender al paciente, libre de costo, tiene un significado importante, y puede tener hasta implicaciones médico-legales. Por ejemplo una apendicectomía esta fijada en 45 días post-operatorios de atención libre de costo. Esto cubre todas las complicaciones menores. Pero si una apendicectomía tuviera una complicación seria, (que sea fortuita o de cualquier indole), entonces el problema surge, de cuantos días post-operatorios debe de atender el cirujano libre de costo? Si la complicación dura 6 meses, entonces el cirujano debe de atender a este paciente por 6 meses libre de costo? Yo creo que NO. Por esto fijamos un término razonable post-operatorio durante el cual el cirujano debe de atender al paciente libre de costo. Después de este plazo, el cirujano estaría autorizado a cobrar por las atenciones médico-quirúrgicos como una consulta médica, a consultorio o a domicilio. Entonces el fijar éste plazo de atención médico-quirúrgico en el post-operatorio, podría convertirse en un plazo médico-legal, de atención médica, que podría ser aceptado hasta en las cortes de justicia.

3) El utilizar una nomenclatura uniforme nos obliga a nosotros los médicos, a diagnosticar con una terminología uniforme, de manera que el servicio prestado también tenga una terminología uniforme. Por consiguiente, un médico, o una entidad médica puede entender exactamente lo que otro médico ha diagnosticado, y el servicio médico o quirúrgico que ha prestado. Esto es sumamente importante en vista de que la tendencia de la medicina es hacia el uso de los Seguros Sociales. Entonces el asegurador, ya sea el Estado o una entidad privada, debe de saber exactamente el servicio que ha prestado el médico, para saber valorar este servicio, y así cancelar, sin demora, el honorario del médico tratante.

4) El tener una nomenclatura uniforme con un código numérico, que describe el servicio médico-quirúrgico prestado, es esencial cuando se trata de Seguros Sociales, en donde se paga por atención médica, por miles de pacientes. Entonces este sistema se presta a ser computable para el uso de los asegurados; o también para bibliotecarios, actuarios, estadígrafos, etc. También se presta para hacer cálculos de costos o hacer proyecciones en el futuro de costos y presupuestos.

A nosotros los médicos ordinarios, o entidades médicas, como la Academia de Medicina, el Colegio Médico, la Federación Médica, nos interesa porque a base de esta catalogación valorizada podemos tener una base para un mejor entendimiento con los Seguros Sociales, para que los honorarios médicos sean reales y en proporción a la complejidad del servicio médico-quirúrgico prestado.

BIBLIOGRAFIA

- 1) "Relative Value Studies", por el Council of Medical Association 1964.
- 2) Diaz J. T.: "Valores Relativos de los Servicios Médicos". Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú 1971.
- 3) "Standard Nomenclature of Diseases and Operations" por E. T. Thompson, y A. H. McGraw-Hill Book Co, N. Y.: 1961.

Tema: ECONOMIA Y MEDICINA: SUBSECTOR PUBLICO

Dr. Baltazar Caravedo

- 1.— Ambito del Sector y su organización
- 2.— Recursos de Capital: Establecimientos por Instituciones, 1972
- 3.— Recursos Humanos: Por categorías, 1972
- 4.— Recursos Financieros
- 5.— Producción: Actividades
- 6.— Enjuiciamiento

La Oficina Sectorial de Planificación en Salud ha puesto de manifiesto las características del Sector Salud en el siguiente párrafo:

"El Sector Salud se circunscribe de los daños y factores condicionantes que pueden afectar la salud individual y colectiva de la población, a la producción de bienes y servicios destinados a promover, proteger, recuperarse y rehabilitar la salud, y a los recursos necesarios para esta producción.

"Comprende la prestación de servicios médicos, odontológicos, obstétricos y otros servicios complementarios, así como la producción de biológicos. Abarca, también, las inversiones en construcción y equipamiento de hospitales, centros de salud, postas médicas y sanitarias y otros locales similares, así como las obras para abastecimiento de agua y disposición de excretas; finalmente comprende la capacitación y la formación de personal de enfermería y auxiliar".

En el Sector Salud la participación del Estado adquiere una importancia decisiva dado a que aproximadamente un 74% del gasto es generado por el Sector Público, quedando la acción del Sector Privado limitada principalmente, a proporcionar servicios de Salud de altos ingresos, cerca del 10% de la población.

Los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Auxiliares cubren, aproximadamente, al 5% de la población total entre efectivos, dependientes y población civil de algunas zonas rurales.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y los servicios médicos de las Sociedades de Beneficencia Pública, tienen la responsabilidad de proporcionar asistencia al resto de la población, pero, en general circunscriben su acción principalmente a la población urbana y pre-urbana que se estima en 47% del total.

Con referencia a la información estadística utilizada, es necesario hacer los siguientes comentarios: la información sobre hechos vitales, adolece de notables deficiencias, existiendo una apreciable omisión de registro. Las estimaciones practicadas muestran, en series históricas, que el porcentaje de omisión de registros es decreciente entre 1940-65. La omisión del registro de nacimientos en este último año (1965) es del 13% y, en defunciones, del 40%. La serie histórica relacionada con la producción de servicios presenta cifras con variable grado de consistencia, siendo las correspondientes a 1965 las más próximas a la realidad.

Para identificar y jerarquizar los principales problemas de salud del país se han utilizado los siguientes criterios:

— Magnitud o cantidad de personas afectada por un daño o grupos de daños; considera tanto la mortalidad como la morbilidad. (La mortalidad registrada para 1965 es de 10.1 por mil habitantes y corregida por la omisión estimada, sería de .6.7, por mil habitantes. La morbilidad se ha estimado cerca a la demanda de servicios de reparación de la Salud).

— Vulnerabilidad, que es la posibilidad de reducir, con la tecnología disponible, la morbilidad causada por un daño.

— Costo de las acciones necesarias para controlar o erradicar un daño o grupo de daños.

De acuerdo con estos criterios los problemas de salud del país que deben ser afrontados son, en el orden jerárquico, los siguientes:

- a) Enfermedades susceptibles de ser controladas por vacunaciones.
- b) Enfermedades en cuya propagación tienen particular importancia las deficientes condiciones de suministro de agua potable y de disposición de excretas.
- c) Tuberculosis, en todas sus formas que, por su carácter crónico, ocasionan fuertes pérdidas a la economía nacional, tanto por la disminución de la capacidad de trabajo, cuanto por los gastos en la reparación de los casos.
- d) Enfermedades erradicables y aquéllas significativamente reducibles por medidas sanitarias.

Los grupos de población más afectados por los problemas de mayor prioridad, están constituidos por las personas de 0-15 años de edad y las mujeres en períodos de gestación y de lactancia, es decir el grupo que en general se conoce como de la Madre y el Niño.

Entre los factores condicionantes de mayor importancia cabe notar lo siguiente:

Estado de Nutrición

La nutrición deficiente incide en un aumento de la mortandad por procesos tales como sarampión y otras enfermedades transmisibles y explica las elevadas tasas de mortalidad infantil existentes en el país, donde observamos que el 47% ocurre en el grupo de 0-4 años y que las defunciones de menores de un año representan el 30% de mortalidad total.

Se comprobó que si bien una de las principales características de la alimentación del país, es la diversidad regional del patrón dietético, un factor común es la baja ingestión calorífica y proteínica. Además, las investigaciones realizadas demuestran que existe consumo inadecuado de calcio, riboflavina, tiamina y vitamina A.

El bajo nivel de nutrición encontrado es consecuencia de un complejo de factores económicos-sociales cuya solución requiere del concurso coordinado del Sector Salud, con otros sectores de la economía nacional.

Estado del Saneamiento Ambiental

La dotación deficiente de agua potable, así como la escasez de instalaciones para la eliminación de excretas, son responsables de la elevada incidencia de enfermedades gastrointestinales. La situación del país en 1965, en cuanto a suministro de agua potable, y a disposición de excretas, se advierte que el 66% de la población urbana y solamente el 4.2 de la rural disponen de algún sistema de abastecimiento de agua potable, que el 63.8% de la población urbana dispone de sistemas de eliminación de excretas, que la población rural del país prácticamente no cuenta con estos servicios.

Cobertura de los servicios de salud

La escasa penetración de los servicios permanentes de salud en el medio rural, dificulta la buena atención a las necesidades correspondientes a esta población, estimándose que 3'500,000.00 campesinos tienen difícil acceso a tales servicios por habitar en zonas muy alejadas de ellos.

Otros

Hay otros factores que en grado variable influyen sobre el nivel de salud, tales como: Las deficientes condiciones de la vivienda, el alto grado de analfabetismo y bajo nivel de escolaridad. La existencia de patrones culturales diferentes en colectividades importantes del país, así como el reducido ingreso per-capita y su mala distribución que determinan, en grandes grupos de la población peruana, niveles de subsistencia incompatibles con las exigencias para una vida digna.

Recursos de Capital

Establecimientos por Instituciones - 1972

INSTITUCIONES	SUB SECTOR PUBLICO				
ESTABLECIMIENTOS	Ministerio de Salud	Sociedades de beneficencia pública	Seguridad Social	SS.FF.AA.	Empresas Estatales
HOSPITALES					
Número	93	22	18	12	5
Camas	13,984	4,480	4,316	2,401	255
CENTROS DE SALUD					
Número	302	2	29	36	12
Camas	624	24	24	112	27
PUESTOS SANITARIOS					
Número	885	—	—	29	—

Establecimientos por Instituciones — 1972

(Léase los totales con el Cuadro de Sub Sector Público).

INSTITUCIONES	SUBSECTOR NO PUBLICO		TOTAL
	Cooperativas Agro Industriales	Subsector Privado	
Establecimientos			
HOSPITALES			
Número	14	168	332
Camas	633	5,367	31,436
CENTROS DE SALUD			
Número	4	30	415
Camas	—	47	858
PUESTOS SANITARIOS			
Número	2	3	935
Camas	—	—	—

Después de haber descrito el ámbito del sector y su organización vamos a exponer los cuadros correspondientes a los recursos de capital con cifras a 1972.

Evidentemente que el sector salud, Sub-sector público acusa el mayor índice de instituciones sanitarias.

En Primer lugar el Ministerio de Salud con 23 hospitales.

En Segundo lugar las Sociedades de Beneficencia con 22 hospitales.

La Seguridad Social con 18 hospitales.

Las Empresas Estatales con 5 hospitales.

El Sub-sector no público acusa los siguientes guarismos:

Cooperatvia Agro Industriales	14	Hosiptales
Sub Sector Privado	168	Hospitales

El Sub Sector Público posee además:

Ministerio de Salud	302	Centros de Salud
Soc. de Beneficencias	2	Centros de Salud
Seguro Social	29	Centros de Salud
Fuerzas Armadas	36	Centros de Salud

El Sub-sector no público:

Coop. Agro-Industriales	4	Centros de Salud
Sub-sector privado	30	Centros de Salud

El Ministerio de Salud tiene:	885	Puestos Sanitarios
Las Fuerzas Armadas	29	Puestos Sanitarios
Cooperativas Agro-industriales	2	Puestos Sanitarios
Sector Privado	3	Puestos Sanitarios

En cuanto a camas hospitalarias:

Ministerio de Salud	44.3%
Soc. de Beneficencias Públicas	14.3%
Seguro Social	13.7%
Fuerzas Armadas	7.6%
Empresas Estatales	0.8%
Coop. Agro-Industriales	2.0%
Sector Privado	17.1%

Total del Sub-sector público	80.9%
------------------------------	-------

Total Sub-sector no público	19.1%
-----------------------------	-------

100%

SOCIEDADES DE BENEFICENCIA PUBLICA

(Millones de soles corrientes)

PRESUPUESTO	SOC. BENEF. P. LIMA			OTRAS SOC. BENEF.			TOTAL DE BENEF. 1971-72		
	Programado	Ejecutado	%	Programado	Ejecutado	%	Programado	Ejecutado	%
Operación	328.8	320.8	99.9	273.2	223.0	75.3	602.0	543.8	90.3
Inversión	6.1	6.1	100.0	5.1	4.9	96.1	11.2	11.0	98.2
TOTALES	334.9	326.9	97.6	278.3	227.9	81.9	613.2	554.8	90.5

EMPRESA PUBLICA - PETROPERU

(Millones de soles corrientes)

PRESUPUESTO	BIENIO 1971 — 1972		
	Programado	Ejecutado	%
OPERACION	146.1	152.6	104.4
TOTALES	146.1	152.1	104.4

CAMAS DE HOSPITALIZACION POR INSTITUCIONES: PERU 1972

(en miles) y %

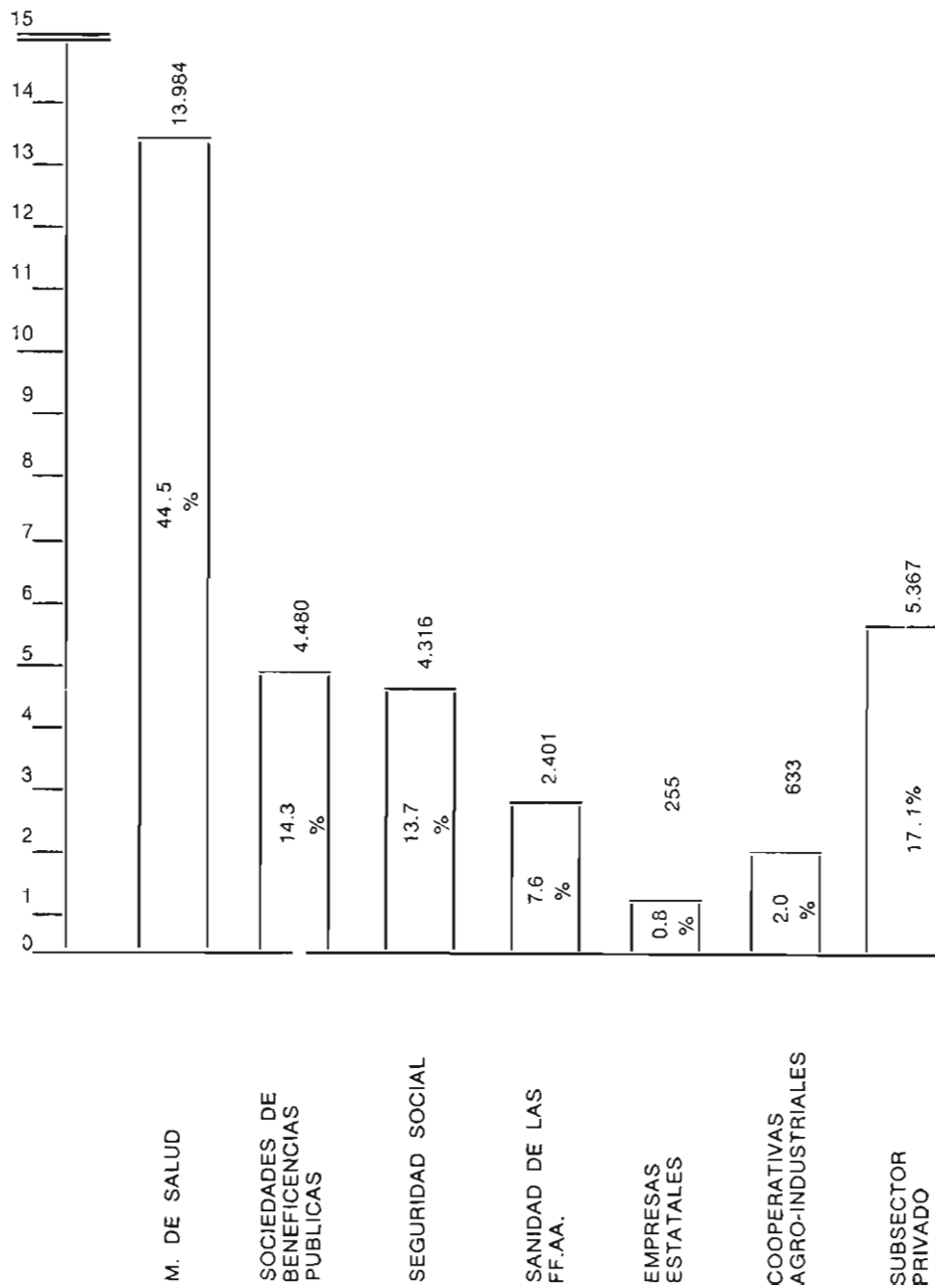
En el país hay en la actualidad 2.4 por 1000 habitantes relación que está por debajo del promedio mínimo requerido.

Desgraciadamente esta cifra, con el aumento vegetativo de la población, ha llegado a 1.9 por 1000 habitantes, en tanto que en ciertos hospitales de especialidad llega a 0.17 por 1000 habitantes, como es el caso de las camas psiquiátricas.

Es evidente que el sub-sector privado colabora en proporción apreciable en la atención médica pese a sus limitados recursos.

CAMAS DE HOSPITALIZACION POR INSTITUCIONES: PERU - 1972

(en miles) y %



Tipo de recursos humanos		Relación de Población por
	Nº	10.000 habitantes
Médicos	8.023	0.567
Odontólogos	2.542	0.180
Enfermeras	5.040	0.550
Aux. de Enf.	8.000	0.800

Fuente: Of. Sec. Planificación en Salud — 1973.

A continuación exponemos los cuadros de recursos financieros del bienio 1971-1972, en millones de soles corrientes.

Como Uds. podrán apreciar en el cuadro número 1 corresponde los guarismos al Ministerio de Salud al bienio citado, en que se hace una comparación entre gastos en operación y de investigación y entre lo programado y lo efectuado en ambos rubros.

El cuadro número 2 hace un estudio discriminativo de los presupuestos por instituciones siguiendo la pauta anterior.

El cuadro número 3 es el relativo a la Soc. de Beneficencias Públicas. Hay que señalar que la Soc. de Beneficencias absorbe 34.1% del presupuesto de beneficencias.

Las Empresas Públicas tienen un presupuesto de operaciones para el bienio 1971-72, que le ha permitido trabajar los programas de salud de acuerdo a sus necesidades progresivas.

Las variables Macro Económicas del producto bruto interno para 1970-73 se exponen en el cuadro siguiente. Evidentemente que la constante es baja y la cifra prácticamente inalterable 2.2%.

RECURSOS FINANCIEROS DEL SECTOR PUBLICO DE SALUD

Ministerio de Salud

(Millones de soles corrientes)

Presupuesto	1971			1972			TOTAL BIENIO 1971 — 1972			COMPARACION PORCENTUAL 1971 — 1972	
	Progra- mado	Ejecu- tado	%	Progra- mado	Ejecu- tado	%	Progra- mado	Ejecu- tado	%	Progra- mado	Ejecu- tado
Operación	2.552.5	2.506.5	98.2	3.237.8	3.146.5	97.2	5.790.3	5.553.0	97.6	26.8	25.6
Inversión	149.4	107.9	72.2	307.5	273.4	88.9	456.9	381.3	83.5	105.8	153.4
TOTAL	2.701.9	2.614.4	96.8	3.545.3	3.319.9	93.6	6.247.2	6.034.3	96.6	31.2	27.0

**SEGURIDAD SOCIAL: CAJA NACIONAL DEL SEGURO OBRERO Y EL
SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO
DATOS DE 1969**

PRESUPUESTO	S.S.O.	S.S.E.	TOTAL S.S.
	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado
Operación	970.1	1.363.0	2.333.1
Inversión	21.6	12.6	34.2
TOTAL	991.7	1.375.6	2.367.3

FUERZAS ARMADAS Y AUXILIARES

(Millones de soles corrientes)

DATOS DE 1969

Presupuesto	1969
	Ejecutado
Operación	508.2
Inversión	60.0
TOTAL	568.2

INSTITUCIONES PUBLICAS DESCENTRALIZADAS

(Millones de soles corrientes)

Presupuesto por Institu- ción	1971			1972			TOTAL — BIENIO 1971 — 1972			Comparación Porcentual 1971-1972	
	Progra- mado	Ejecu- tado	%	Progra- mado	Ejecu- tado	%	Progra- mado	Ejecu- tado	%	Progra- mado	Ejecu- tado
Operación	143.1	104.8	95.3	164.4	194.6	118.4	307.5	299.4	97.4	14.9	85.7
Inversión	8.5	8.1	73.2	1.5	1.8	116.7	10.0	9.7	97.0	82.4	80.2
TOTAL: Fondo Nac. de Salud	151.6	112.9	74.5	165.9	196.2	118.3	317.5	317.5	97.4	9.4	73.8
Operación	62.8	60.0	95.5	73.9	7.3	96.5	136.7	131.3	96.0	17.7	18.8
TOTAL: Inst. Nac. de Salud	62.8	60.0	95.5	73.9	73.9	96.5	136.7	131.3	96.0	17.7	18.8

Operación	20.3	28.8	102.5	29.1	25.0	86.0	49.4	45.8	92.7	43.3	20.2
Inversión	—	0.1	—	17.6	7.5	42.6	17.6	17.6	43.2	—	750.0
TOTAL Junta de Asist. Nacional	20.3	20.9	103.0	46.7	32.5	69.6	67.0	53.4	79.7	23.0	55.5
Operación	—	—	—	14.3	13.7	95.1	14.3	13.6	95.1	—	—
TOTAL: IMPROMI	—	—	—	14.3	13.6	95.1	14.3	13.6	95.1	—	—
TOTAL: Instituciones											
Operación	226.2	185.6	82.1	281.7	304.5	118.1	507.9	490.1	96.5	24.5	64.1
Inversión	8.5	8.2	96.5	19.1	9.1	47.6	27.6	17.3	62.7	147.0	11.0
TOTAL: GENERAL INSTITUC.	234.7	193.8	82.6	300.8	313.6	104.3	535.5	507.4	94.8	28.2	61.8

RELACIONES DE VARIABLES MACRO ECONOMICAS

PRODUCTO BRUTO INTERNO PBI

(Millones de soles 1970)

1970			1971			1972			1973		
PBI	PBIS	PBIS/ PBI	PBI	PBIS	PBIS/ PBI	PBI	PBIS	PBIS/ PBI	PBI	PBIS	PBIS/ PBI
236.246.0	5.163.0	2.2	250.225.0	5.496.0	2.2	262.167.0	5.855.0	2.2	281.021.0	6.236.0	2.2

1) Preliminar

2) Estimado

3) Previsto

PBIS = Producto Bruto Interno Sector Salud

GASTOS EN SALUD Y PRODUCTO BRUTO INTERNO

(Millones de soles 1963)

ANOS	PBI	GTS	GTS/% PBI	GPS	GPS % GPS	GFPS	GFPS % GPS
1967	102.657.0	3.594.2	3.6	2.712.4	75.4	2.618.8	90.8
1968	100.968.0	3.613.1	3.6	2.726.9	75.5	2.463.5	89.06
1969	99.600.0	3.796.8	3.7	2.885.1	76.0	2.463.7	87.06

PBI = Producto Bruto Interno

GTS = Gasto total en Salud

GPS = Gasto Público en Salud

GFPS = Gasto de Funcionamiento Público en Salud

O = (En 1967 la moneda fue devaluada en 40%)

Si comparamos los gastos totales en salud con los de otros países, tenemos los siguientes guarismos:

Tangayica	2.5
Kenya	2.5
Checoslovaquia	3.6
Polonia	3.7
Francia	4.2
Gran Bretaña	4.2
Yugoeslavia	5.0
Chile	5.6
U.S.A.	5.8
Canadá	6.0
Israel	6.3

Si expresamos la relación costo - beneficio en salud, podemos decir, de acuerdo a los economistas europeos, que por cada 100 \$ U.S.A., se obtiene 300 \$ U.S.A. de beneficio.

En Gran Bretaña los servicios hospitalarios se llevan el 50 % del P.B.I. anual; 1.198 millones de libras esterlinas de gastos corrientes, y 139 millones de libras esterlinas en gastos de reemplazo de capital.

El personal médico representa el 9 por ciento de los gastos.

Una cama cuesta en Gran Bretaña 1,000 soles diarios (70 L. E. a la semana) uniformemente, en cualquier lugar hospitalario.

El total de gastos en salud en Gran Bretaña es del orden de los 500 mil millones de soles por bienio (260 mil millones de soles por año).

En U.S.A. los gastos en salud son del orden de los 600 mil millones de soles al año.

Entre las poblaciones del tercer mundo y los países industriales, hay verdaderamente un abismo sanitario difícilmente salvable; sólo a través de acciones indirectas; educativas, agropecuarias, vías de comunicación, etc., se podrá obtener un elevado índice de mejoras sanitarias, aparte del hecho, necesario en el futuro, que la seguridad social haga programas preventivos que son mucho más económicos a corto y mediano plazo.

Con la desvalorización monetaria, sufrimos en 1967, la consecuente disminución de los gastos en salud, ya que la relación de gastos P.B.I., fué en promedio de 3.6.

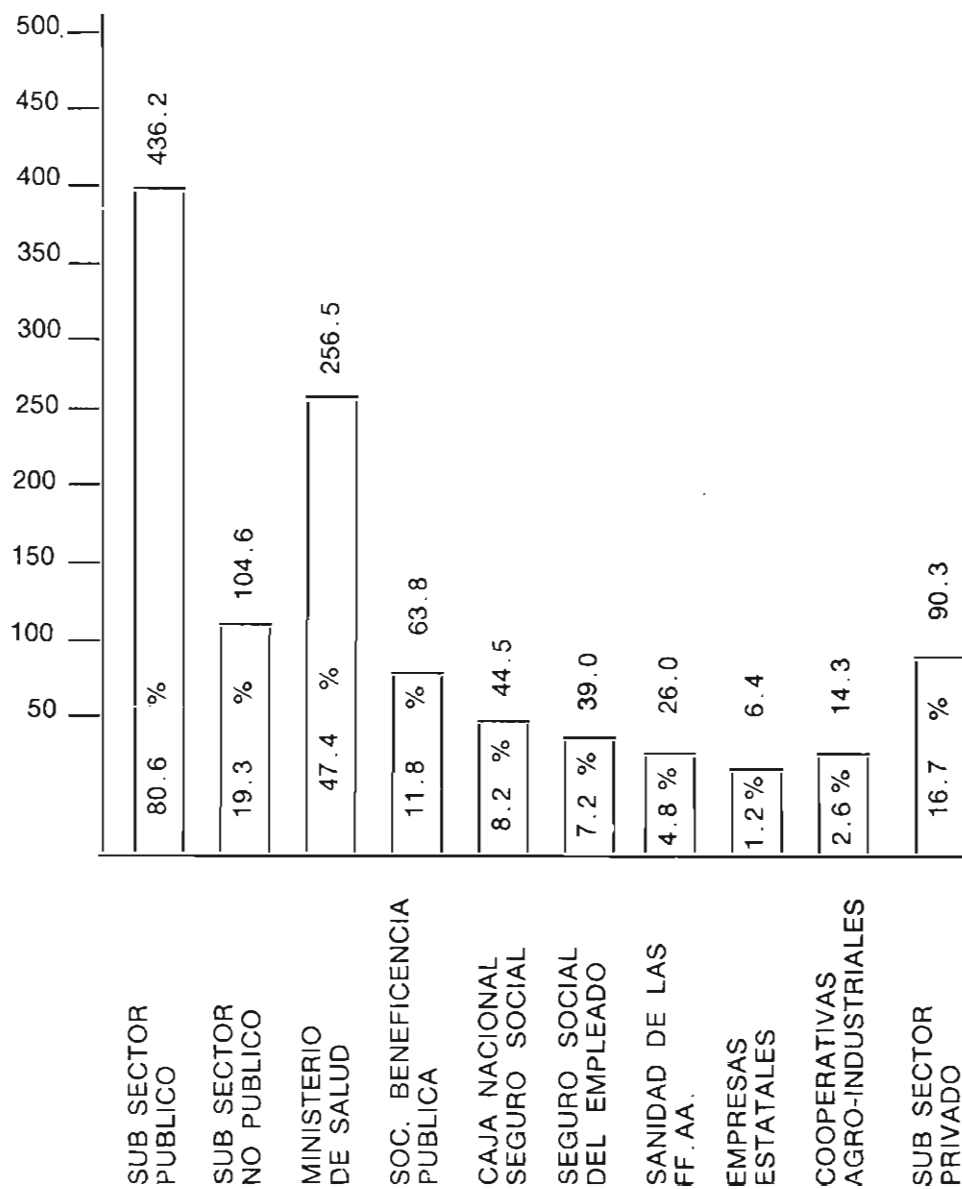
Brevemente expondremos algunas cifras de la Seguridad Social y de la cual hablará in extenso el Académico Dr. Carlos Bustamante Ruíz.

Asimismo exponemos, suscintamente, como índice de comparación, las cifras de la atención en salud en nuestras Fuerzas Armadas y Fuerzas Auxiliares Policiales correspondiente al año 1969.

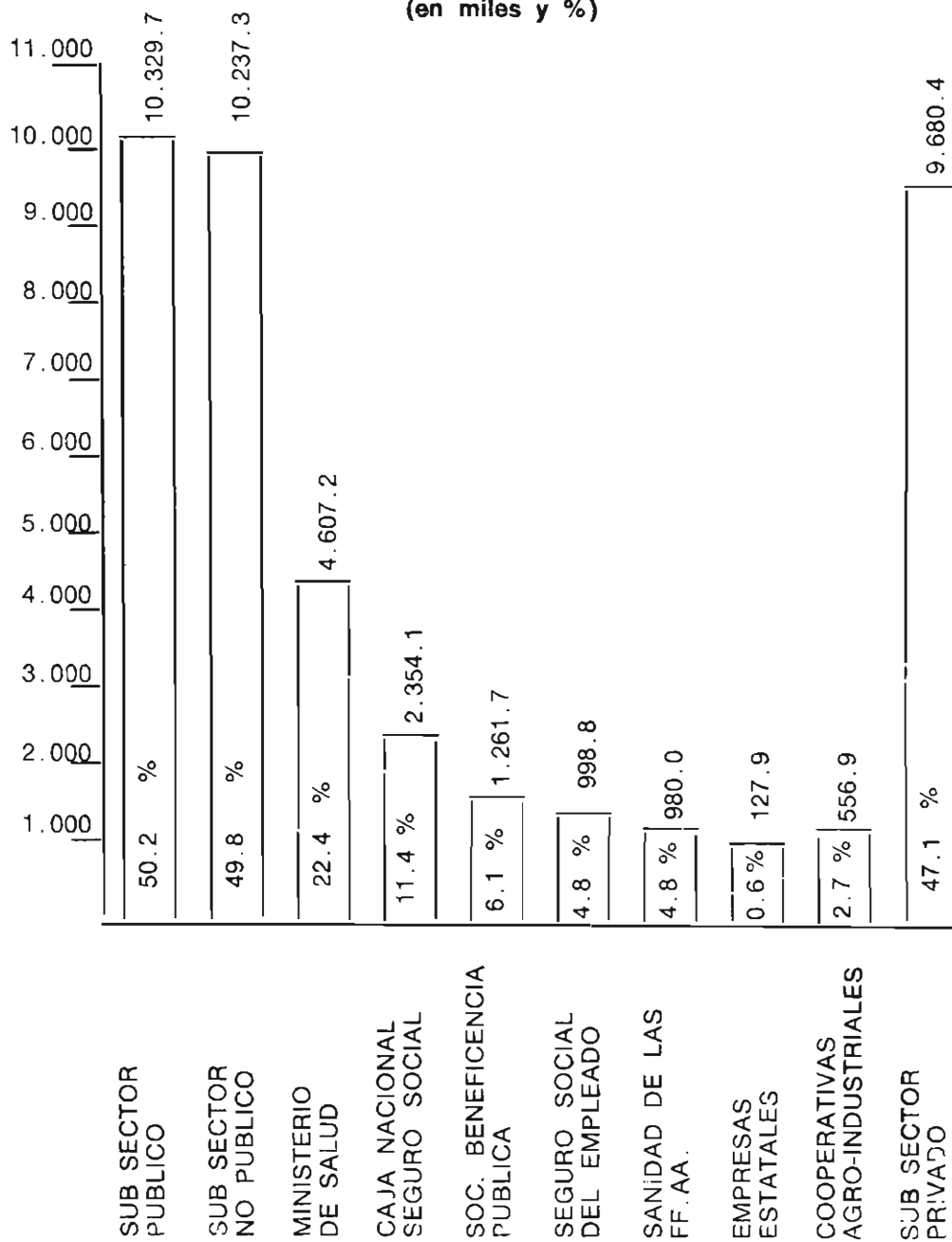
Puede decirse que en el bienio los gastos totales en salud para el subsector público son casi del orden de los 8,000 millones de soles, lo cual significa un promedio de 570 soles al año por habitante.

**PRODUCCION DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR SUB SECTORES
E INSTITUCIONES: PERU 1972**
(en miles y %)

Egresos en Miles



**PRODUCCION DE CONSULTA MEDICA POR SUB SECTORES
E INSTITUCIONES: PERU 1972**
(en miles y %)



Producción de egresos hospitalarios por subsectores e instituciones en 1972.

Por ejemplo, exponemos la producción de articulados en el subsector público.

El subsector público	70.6
El subsector no público	19.3

En el subsector público tenemos las siguiente cifras por hospitalización:

Ministerio de Salud Pública	47.1%
Sociedad de Beneficencia Pública	11.8
Seguridad Social	15.4
Fuerzas Armadas	4.8
Empresas Estatales	2.6

ENJUICIAMIENTO

- 1.— La atención está concentrada en las zonas urbanas, quienes absorben la mayor parte de los recursos generales.
- 2.— Las facilidades de atención urbana concentran los recursos humanos y financieros.
- 3.— La población rural está todavía desguarnecida y el 30 por ciento de la población del país, fundamentalmente de esas zonas, no recibe jamás atención médica ni obstétrica.
- 4.— La medicina preventiva se encuentra en sus inicios y se están introduciendo paulatinamente programas coordinados desde los diversos sectores del subsector público.
- 5.— La salud pública no depende exclusivamente de las acciones del Ministerio respectivo. No hay todavía, programas adecuadamente coordinados entre los diversos sectores del subsector público.
- 6.— El número de camas, los recursos humanos, los recursos financieros, son todavía insuficientes. Habría que adecuar una mejor integración entre los programas de recursos humanos y los programas sanitarios.
- 7.— El sector de salud debe estar informado porque su costo es cada vez más alto y sobrepasa las posibilidades individuales.
- 8.— La actividad rural se coordina adecuadamente con la política de salud.
- 9.— Los recursos económicos en el campo sanitario ponen de manifiesto que aún estamos en situación del país en vías de desarrollo; la mentalidad polimorfa de la población hace muy difícil tener un criterio uniforme respecto a las necesidades económicas.

ECONOMIA Y MEDICINA EN LOS CENTROS ASISTENCIALES

DR. LUIS A. UGARTE.

Nos referimos al hospital como la institución cuyo objetivo fundamental es dar a la población atención médica integral, es decir, promoción de salud, prevención y tratamiento de enfermedades y rehabilitación de inválidos.

La eficiencia del hospital, es decir su aptitud para dar atención médica eficaz y económica, depende, en gran parte, de su adecuada organización.

"Uno de los más importantes y difíciles problemas que enfrenta toda organización compleja —dice Georgopoulos— es el de su coordinación interna". El hospital presenta, al respecto, particulares dificultades. El autor citado hace notar que "el trabajo en el hospital es grandemente diferenciado y especializado y de carácter altamente interdependiente. Se realiza por un gran número de personas que han de cooperar y cuyos antecedentes, educación, entrenamiento, habilidades y funciones son tan diversas y heterogéneas como puede encontrarse en las más complejas organizaciones existentes... Por esa extensa división del trabajo y su consiguiente especialización, prácticamente cada persona en el hospital depende, para desempeñar su propio papel en la organización, del trabajo de otra u otras personas".

Un estudio completo de la economía en el hospital sólo puede hacerse por un equipo de personal especializado en auditoría hospitalaria.

Ahora sólo puedo presentar, a título de ejemplo, muy pocas observaciones de algunas características de hospitales. Los datos nos han sido gentilmente proporcionados por la Oficina Sectorial de Planificación en Salud.

Disponibilidad y uso de camas.— La utilización de las camas es uno de los aspectos que debe observarse al estudiar la economía del hospital. En los hospitales dedicados a enfermedades de corta duración, uno de los índices de apreciación es la permanencia promedio de los pacientes. Ella refleja la celeridad con que se hacen las investigaciones necesarias para el diagnóstico y la premura con que se procede a dar el tratamiento integral indicado y no solamente sintomático.

En el Cuadro Nº 1 figuran esos datos en los 4 hospitales que nos sirven de ejemplo. La cifra 25.6 días de permanencia que se ve en uno de los hospitales, se considera generalmente elevada.

Otro índice es el grado de utilización de las camas disponibles, ya que la desocupación de camas no disminuye los gastos generales ni de sueldos del personal, elevándose así el promedio de costo de la atención. Las cifras 0.45 y 0.56 que se ve en dos de los hospitales, son muy bajas.

Composición del personal.— El rendimiento económico del hospital depende también de la composición y número de horas disponibles del personal profesional, técnico y auxiliar. En el Cuadro Nº 2 se ve esa composición numérica y la relación porcentual del personal asistencial con el administrativo y de servicio. Hay que observar principalmente la relación numérica de enfermeras por médico que revela un déficit de enfermeras. En el hospital de Tarapoto hay dos médicos por una enfermera. La relación auxiliar por enfermera ratifica ese déficit de enfermeras diplomadas. En el hospital de Tarapoto 11.3 auxiliares por enfermera.

A este respecto nos atrevemos a opinar que es necesaria una profunda reorganización en la formación y utilización del personal de atención médica.

La complicada tecnología de la medicina actual ha obligado a tecnificar a la enfermera y alejarla del cuidado corporal y psicológico del paciente, que ha sido el motivo inicial de creación de la enfermería como profesión paramédica.

Las escuelas de ciencias médicas, en general, no han sabido adecuarse a la transformación creciente de la medicina, de arte en actividad predominantemente científica y técnica y no han orientado ni diversificado la formación de profesionales para adecuarlos a las necesidades cambiantes de la atención médica.

En los pocos contactos que he tenido últimamente con el hospital, me ha parecido percibir la inadecuada ocupación de la enfermera en abrumadoras labores de escritorio, que tal vez podrían desempeñarse con más eficiencia por secretarías médicas especialmente preparadas. Parece también necesario preparar a las actuales enfermeras profesionales más adecuadamente para que desempeñen actividades técnicas y a las auxiliares de enfermería para dar cuidados corporales y psicológicos a los pacientes.

En las gráficas 1 a y 1 b se aprecia mejor la relación porcentual del personal asistencial y la de éste con el administrativo y de servicio. El 76 % de auxiliares de enfermería, en contraste con el 6.7 % de enfermeras que se ve en el hospital de Tarapoto, es evidentemente inconveniente y hace pensar que actividades que requieren la preparación científica y técnica de la enfermera, estén siendo desempeñadas por auxiliares carentes de esa preparación.

Relación personal cama.— La relación numérica entre el personal y las camas disponibles tiene también significación en la economía y eficacia del hospital. En el Cuadro N° 3 se puede ver que en Tarma 1.1 personas trabajan en el hospital por cada cama disponible; 1.3 en el Callao; 1.8 en Tarapoto; y, 2.0 en Puno. Que hay 6 camas disponibles por médico en el hospital del Callao; y, 13 en el de Tarma; 6.3 camas por enfermera en Puno y 15 en Tarma; 1.6 camas por auxiliar de enfermera en el hospital de Tarapoto y 4.3 en el del Callao. Que cada médico ha dispuesto de 42 minutos por enfermo día en el hospital del Callao; 2 minutos en el de Tarma; cada enfermera 39 minutos en este mismo hospital y 1 hora 4 minutos en el de Puno; cada auxiliar 1 hora 24 minutos en el Callao y 2 horas 12 minutos en el de Tarapoto. Por último, cada médico ha asistido a 71.3 personas en el año en el hospital de Tacna y 240.9 en el de Tarma.

Distribución de los fondos disponibles.— En la gráfica 2 se observa la distribución de los fondos disponibles entre las remuneraciones al personal y a los bienes y servicios. En los cuatro hospitales observados, las remuneraciones pasan del 72 %. Cuando la proporción utilizada en bienes y servicios es muy baja, debe sospecharse que no se está disponiendo de los recursos materiales necesarios para una buena atención médica. En el Cuadro N° 4 se puede ver los fondos disponibles para cada uno de los cuatro hospitales y su distribución en remuneración al personal y bienes y servicios.

La gráfica 3 muestra la proporción que del fondo correspondiente a remuneración del personal se empleó en los sueldos de los médicos. La proporción más alta, que es la del hospital del Callao, no llega al 21 %. Llama la atención que la proporción más baja es la de Tarma (10.4 %) a pesar de que la proporción numérica de los médicos, más baja (12.5 %) es la de Tarapoto (gráfica 1 a).

En el Cuadro N° 5 figura la relación entre los fondos disponibles y el número de pacientes atendidos. Cada estancia en el hospital (paciente día) ha costado S/. 58.47 en Puno y S/. 719.84 en Tarapoto. Esto ratifica lo que dijimos respecto a la baja utilización de las camas en el hospital de Tarapoto. Se puede ver también que los médicos han percibido S/. 30.31 por cada paciente día en Tarma y S/. 70.03 en Puno y las enfermeras S/. 19.51 en Tarapoto y S/. 37.94 en Puno. Por último los médicos han percibido S/. 333.62 por paciente atendido en el año en el hospital de Tarma y S/. 1,367.00 en el Callao.

Todas esas cifras carecen de significación estadística, porque no corresponden a una muestra representativa de los hospitales del Perú y por lo tanto no pueden utilizarse como punto de referencia para otros hospitales. Las he presentado únicamente como ejemplos de algunos de los aspectos de la organización y funcionamiento hospitalario que deben estudiarse al tratar de apreciar la eficiencia y economía con que se presta atención médica en un hospital.

Cualquiera que sea la eficiencia de la atención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades será siempre muy costoso, dado el alto valor intrínseco de los locales, instalaciones e instrumental de consultorios, laboratorios, gabinetes, quirófanos, etc., y la diversidad de personal profesional técnico auxiliar, administrativo y de servicio que debe participar en la atención médica a cada persona.

La verdadera economía sólo se conseguirá evitando las enfermedades. Economía que no es sólo monetaria sino de rendimiento social.

CUADRO Nº 1 — DISPONIBILIDAD Y USO DE CAMAS

	Hospitales			
	Callao	Tarapoto	Tarma	Puno
Camas disponibles	764	115	300	126
Estancias	259,829	19,088	61,194	33,165
Promedio de permanencia	25.6	8.7	11.0	9.1
Grado de uso	0.89	0.46	0.56	0.72
Pacientes atendidos (x)	9,997	2,194	5,563	3,645

(x) Estancias/Promedio permanencia

CUADRO Nº 2 — DISTRIBUCION NUMERICA DEL PERSONAL

Personal	Hospitales			
	Callao	Tarapoto	Tarma	Puno
Médico	126	13	23	20
Enfermera	108	7	20	20
Auxiliar	179	79	96	67
Otro	18	5	12	9
Total asistencia	431	104	151	116
Administración y Servicio	575	98	170	136
Total General	1,006	202	329	252
Enfermeras por Médico	0.9	0.5	0.9	1.0
Auxiliar por Enfermera	1.7	11.3	4.8	3.3

CUADRO Nº 3 — RELACION PERSONAL - CAMA

	Hospitales			
	Callao	Tarapoto	Tarma	Puno
Personal por cama	1.3	1.8	1.1	2.0
Camas por Médico	6.0	8.8	13.0	6.3
Camas por Enfermera	7.0	16.4	15.0	6.3
Camas por Auxiliar	4.3	1.6	3.1	1.9
Horas Médico por Estancia	0 h. 42'	0 h. 6'	0 h. 2'	0 h. 31'
Horas Enfermera por Estancia	0 h. 51'	0 h. 44'	0 h. 39'	1 h. 4'
Horas Auxiliar por Estancia	1 h. 24'	8 h. 12'	2 h. 34'	3 h. 1'
Enfermos Asist. por Médico	71.3	168.8	241.9	182.2

CUADRO Nº 4 — DISTRIBUCION DE LOS FONDOS DISPONIBLES

(En Soles Oro)

Remuneraciones	Hospitales			
	Callao	Tarapoto	Tarma	Puno
Médicos	13'348,627	1'245,407	1'245,407	2'322,744
Enfermeras	7'657,818	372,377	1'617,041	1'249,867
Auxiliares	10'248,882	3'012,002	4'701,837	3'470,242
Otro Asistente	1'518,850	382,030	826,975	718,928
Total Asistencia	32'774,177	5'911,816	9'000,915	7'761,781
Administración y Servicio	30'881,545	4'707,776	8'835,937	7'327,432
Bienes y Servicio	23'601,603	3'120,651	6'898,461	4'460,649
Total Presupuesto	87'257,325	13'740,243	24'735,313	19'549,862

CUADRO Nº 5

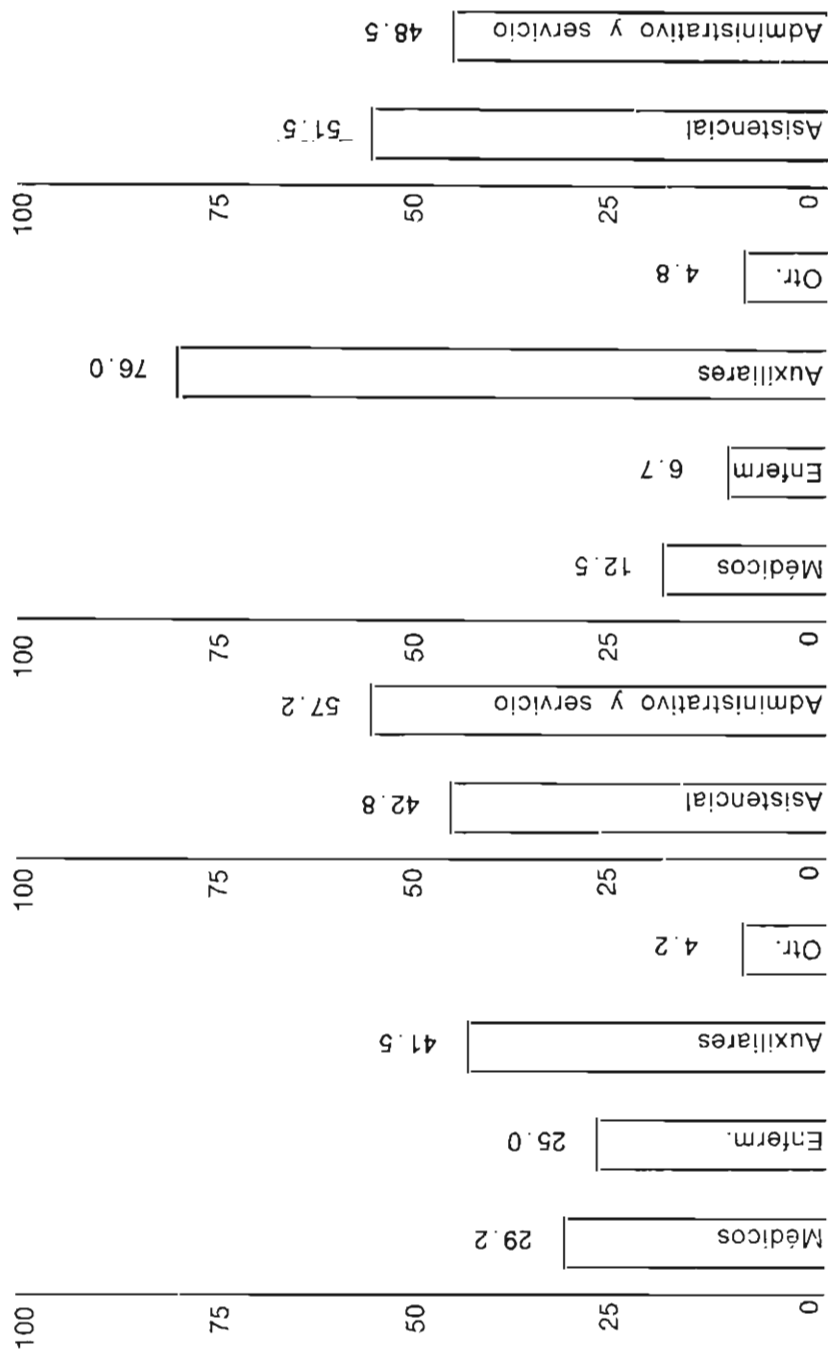
FONDOS DISPONIBLES EN RELACION CON PACIENTES ATENDIDOS

(En Soles Oro)

	Callao	Tarapoto	Tarma	Puno
Fondos - Estancias	347.88	719.84	404.21	58.47
Fondos Pacientes Atendidos	8,941.22	6,262.64	4,446.37	5,309.47
Sueldos - Méd./Estanc.	53.22	65.25	30.31	70.03
Sueldos Enferm./Estanc.	34.52	19.51	26.92	37.94
Sueldos Med./Pacientes	1,367.00	567.62	333.46	630.84

GRAFICA Nº 1 A

RELACION PORCENTUAL DEL PERSONAL

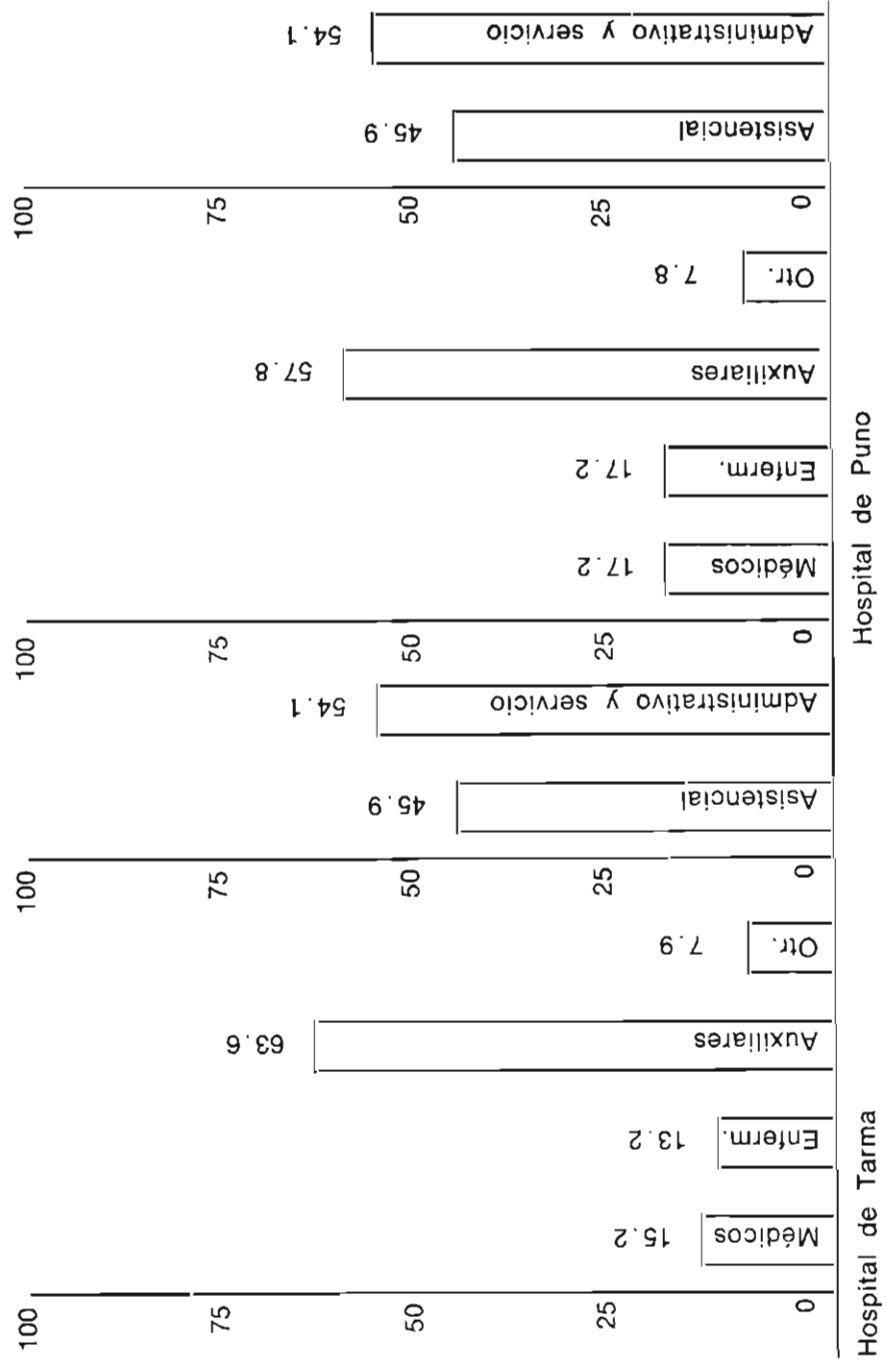


Hosp. H. Unánue, Callao

Hospital de Tarapoto

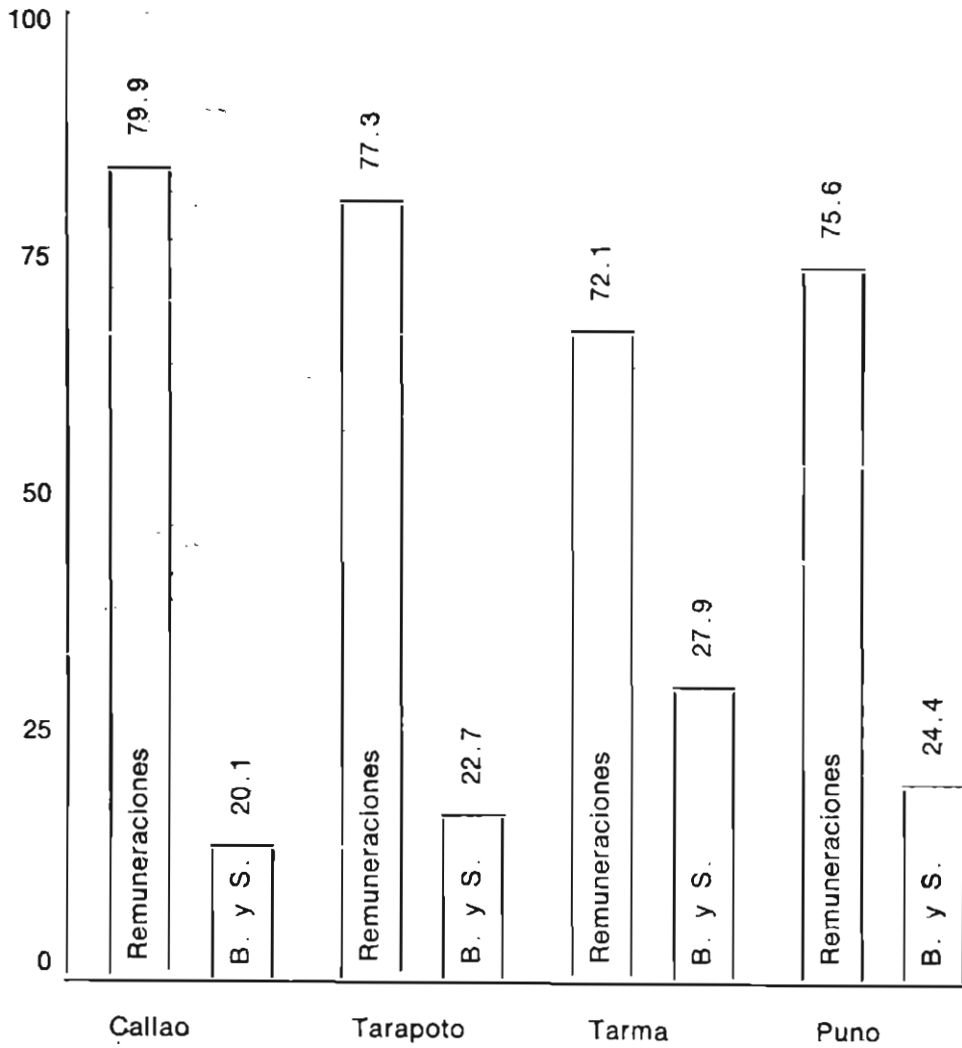
GRAFICA Nº 1 B

RELACION PORCENTUAL DEL PERSONAL



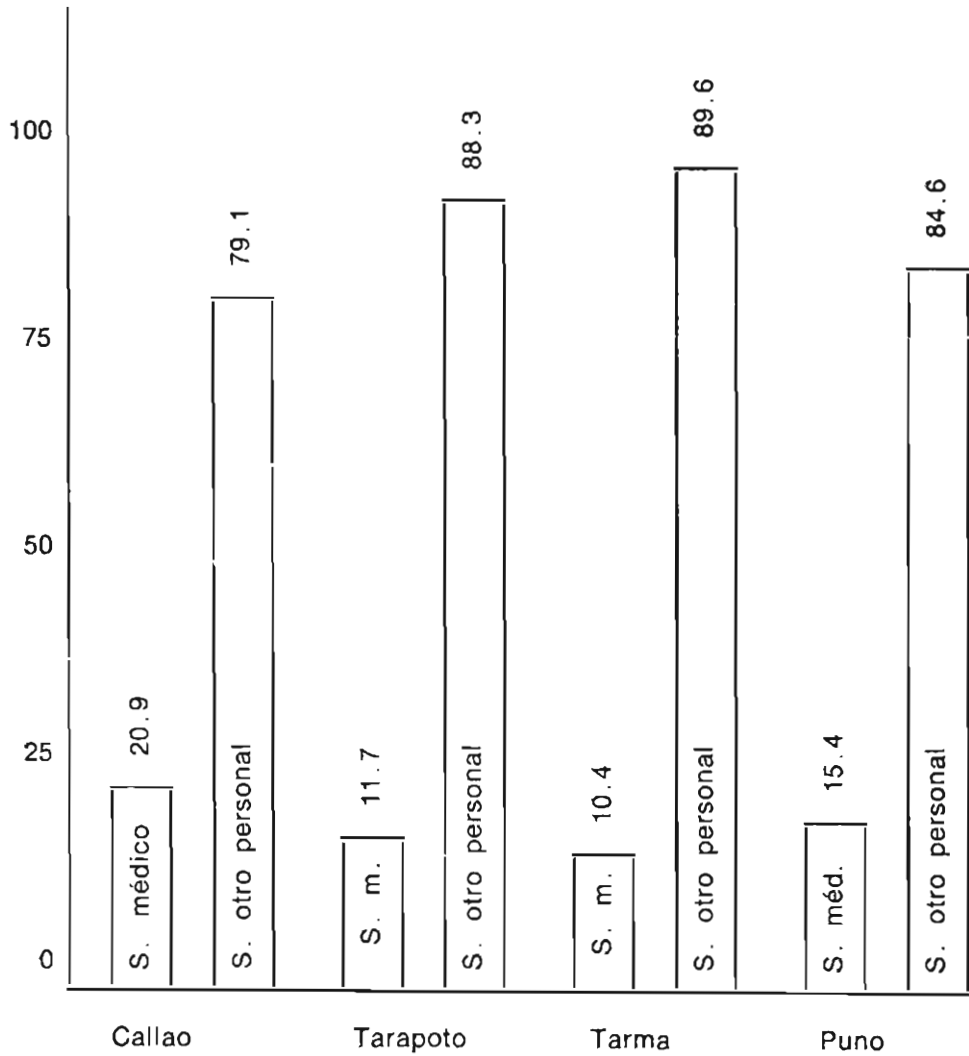
GRAFICA Nº 2

PRESUPUESTO % REMUNERACIONES



GRAFICA Nº 3

REMUNERACIONES % SUELDOS MEDICOS



ECONOMIA Y MEDICINA: EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Por el Dr. Carlos Bustamante Ruíz

Se ha establecido por los participantes en forma clara que nuestra práctica profesional debe ser estudiada en función de conceptos médicos ciertamente, pero económicos asimismo. La Medicina es un servicio público que está asegurado por una profesión libre. Se acepta como hecho real que la medicina se ha encarecido, paralelamente con el costo de la vida. En la industria se admite que si el costo de producción se eleva, el precio del producto debe igualmente subir.

Los factores condicionantes de tal encarecimiento son los mismos de la vida comunitaria, pero importa señalar aquellos que por su especificidad reflejan mejor que otros las razones de tal carestía. Podemos distinguir por ello, factores propios y factores comunes. Entre los primeros mencionamos el progreso de la ciencia, la superespecialización, la tecnificación laboral, la capacitación en trabajo; mientras entre los comunes señalamos la explosión demográfica, la inflación mundial, las contingencias accidentales, los conflictos laborales.

Como consecuencia de lo expuesto, esta medicina cara se ha puesto fuera del alcance del ciudadano trabajador, sea éste manual ó intelectual. La introducción de los equipos de rayos x, electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, etc., etc., explica bien cómo la curva de costos del acto médico puede ascender en forma casi vertical.

De otro lado y aún cuando los Seguros Sociales fueron implantados por Bismarck, en Alemania, en 1880; por Chile, en Latinoamérica en 1924; y, por Perú, en 1936; debemos reconocer que las conquistas sociales no corresponden al capricho ó inspiración de tal ó cual gobernante, sino son consecuencia de un proceso socio-económico que alcanza su madurez a través del tiempo y se concreta en la práctica por presiones en las que a menudo, pugnan el hambre, la miseria, la enfermedad, la muerte. Sin desconocer el mérito personal de haber propuesto o firmado la ley, a tal o cual legislador ó gobernante, que eso corresponde a la historia, debemos admitir que la implantación del Seguro Social Obrero en nuestro medio, en 1936, fue una importante conquista en la lucha por la reivindicación de los trabajadores. Este hospital, en cuyo Auditorio estamos dialogando ahora, costó poco más de 100 millones de soles. El gasto anual total del mismo hospital en el bienio 71 - 72 fue de poco más de 800 millones de soles, como se aprecia en el cuadro adjunto:

CUADRO Nº 1

PRESUPUESTO BIENAL 1971 - 1972

(En Soles Oro)

	Gasto Presupuestado	Gasto Real
Remuneraciones	485'306,200.00	458'845,768.71
Bienes	210'022,100.00	202'967,142.18
Servicios	11'378,500.00	9'412,710.94
Transferencias Corrientes	132'424,000.00	130'795,732.95
Compra de Bienes de Capital Nuevo	53'170,000.00	17'193,964.88
Total	892'300,800.00	819'215,319.66

Rápidamente se construyeron y casi en serie, 17 hospitales, 4 policlínicos y múltiples postas rurales, contribuyendo así al incremento de la infraestructura de Salud del país con casi 3,000 camas propias y una consulta externa dos veces millonaria a la fecha.

En seguida se multiplicaron los cargos médicos y paramédicos y se extendieron las coberturas del Seguro Obrero a nuevas áreas laborales del país, a través de prestaciones contratadas y a nuevos grupos humanos, para incorporar hace poco accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, servicio doméstico, etc., etc.

Paralelamente y a partir de 1950, se crea el Seguro Social del Empleado, se construye el Hospital Central de Lima, con 1,300 camas ahora, luego el de Arequipa, y se está remodelando el de Chiclayo. Se implantó finalmente, desde 1958 la prestación mixta, en la que intervienen médicos propios del Seguro y médicos libres o liberales. Se suman así 3,000 camas a las anteriores y se cubren las plazas con médicos propios y de control, llegando a sumar casi 1,500 profesionales entre los dos Seguros, sobre 8,000 que tiene el país o sea 20 por ciento del gran total.

Es conveniente señalar ahora, para relacionar el gasto con la producción que en 1972, en el Hospital Obrero de Lima se otorgaron, entre otras, las siguientes prestaciones:

CUADRO N° 2

Consultas:

En Consultorios Externos:

Hombres	594,696
Mujeres	155,070
	<hr/>
	749,766

En Hospitalizados:

Hombres	12,893
Mujeres	6,288
	<hr/>
	19,181

Nacimientos:

Hombres	1,170
Mujeres	1,156
	<hr/>
	2,326

CUADRO Nº 3**Promedio de hospitalizados**

Por día	52.5
---------	------

Estancias

Permanencia media: días	15.9
Medicina General	16.3
Cirugía General	15.7
Bronco - Pulmonares	59.2
Psiquiatría	66.9
Gastroenterología	25.3
Cardiología	11.6
Neurología	30.8

Total de estancias	25,726
---------------------------	--------

Porcentaje de ocupación	94.19 %
-------------------------	---------

CUADRO Nº 4

Intervenciones Quirúrgicas	20,293
-----------------------------------	--------

Raciones servidas por el Dpto. de Nutrición:

a hospitalizados	1'016,814
a empleados	180,478

Servicios Auxiliares:

Electrocardiogramas	8,582
Roentgenterapia	2,874
Radioisótopos	2,240
Metabolismos	996
Electroencefalogramas	2,505
Roentgenfotografías	57,263
Análisis Clínicos	592,968

CUADRO Nº 5**Farmacía.—**

Recetas a Pacientes	Externos	Hospitalizados
Específicos	1'027,665	668,419
Fórmulas Magistrales	193,852	94,095
Inyectables	268,059	203,876

Medicina Física.—

Tratamientos	300.077
--------------	---------

Servicio Médico Domiciliario.—

Primera Visita	14,363
----------------	--------

Segunda Visita	8,201
----------------	-------

Servicio Médico Rural.—

Primera Visita	14,703
----------------	--------

Segunda Visita	9,220
----------------	-------

CUADRO N° 6**Consumo de Agua**

Metros Cúbicos	444,886
----------------	---------

Consumo de Electricidad

Kilowatios	1'504,600
------------	-----------

Consumo de Gasolina

Galones	42,500
---------	--------

Consumo de Petróleo

Galones	401,462
---------	---------

Consumo de Sal

Kilos	479,600
-------	---------

Lavandería

Piezas Lavadas	1'404,913
----------------	-----------

Kilos	878,486
-------	---------

El estudio de los cuadros puede interesar más a los economistas que a los médicos, pero nos importa señalar dos hechos significativos. El primero es la gran dimensión de la cobertura prestada por el Seguro Obrero en el riesgo Enfermedad-Maternidad. El segundo para enfatizar lo que representan en la dinámica asistencial los Seguros Sociales, como protección de grupos humanos, como factores de educación, como centros de investigación y, a partir de épocas recientes, como promotores de salud y centros de prevención.

A propósito de este análisis, pretendemos poner en evidencia, que la medicina moderna ha dejado de ser actividad individual del médico encerrado en su consultorio privado y desvinculado de la inter-relación profesional para convertirse en un trabajo de grupo o equipo, cumplido a cabalidad en los grandes centros asistenciales o en los grupos médicos para la consulta ambulatoria, lo que significa aumentar sus costos para asegurar la calidad del servicio.

No pretendemos ofrecer soluciones porque no es el propósito de este simposio, sino señalar cuán costosos son los avances de la ciencia y de sus aplicaciones médicas. Un microscopio electrónico con un millón de aumentos vale millones de soles. Los trasplantes cardiovasculares y otros, requieren máquinas corazón-pulmón, dializadores, etc., de precio elevado. La tecnificación y el cuidado y mantenimiento de los hospitales modernos representa aumento de costos. En los hospitales de beneficencia donde nos formamos la mayoría de los médicos del país sólo había médicos, escasas enfermeras y algunas religiosas. En este hospital hemos formado, en los últimos 30 años, enfermeras, dietistas, técnicas en laboratorio, bibliotecarias de historias, clínicas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y programado múltiples cursos de capacitación en servicio. Nuestros hospitales disponen ahora de este tipo de personal paramédico altamente calificado. Naturalmente nuestros costos se han elevado entre otras, por esta razón.

Veamos otro aspecto interesante de este problema. En 1941 cuando empezamos a trabajar en este hospital, los pacientes en el Servicio de Bronco pulmonares se distribuían en 90% de casos agudos y 10% de casos crónicos. En 1965 esa distribución era de 50% para cada grupo. Señalo el ejemplo para anotar la prevalencia de las enfermedades crónicas como consecuencia de los mismos progresos de la medicina y además, porque como es lógico nuestros asegurados han envejecido, en cifras crecientes con la industrialización del país y la explosión demográfica. Actualmente descargamos enfermos crónicos en clínicas privadas y el número de camas ocupadas por esos pacientes, con estancias prolongadas, sobrepasa, con mucho, el total de camas de este hospital. Es como si tuviéramos grandes listas pasivas que representan gastos elevados por tiempo prolongado.

Recordemos ahora el cuadro presupuestal donde se puede apreciar que el gasto real de este hospital fue de 819 millones de soles y que el pliego por remuneraciones personales ascendió a 458 millones o sea el 56%. Y esto a pesar que los sueldos están congelados hace 7 años. No es que el personal gane mucho, sino que la mecánica laboral en un hospital moderno requiere mucho personal. Al crecer el número de asegurados crece, obviamente el costo de su atención. Esa atención se atreve ahora a proezas quirúrgicas que hace cinco lustros no se imaginaban, pero que requieren un gasto hora-hombre y de equipos modernísimos muy onerosos. Empleamos medicinas de precios muy altos, con las que salvamos vidas que antes se perdían. La medicina de rehabilitación, a través de un complejo proceso de equipo restaura las máximas capacidades residuales reintegrando al incapacitado a la vida activa comunitaria, con estancias prologandas y penosos meses de preparación. El costo de prótesis y ortesis aumenta cada día. Una pierna ortopédica está sobre los 30,000 soles. Un corset tipo Milwaukee está cerca de los 10,000 soles. La biblioteca de un hospital moderno debe recibir no menos de cien revistas médicas de primera clase y adquirir libros de reciente edición para una permanente puesta al día de su personas. Y el resto del personal técnico requiere, asimismo, informa-

ción bibliográfica. El servicio de fotografía clínica del hospital debe registrar evidencias fotográficas en colores, de pacientes, regiones anatómicas, tumores, etc., así como películas para el estudio de las funciones vitales.

Las unidades de cuidado intensivo son costosas, no sólo por el precio de los equipos, sino por el personal permanente y entrenado que requieren.

Los Seguros Sociales pueden soportar este gasto. Lo han venido soportando hace ya 30 años. La pregunta que surge, como médicos responsables o como pacientes agradecidos o descontentos, es cuán bueno es el servicio?. O mejor dicho, corresponde la calidad del producto a lo que se paga por él? Esta pregunta se viene planteando desde los días de Bismark. Y las respuestas dejarán siempre razonables márgenes de duda acerca del problema mismo.

Ensayemos una interpretación, por nuestra parte, aunque convencidos del derecho de cada quien, a discrepar o convenir con nuestro punto de vista.

El acto médico se ha cumplido, en la medicina tradicional, como un diálogo reservado de médico paciente, en la intimidad del consultorio privado, que lo tornaba casi en una confesión y respetando el derecho del enfermo al secreto de las cosas sagradas. El secreto profesional aparece, así los hechos, como el instrumento moral que concede la suprema jerarquía dentro de los valores del espíritu, a la práctica médica a través de los milenios, desde los lejanos días de la Escuela de Cos. Es una confianza que se entrega a una conciencia, como lo expresara, bellamente, Luis Portes.

Esa práctica privada, confidencial, donde se refugiaba el pudor de la mujer o el sentimiento de culpa del pecador, se ve bruscamente puesta al desnudo, en forma pública, en la medicina hospitalaria, no sólo de los Seguros por cierto, sino de los Centros asistenciales todos, donde la visita médica representa el movimiento casi procesional de una masa humana, integrada por dos o tres médicos, la enfermera, la dietista, las distintas terapistas, los residentes, los internos, la trabajadora social y otros más.

La Historia Clínica, documento personal y privado y el tesoro máspreciado de la medicina individual o de grupo, está al alcance de todo el que se interese en leerla. A ella penetran médicos, especialistas, personal paramédico e incluso administrativo. Ocurre y eso forma parte del sistema, que las solicitudes por reclamos o derechos a descansos denegados o por pretendidas fallas del tratamiento, llevan informes completos sobre la patología del paciente, a la discusión en el sindicato o en las diversas oficinas administrativas de la organización.

La libre elección del médico por el enfermo es otro de los pilares de la medicina tradicional. Como es obvio, esto no se cumple, en manera alguna, en los hospitales públicos y de los Seguros Sociales. El paciente será atendido por el médico al que corresponde la cama que ocupa o el consultorio al que se le asigna. Es bien cierto que en esto de la libre elección ocurre, en la práctica que aunque el paciente tuviera la facultad de elegir, sus fuentes de información acerca de la calidad de los médicos disponibles serían mínimas, por su limitada capacidad para penetrar en el mundo de los auténticos valores profesionales. Es conocida en este sentido, la eficacia de la auto-propaganda médica proyectada a los profanos con desmedro de la auténtica jerarquía de los valores profesionales.

La libertad de prescripción es la tercera gran conquista del libre ejercicio profesional. En este aspecto encontramos más en boga cada día los ahora conocidos petitorios de farmacia de hospitales diversos y significativamente en los Seguros Sociales. ¿Cuánto atentan estos petitorios contra la libertad de prescripción? Somos tes-

tigos que en este hospital, por ejemplo, funciona un Comité de Farmacia, como parte del Cuerpo Médico y que ese Comité se encarga de confeccionar el petitorio y adecuarlo a las necesidades de los enfermos. Con lo cual, aparentemente, entran al petitorio los medicamentos útiles y convenientes. Aparentemente, porque el petitorio, cualquiera sea la expresión eufemista con que se le nombre, representa una limitación de la libertad de prescripción. Sabido es que en cualquier sistema de Seguro, el fundamento del éxito económico consiste en que los más paguen por los menos, o dicho en otras palabras, que los sanos paguen por los enfermos.

Paralelamente se trata que los menos sean los menos numéricos posibles. El consumo de medicamentos, en el cual puede confundirse, es cierto, uso y abuso, es un buen renglón para prácticas económicas.

Recientemente se ha introducido en los hospitales oficiales y del subsector público independiente el uso de las llamadas Medicinas Básicas. Se trata de remates por licitación de gran número de específicos de uso diario. La empresa vendedora se asegura la producción total del medicamento X por el lapso de un año, lo que le permite reducir los costos. Teóricamente, el empleo de medicamentos básicos es una buena política de abaratamiento de costos. En la práctica, será buena en la medida en que se asegure la óptima calidad del producto, que contenga las cantidades mencionadas y que se trate de sustancias químicamente puras y que llenan las especificaciones técnicas.

Finalmente y como complemento de los privilegios médicos anotados, llegamos al candente problema de los honorarios médicos. Es tal vez la conquista mayor de la medicina tradicional, el derecho del médico a fijar el monto de sus honorarios. En nuestro medio se considera que los médicos de los Seguros Sociales ganan, conjuntamente con los médicos militares, los salarios más altos. Sabido es asimismo que los médicos de ambos Seguros, rinden ahora, una jornada laboral de 8 horas diarias. Con lo cual se restringe grandemente sus disponibilidades para la práctica privada, estando incluso, los médicos del Seguro del Empleado, prohibidos de atender empleados asegurados.

¿Puede un salario médico, como los que pagan nuestros Seguros, recortar el horizonte económico de los médicos, que compiten en una comunidad donde la medicina liberal tiene todavía carta de ciudadanía? ¿Es posible, de otro lado, extender el sistema de los Seguros a grupos cada vez mayores de la población, con lo que a poco no quedarán pacientes para el libre ejercicio, por lo que el 100% de los médicos habrán de afiliarse al Sistema para sobrevivir o vivir decorosamente dentro de una sociedad con una economía presunta capitalista?

Estas preguntas corresponden a situaciones creadas en países diversos y en el nuestro, propiamente y han representado pugnas y huelgas increíbles, con positivos avances de la medicina socializada y pérdida gradual y continua de los privilegios de la medicina liberal. Es casi anecdótico referir el hecho que al perder Francia la Alsacia y la Lorena en la guerra franco-prusiana de 1870, estas provincias redentas fueron incorporadas al régimen de Seguro Social de Bismark en 1880. Al ser recuperadas por Francia, tras la victoria en la Gran Guerra de 1914, los diputados de esas provincias donde imperaba el Seguro Social, presentan sucesivos proyectos de ley para la implantación del Seguro Social en Francia, los que no son aprobados sino en 1924, ley que será modificada y completada en abril de 1930, después de varios vaivenes del proyecto entre el Senado y la Cámara de Diputados sometidos a la incesante presión de los médicos.

En Suecia, país donde la Seguridad Social ha hecho conquistas extraordinarias, cada año, algunos centenares de enfermos mentales salen del manicomio de Beckomberga y de los demás hospitales psiquiátricos para ir a pasar una temporada

de vacaciones a Italia, acompañados por médicos y enfermeras. Los gastos son cubiertos por los servicios de asistencia social. También los artríticos pueden pasar las vacaciones, gratuitamente en países de clima más cálido. Casi todos los meses sale de Estocolmo un avión "charter" para transportar a Mallorca a los suecos que sufren procesos reumáticos.

En Italia, de otro lado, el Seguro Social a través de las Mutuales ha soportado y soporta presiones económicas fantásticas por parte de pacientes y médicos habiendo llegado estos últimos a cobrar por honorarios 20 millones de liras mensuales, atendiendo pacientes a razón de 20 por hora y en jornadas de 10 a 12 horas diarias. Puede deducirse de lo anterior en qué clase de medicina se ha convertido la de las Mutuales.

En todo caso, mucho de lo expuesto son las características de un proceso de transformación que afecta al mundo civilizado y que tiene fisonomía propia según se trate de un país desarrollado o en desarrollo. En los países no alineados y subdesarrollados, entre los que está el Perú, hay necesidad de extender los servicios de Salud a los mayores núcleos humanos.

A los Seguros Sociales se les impugna que representan un tipo de medicina deshumanizada y cara. Hemos intentado demostrar, que por sus progresos científicos y técnicos, la medicina en sí, oficiando ya no en oratorios privados sino en los sagrados templos que son los hospitales modernos, se ha deshumanizado, alienado y encarecido. Pero es bien cierto, que por obra y gracia de ese progreso tecnológico el hombre hoy tiene una vida promedio de 73 años y que muchas enfermedades están agonizando. No hemos venido a discutir aquí si se debe o no extender el Seguro Social a tal o cual grupo de población o si la práctica médica liberal es superior a la socializada ni tampoco a especular sobre el aumento o disminución de las vocaciones de los jóvenes según se trate de una u otra clase de práctica médica. Simplemente hemos querido señalar que los beneficios o inconvenientes del Seguro Social, no se traducen en mayores o menores costos, que eso es consecuencia del fenómeno socio-económico universal que llamamos inflación, que puede corresponder a exceso de burocracia, lo que no es potestativo de los Seguros sino del modernismo. Permitaseme recordar que el Plan Beveridge de Seguridad Social en Inglaterra representó en cierto momento una relación 1:3:1 o sea tres intermediarios entre el médico y el paciente por lo que encareció en grado sumo y sólo pudo sobrevivir a la crisis cuando esa relación se redujo a 1:1:1.

En el proceso de encarecimiento del acto médico hemos de conceder lugar de privilegio a la investigación. Pareciera que en nuestros hospitales, que representan la atención de casi el 50% de los habitantes, se aceptara con resignación digna de mejor causa, que la vida debe seguir sus derroteros por los caminos de la rutina y del adocenamiento. No hemos visto, en los presupuestos consultados una sola partida para la investigación. Los conversatorios clínicos y las conferencias y cursillos que se desarrollan a menudo, en nuestros hospitales no constituyen el más ligero intento de investigación. Es cierto que la investigación es función de la universidad pero también lo es, que los hospitales son, en cierto modo, proyecciones de las escuelas médicas, donde la comunidad se ofrece, como elemento de estudio, para la investigación de las grandes interrogaciones que nos hace la vida en el dolor, en la alteración de la salud y de la mente misma. Es de desear que se rompa la inercia y que alguien ponga en movimiento el carro del progreso. Investigar se transforma, como urgencia derivada de nuestras limitaciones de países subdesarrollados, en prioridad N° 1 dentro de los programas de acción de los modernos hospitales, como consecuencia de su condición de templos donde oficia la profesión médica.

He de expresar para terminar esta exposición, en la que hemos visto como la economía invade el Sancta Sanctorum de nuestra otrora mística profesión, mi convicción de que empíricamente o altamente tecnificada, abaratada a través de los Seguros Sociales o encarecida en los esquemas de la práctica liberal la medicina, reducida al eterno diálogo médico-paciente, sobrevivirá como lo ha hecho hasta ahora a todas las contingencias, para seguir al servicio de la causa del hombre, especialmente en el dolor, la angustia o la muerte y mantenerse fiel a sus más nobles tradiciones.

SESION DEL DIA 23 DE NOVIEMBRE DE 1973

Presidencia del S.A. Dr. Jorge Voto Bernal

Con la concurrencia de los SS.AA. Vitaliano Manrique, Peralta Aurelio, Ricardo H. Cornejo, Jorge Avendaño, Guillermo Pezet Miró Quesada, Carlos Lanfranco, Luis D. Gutiérrez, Javier Arias Stella, Baltazar Caravedo y del Secretario Permanente A. Dr. Carlos Bustamante Ruiz.

El Sr. Presidente expresó su complacencia porque se daba comienzo en esta reunión a la contribución de los SS.AA. Correspondientes Nacionales, con el trabajo elaborado por el Dr. Javier Llosa García, de Arequipa. Elogió la labor asistencial, docente e intelectual del distinguido colega Dr. Llosa García y le invitó a ocupar la tribuna.

El S.A. Dr. Javier Llosa García presentó un extenso y meditado estudio sobre "El problema de la salud en el Perú: lineamientos para su solución", ilustrado con gráficas y estadísticas, cuya publicación se ha hecho en Acta Médica, revista del Colegio Médico del Perú.

El Dr. Llosa García fue muy felicitado al término de su comunicación, la que fue seguida de un interesante debate.

JUNTA DIRECTIVA

1973 — 1974

Presidente : Dr. Jorge Voto Bernales C.

Vice-Presidente : Dr. Javier Arias Stella

Secretario Permanente : Dr. Carlos Bustamante Ruiz

Secretarios Anuales : Dr. Pablo Mori Chávez

Dr. Augusto Mispireta D.

Tesorero : Dr. Guillermo Pezet Miró-Quesada

Bibliotecario : Dr. Vitaliano Manrique

Vocales : Dr. Jorge Avendaño Hubner

Dr. Oscar Soto

RELACION DE ACADEMICOS

ACADEMICOS HONORARIOS:

Dr. Guillermo Almenara

ACADEMICOS TITULARES:

Dr. Alberto Hurtado

Dr. Pablo Mori Chávez

Dr. Oscar Soto

Dr. J. O. Trelles

Dr. Rodrigo Franco

Dr. Jorge Voto Bernales C.

Dr. Jorge Avendaño Hubner

Dr. Darío Acevedo

Dr. Juan F. Valega

Dr. Eduardo Pérez Aranibar

Dr. Alberto Guzmán Barrón

Dr. Héctor Villagarcía

Dr. Rafael Alzamora

Dr. César Delgado

Dr. Enrique Cipriani

Dr. Javier Arias Stella

Dr. Carlos Bustamante Ruiz

Dr. Humberto Aste

Dr. Ernesto Delgado Febres

Dr. Luis Darío Gutiérrez

Dr. Aurelio Peralta

Dr. César Merino

Dr. Vicente Zapata Ortiz

Dr. Guillermo Pezet Miró-Quesada

Dr. Carlos Monge Cassinelli

Dr. Enrique Fernández

Dr. Vitaliano Manrique

Dr. Ernesto Bancalari Rodríguez

Dr. Augusto Mispireta

Dr. Ricardo H. Cornejo

Dr. Andrés Rotta

Por Incorporarse:

Dr. Hernán Torres

Dr. Gino Costa Elice

Dr. Juan Phillips

Dr. Manuel Salcedo F.

Dr. Carlos Lanfranco

Dr. Carlos Peschiera

Dr. Carlos Muñoz T.

ACADEMICOS ASOCIADOS

Dr. Tobias Bravo	Dr. Baltazar Caravedo C.
Dr. Guido Batillana	Dr. Fernando Reusche
Dr. Germán Garrido Klinge	Dr. Jorge de la Flor V.
Dr. Octavio Mongrut	Dr. Dante Peñaloza
Dr. Julio Muñoz Puglisevich	Dr. Luis Pinillos G.
Dr. Teobaldo Pinzás	Dra. Sussy Roedenbeck
Dr. Carlos Subauste	Dr. Fernando Castillo
Dr. José Gálvez Brandon	Dr. Alberto Cazorla
Dr. Napoleón Zegarra Araujo	Dr. Roger Guerra García

MIEMBROS CORRESPONDIENTES NACIONALES

PIURA:

Dr. José Gálvez Gálvez
Dr. Luis Ginocchio Feijóo
Dr. Cromwell Vasallo Figueroa

CHICLAYO:

Dr. Carlos Nakagawa N.
Dr. Juan Aita Valle
Dr. Daniel Castro Valdivia

HUANCAYO:

Dr. Emilio Marticorena Pimentel
Dr. Carlos Showing Ferrari
Dr. Florencio Castillo Quispe

TRUJILLO:

Dr. Jesús Bendezú Prieto
Dr. Víctor Paredes Sánchez
Dr. José Uceda Pérez

AREQUIPA:

Dr. Javier Llosa García
Dr. Félix Lazo Taboada
Dr. Félix Náquira Vildoza

ICA:

Dr. Víctor Villagarcía Blondet