

STIUACION ECONOMICO SOCIAL DEL MEDICO EN AMERICA

ANTONIO MEZA CUADRA Y RAFAEL BENDEZÚ JIMÉNEZ *

INTRODUCCION

El ejercicio de la profesión médica no escapa a la evolución que las diversas esferas de la actividad humana experimentan. Los ideales y postulados esenciales, delineados en la etapa del apogeo de la cultura griega y contenidos en el juramento hipocrático, se mantienen inalterables; es más, sirven como meta permanente en el ejercicio médico y le crean un sustento filosófico sin el cual la etapa de la concepción mágica no hubiera sido superada. Existe, pues, un cuerpo de doctrina y un proceso de evolución permanentes que apuntan a una meta común, a todas las disciplinas, a todas las actividades: el Hombre.

En este proceso de evolución general el ejercicio de la Medicina ha seguido un curso generalmente paralelo a los cambios histórico-sociales. La Medicina, cuando dejó de ser una actividad esotérica, fue sucesivamente influenciada por las concepciones naturistas, escolásticas, positivistas, liberales, humanistas, antropológicas. El Médico fue por eso un mago, alguna vez fue Apóstol, hoy tiende a ser un trabajador social. Y, finalmente, la salud, derecho privativo hasta etapas históricas muy recientes, deviene en patrimonio colectivo. En la medida en que esta rápida visión sea valedera se puede asumir que estamos más cerca de alcanzar los viejos ideales de la profesión, y en la medida que sea compartida se entenderá por qué la Medicina no puede ser más un Apostolado ni una actividad liberal, sino una ciencia social al servicio del hombre en uno de sus aspectos que le son más caros: La Salud.

* Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Al delegar la Sociedad en el médico la preservación de la Salud no transfiere sino comparte la responsabilidad y, por lo tanto, debería asumir las obligaciones pertinentes, lo cual no siempre ha ocurrido. Sería realmente aventurado hacer reposar en la profesión médica, en forma aislada, la consecución de las aspiraciones colectivas y sería muy injusto no reconocer que el logro de sus propias metas no se puede alcanzar si las condiciones materiales para su ejercicio no están dadas plenamente.

Al afirmar este concepto pareciera que se estuviera señalando una situación de dependencia. Nada más falso si se ven las cosas con suficiente perspectiva. Existe, nadie debería atreverse a dudarlo, una íntima interdependencia entre las actividades humanas.

Por otra parte, se daría la impresión de otro tipo de dependencia, la relacionada a las condiciones materiales, y esta impresión no debería ser borrada si se es consciente que desde un punto de vista estrictamente económico el rendimiento de un trabajador, sea cualquiera la ocupación que desempeñe, guarda estrecha relación con su estabilidad material, sin la cual la creatividad y productividad, serían inoperantes o intrascendentes.

Podríamos, pues, afirmar sin dubitaciones que dichas condiciones son indispensables aún cuando deliberadamente soslayáramos que el médico se ve presionado por otras necesidades: las necesidades intelectuales.

Los gobiernos han tardado en reconocer estos hechos en América Latina. Si se pasa revista a los acontecimientos que precedieron a la implantación de las mejoras de las condiciones económicas del profesional médico se podría generalizar en el sentido de que: 1º aquellas fueron otorgadas cuando las situaciones eran insostenibles y no ritmaban con el curso de la evolución social; 2º las gestiones fueron realizadas por los organismos gremiales en jornadas típicamente reivindicativas; 3º fueron siempre paliativas; 4º no fueron consecuencia de planificaciones estructurales efectuadas por los gobiernos.

La situación económico-social del Médico en América, guarda estrecha relación con la evolución histórica del ejercicio de la profesión, y ésta, a su vez, está íntimamente conjugada con la dinámica socio-económica de sus pueblos. Este Relato, tiene por objeto no sólo aclarar dichas relaciones, sino tratar de sentar las bases que permitan el logro permanente de las mejores condiciones de trabajo y de vida de quien es uno de los factores más importantes en todo este proceso: el Médico.

EVOLUCION HISTORICA DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN EL PERU

En el Imperio Incaico la medicina alcanzó un notable desarrollo en los aspectos que la Cultura de esa época permitieron. Civilización de tipo monárquico-socialista sin parangón en la Historia, determinó que quienes ejercían una función equiparable a la del médico perteneciera a las clases sociales elevadas, en concordancia con la importancia de su misión. La jerarquización de las actividades del hombre guardó relación con la jerarquización social, lo que determinó situaciones de privilegio sin romper la estructura socialista.

La conquista española, trajo consigo una nueva concepción social que pretendió calcar los moldes de la civilización europea. El resultado fue la implantación de un sistema mixto feudal-burgués. El médico tenía una extracción noble o burguesa alta y estaba animado a impulsos caritativos. Las Sociedades de Caridad, fueron las entidades a las que la Sociedad encomendó o en quienes confió el cuidado de la salud sin otra meta que la actividad asistencial ni otro estímulo que el propio que animaba a los vecinos notables y a los médicos, parte de ellos. El concepto de apostolado tiene sus raíces en esta época. El médico prestaba sus servicios a la Beneficencia gratuitamente; allí atendía a los desamparados de la fortuna, esperando tan sólo el reconocimiento de la Sociedad: era el "Apostol". Poseedor de bienes de fortuna era también miembro de la clase dominante y ejercía su actividad privada en su ambiente social: allí dejaba de ser apóstol.

Este status se mantiene durante toda la época de la Colonia, es apenas modificado en la época republicana y ejerce poderosa influencia hasta épocas muy recientes. Los rezagos actuales de él lo constituyen las Sociedades de Beneficencias que controlan todavía parte de la actividad médica y que, a pesar de las nuevas concepciones sociales no han podido tomar el paso de los tiempos nuevos. Son instituciones anacrónicas y por lo tanto entorpecedoras barreras en el adelanto social.

La incorporación en la profesión médica de elementos pertenecientes a la baja burguesía no alteró sustancialmente el panorama. La carrera médica, como el resto de las profesiones, garantizaba la entrada en los círculos más elevados. Ese era seguramente uno de los más poderosos atractivos. Solucionados los problemas económicos, mal podían los médicos interesarse en estudiar las interrelaciones entre su ac-

tividad y el medio socio-económico. Los gobiernos, apoyados en las Beneficencias apenas si acometían palidamente los problemas de la salubridad en forma racional.

El rápido desarrollo de la ciencia, la presión demográfica cada vez más creciente, la industrialización, las corrientes migratorias a las grandes ciudades, etc.; determinaron cambios en las condiciones del ejercicio profesional y despertaron el interés del Estado para afrontar el problema de la Salud. Sin embargo, hasta épocas muy recientes, los primeros estudios estadísticos serios de la realidad médico-sanitaria, demostraban una caótica situación (Encuesta Médica y Hospitalaria en el Perú, Facultad de Medicina, 1957) (8).

No obstante, una comparación sumaria entre los datos de la encuesta de 1957 y las cifras estadísticas más recientes (1) (4), revelan un incremento favorable en los diversos parámetros, incremento que de ser mantenido en los años venideros permitirán si no un ideal, por lo menos halagadora realidad.

Quisiéramos ejemplificar algunos de estos datos. En 1940 el 60.8% de todos los médicos estaban concentrados en Lima Metrópoli que sólo contenía el 10% de la población del Perú; en 1957, estos datos varían relativamente poco: 72% y 14% respectivamente en 1965.

La relación médico-población era en esa misma ciudad 1/433 habitantes en 1957, mientras que en una provincia del centro del país (Tayacaja) era de 1/115,000 habitantes; en 1963, esta relación es de 1/655 y 1/37,666 respectivamente.

De las 18,665 camas hospitalarias existentes en 1957, con una relación de 21 camas por cada 10,000 habitantes el 49% eran controlados por la Beneficencia; en 1963, estas cifras variaron en la siguiente forma: 21,159 camas, con una relación de 19.8 camas por cada 10,000 habitantes; la Beneficencia controlaba el 35% de todas las camas.

Estas cifras ilustran, aunque sumariamente, en forma incontestable lo que se podría denominar el campo de actividades o el ambiente del ejercicio médico. Dos o tres ejemplos servirán para delinear el panorama del ejercicio profesional en sí. Hasta el año de 1961, existían 3,114 plazas rentadas en toda la República. Estas plazas estaban ocupadas por tan sólo 1,200 médicos. Habían médicos que deambulaban desde 1 o 2 puestos hasta 12 y más. En esa misma época, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, existían 94 tipos de sueldos que iban desde los 472 hasta los 26,435.00 soles.

El análisis detallado de estas situaciones será realizado en acápi-tes posteriores. Deliberadamente hemos incorporado en esta reseña

histórica las cifras mencionadas para demostrar tanto la anárquica situación de hace apenas dos lustros como el sensible mejoramiento de algunos aspectos y para explicar el papel que le tocó jugar a la Federación Médica Peruana frente a estas realidades.

La Federación Médica Peruana fue fundada el 28 de junio de 1947. Si bien los objetivos y principios en los que estuvo inspirada tenían un sello progresista (Carta Médica Peruana) (2), su acción en el campo gremial se concretó a obtener soluciones paliativas frente a situaciones concretas. Su estructura poco democrática determinó que sus cuadros directivos estuvieran controlados por elementos pertenecientes a las clases conservadoras, reacias a propiciar grandes cambios. Existía una trilogía de Instituciones cuyos cuadros directivos estaban conformados por las mismas personas, Instituciones que controlaban toda la situación médica: La Facultad de Medicina, La Federación Médica Peruana, y las Sociedades de Beneficencia.

En 1958, la efervescencia provocada por un conflicto gremial entre la Federación Peruana y el Gobierno, al poner éste en marcha un Hospital de Seguridad Social contra la opinión de las entidades representativas del gremio médico, sirvió para poner de manifiesto la absoluta falta de planificación del gobierno (entre otros aspectos del problema se podría hacer hincapié en que, con el costo del Hospital motivo del conflicto se pudieron construir varios perfectamente adecuados a las necesidades presentes y futuras y que se ponía en marcha un sistema que iba a determinar diferencias aún más saltantes de las que existían en las condiciones del ejercicio profesional), por una parte, y por otra, la penosa situación socio-económica de un sector numéricamente importante de médicos, que determinó que muchos de ellos, desobedeciendo la prohibición de la Federación Médica Peruana de incorporarse a dicho Hospital, mientras no se encontrara una fórmula adecuada, optaran por asumir una conducta antigremial, a fin de resolver sus problemas, mientras otros, en similares situaciones de apremio, siguieron las disposiciones emanadas del máximo organismo gremial. Este fenómeno significó la quiebra de un movimiento sindical en una circunstancia en que su molitica unidad hubiera permitido no sólo la solución del problema particular sino la implantación de las bases que garantizarían la solución del problema gremial en todos sus niveles. Este conflicto, que asumió caracteres dramáticos sin precedentes en la Historia de la Medicina Peruana y que tuvo una resonancia mundial, sirvió pues, para poner al descubierto toda la problemática sanitaria, escamoteada por muchos años por la mencionada trilogía institucional.

Las consecuencias no se hicieron esperar: la Federación Médica Peruana comenzó a ponerse a tono con los tiempos. (Si bien su estructura orgánica no cambió, su dirigencia tuvo una extracción cada vez más democrática) y, asumiendo el papel de organismo sindical, orientó su acción a la conquista de las reivindicaciones gremiales. El 16 de junio de 1961, el Gobierno expedía el Decreto Supremo que establecía el Puesto Único (Anexo 1) y en él se señalaba a la Facultad de Medicina la misión de reglamentar las compatibilidades entre función asistencial y docente, las únicas que aceptaban concomitancia legal. El 1º de febrero de 1962, se expide el Decreto Supremo que establece el haber mínimo, indispensable norma para hacer factible el cumplimiento del primer Decreto (Anexo 2). El 22 de julio de 1965 se expide el Decreto Supremo, que establece la nivelación de haberes, según el principio de "a igual tarabajo igual salario" y con el cual se lograba la secuencia lógica de las conquistas anteriores (Anexo 3). Finalmente, el día 23 de setiembre de 1965, la Federación Médica Peruana acogía en su seno al Cuerpo Médico del Seguro Social del Empleado. La Familia Médica Peruana, unida bajo un mismo organismo y fortalecida por las conquistas gremiales, está en aptitud de proseguir la línea que, a raíz de dolorosos incidentes, había sido delineada.

La Facultad de Medicina, Institución centenaria, cuna de ilustres profesionales y hombres públicos, desenvolvía sus actividades dentro de una concepción eminentemente claustral. Pareciera que el fin más importante que perseguía era la de formar médicos con conocimientos indispensables para afrontar el ejercicio de la profesión como una actividad liberal, desconectada de la problemática socio-económica. Esta conducta se mantuvo vigente durante muchos años. Recién a partir de la década del 50, la Facultad de Medicina empieza a comprender su responsabilidad en los Programas de Salubridad a Nivel Nacional. Una prueba de ello es la Encuesta Médica y Hospitalaria que realizó en 1957, primer estudio serio sobre la materia (7).

A raíz de una situación relacionada con el Gobierno de las Universidades, se suscitan acontecimientos dramáticos en 1961 que obligan a un replanteamiento del problema de la Facultad de Medicina. Las consecuencias inmediatas fueron: 1º la Democratización del Gobierno y de la estructura académica de la Facultad; la implantación de concursos para proveer los puestos docentes; 2º apertura del Programa hacia la esfera social: a) la Facultad es encomendada a reglamentar las compatibilidades en el Decreto Supremo del Puesto Único (1); b) en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud Pública organiza

un programa de Capacitación de Especialistas para cubrir las plazas vacantes y por crearse; c) participación y orientación de diversos programas de Salud Pública; 3) se crean dos Facultades de Medicina en provincias, para atender las demandas regionales y lograr la descentralización del ejercicio y la formación profesional; 4) una consecuencia que estuvo circunstancialmente más relacionada con el conflicto fue la creación de una Facultad de Medicina Privada por los profesores que no compartían los cambios operados en la antigua Facultad. Los roces y situaciones conflictivas que siguieron como una consecuencia comprensible han sido paulatinamente superados y, al igual que los conflictos sindicales, el epílogo, en líneas generales, es alentador.

Las Sociedades de Beneficencia, de antigua inspiración y estructura, que hace apenas 9 años controlaban el 50% de todas las camas hospitalarias, que pagaban inadecuadamente a los médicos que prestaban sus servicios y que ofrecían a la Sociedad una medicina despersonalizada y teñida de un matiz lesivo a la dignidad humana, el de la Caridad, en virtud de los cambios operados en las otras dos instituciones y de las disposiciones sobre el puesto único, el haber vital, y la nivelación de haberes se vieron precisadas a dinamizar sus programas y a mejorar las condiciones del ejercicio profesional. Institución supérstite de concepciones ya superadas, por definición, no podrá sin embargo ponerse a cabal tono con las nuevas concepciones y adelantos.

El Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, creado el 5 de octubre de 1935 sustituyendo a la Dirección General de Salud, empezó a tomar en sus manos la acción gubernamental en pro de la salubridad nacional. Lo exiguo de su presupuesto revela el reducido campo de sus actividades. Concomitante con la evolución descrita en los párrafos anteriores su acción empieza a adquirir una importancia cada vez más creciente. En 1957, controlaba 26 hospitales, o sea el 1.4% del total, mientras que en 1963 esas cifras son: 39 y 37.1% respectivamente.

Esto significa un incremento en el control de la actividad asistencial o expensas de un decremento en el correspondiente a las Sociedades de Beneficencia. En 1952, se crea el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social que deviene en Institución ejecutora a medida que el Ministerio asume una actividad normativa. La delimitación de estas funciones no ha sido aún obtenida en forma completa, pero existen evidencias de que lo serán en un futuro próximo.

El significado de las conquistas gremiales obtenidas en los últimos años, la más clara delimitación de la acción de los diferentes organismos que controlan la Salud y los resultados de los esbozos de planificación para el desarrollo de los programas de Salubridad a Nivel Nacional etc., guardan estrecha relación con la evolución socio-económica del país. Básicamente vigente la macroestructura socio-económica, todos estos cambios evolutivos tocan exclusivamente la microestructura; en consecuencia, son sólo reformistas y pudiera darse el caso de que, solucionado el problema de las mejores condiciones para el ejercicio profesional, el médico deviniese en un ente completamente aislado o apenas marginal en el proceso de transformación nacional. En los años venideros, a medida que se cimenten las conquistas obtenidas, habrá que hacer un replanteo objetivo del papel que le tocará jugar, de manera de encontrar una concordancia entre sus quehaceres individuales, los sustentos filosóficos de su actividad y las aspiraciones de la Sociedad. Mientras que la Salud sea un servicio de compra y venta, sometido a los avatares de la demanda; mientras que en este juego incessante quienes ofertan dicho servicio están en una situación de privilegio y quienes están en la opción de compradores vean limitada su capacidad de adquisición en virtud de su capacidad económica, sea individualmente o a través de organismos mutualistas o de Seguro, esa concordancia no será alcanzada y la Medicina seguiría siendo una profesión liberal y el Médico un mero productor de riqueza.

EL AMBIENTE EN EL QUE SE DESARROLLA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN EL PERU

Algunos Aspectos de la Estructura Económico-Social del Perú

La realidad Económico-Social del Perú mantiene concordancia con su característica de país sub-desarrollado. Esta realidad es similar en casi todos los países latinoamericanos, de manera que, en líneas generales, este informe se nutrirá de datos provenientes del conjunto de países o de algunos de ellos. Los principales caracteres del subdesarrollo son los siguientes (10): 1º Carencia de alimentos; 2º Deficiencias de la agricultura; 3º Ingreso nacional medio y de los niveles de vida reducidos; 4º Industrialización incipiente; 5º Reducido consumo de energía; 6º Situación de subordinación económica; 7º Sector comercial hipertrofiado; 8º Estructuras sociales atrasadas; 9º Escaso desarrollo de las clases medias; 10º Debilidad de la integración nacional; 11º Subempleo; 12º Bajo nivel de educación; 13º Natalidad elevada;

14° Un estado sanitario defectuoso, aunque en camino de mejorar; 15° Tomo de conciencia de la población de las realidades de su situación.

Antes de analizar algunas de esas características quisiéramos hacer notar que en el caso del Perú, las particularidades geográficas de las tres regiones que conforman su territorio y que determinan a su vez diferencias ecológicas, económicas y sociológicas sustanciales, dan un tinte especial al subdesarrollo y contribuyen a ahondar algunas de sus características. La Costa, con 144 mil Km² (11% del total) con una población de 4 millones 113 mil habitantes (40% del total) contribuye a la renta nacional con el 57%; la Sierra, con una extensión de 335 mil km² (26% del total) y con 5 millones 327 mil habitantes (52% del total) sólo contribuye a la renta nacional, con un 37.8% del producto bruto. La Selva, con 806 mil km² es la región más extensa (63% del total), la menos poblada (880 mil habitantes = 8% del total) y la que, siendo potencialmente la más rica, aporta a la renta nacional con un 5.05% del producto bruto.

Carencia de alimentos. Según Lacoste (10) es el síntoma más grave y general del sub-desarrollo. La subalimentación aparece por debajo de las 2,500 calorías y el mínimo extremo para que la población sobreviva es de 1,400 a 1,500 calorías. No se toman en cuenta las eventuales epidemias de hambre, sino aquel tipo de condición que Josué de Castro (4) denomina el "hambre oculta", que, en virtud de la disritmia entre el crecimiento demográfico y el incremento de las fuentes de alimentación pesa cada vez más sobre un mayor número de personas. Si consideramos que las deficiencias de la ingesta calórica van aparejadas a la deficiencia de la ingesta proteica, vitamínica, etc., comprenderemos por qué este material humano es mucho más susceptible a los procesos morbosos y por qué esta característica del subdesarrollo, siguiendo a Lacoste, es la más dramática.

En el Perú, la ingesta calórica promedio es de 1,800 calorías, es decir, existe un déficit promedio del 28% en relación al mínimo deseado por la FAO (2,500 calorías) (10). Los carbohidratos constituyen el 82% de la dieta total de la población campesina. La ingesta proteica es de 10 a 20 gramos de proteínas promedio.

Deficiencias de la agricultura. En América Latina, de los 14 mil millones de hectáreas existentes en su territorio, el 50% son cultivables con métodos de rutina. De estos 7 mil millones, sólo se cultivan 3 mil millones o sea el 20% del total (5). Sin embargo, el 55% de la población se dedica a actividades agrícolas, pero, por las deficiencias de los métodos de explotación de la tierra, la producción es sumamente baja:

Un cultivador norteamericano produce un promedio de 6 toneladas de grano y puede asegurar la alimentación de 15 personas, mientras que en el conjunto de los países subdesarrollados el promedio es de 0.4 toneladas de grano por cultivador. En el Perú este rendimiento sólo puede asegurar la subsistencia de 5 personas (relación proporcionalmente alta debido a la baja ingesta calórica promedio). La raíz profunda de todas estas deficiencias está en el sistema de tenencia de las tierras, el latifundio, la falta de tecnificación, etc., y en el Perú en particular estas condiciones se agravan por las características geográficas ya mencionadas.

Ingreso nacional medio y niveles de vida reducidos. Según los informes publicados por la O.N.U. (10), el 16% de la población mundial disfruta del 70% del ingreso mundial. Inversamente, el 54% de la población menos favorecida debe subsistir con el 9% de dicho ingreso. Ninguna situación como ésta en América Latina para demostrar una conformación piramidal en la estructura socio-económica, conformación que puede repetirse en cualquiera de los parámetros considerados (el vocabulario popular es sumamente descriptivo para definir este hecho, y si su contexto no fuera tan doloroso sería francamente jocoso). En el Perú esta pirámide está conformada de la siguiente manera: 7 mil 500 personas (0.2% de la población general) tiene una remuneración mensual de 20 mil a 120 mil soles; 21 mil 200 (0.6%) gana de 8 mil a 20 mil soles al mes; 65 mil 500 (1.9%) de 4 mil a 8 mil soles mensual; 237 mil (6.8%) de 2 mil a 4 mil y 3 millones 154 mil 200 personas (90.5% del total de la población) ganan 2 mil o menos de 2 mil soles oro al mes. (Instituto Nacional de Planificación: Dirección de Macroeconomía, 1963) (3). (Cuadro A). En América Latina el ingreso bruto per cápita es de 240 dólares; En Estados Unidos es de 1,870. Sin embargo, estas cifras de por sí no orientan adecuadamente para sacar conclusiones sobre los niveles de vida, dada la desigual distribución de la riqueza. Así, por ejemplo, Venezuela tiene un ingreso per cápita promedio de 750 dólares, al igual que Francia, y los niveles de vida son ciertamente diferentes. Por eso resulta necesario apoyarse en otros criterios para hacer una valoración adecuada del nivel de vida de las grandes mayorías: tasas de mortalidad infantil, número de médicos por cada mil habitantes, proporción analfabetos, condiciones de vivienda, niveles de consumo, etc., parámetros que tocaremos en lo que queda del análisis.

Industrialización incipiente. Japón era el único país subdesarrollado en el mundo que escapaba a esta característica (el 22% de su pobla-

ción activa era ocupada por la industria). En América Latina la debilidad de la actividad industrial se refleja en el porcentaje de la mano de obra total empleada en la industria: 17%, contra 37% en América del Norte y 42% en Europa Central. Estos porcentajes no reflejan exactamente la situación real, pues el tipo de industria que ocupa esa mano de obra en América Latina es, fundamentalmente, la industria liviana. Todo el conjunto de países subdesarrollados no producían sino el 3% del hierro colocado y del acero mundiales. Un índice significativo para apreciar la industrialización es el de la utilización de acero por habitante y por año. Francia utiliza 200, mientras que Chile 44, Argentina 34, Brasil 22. No tenemos datos relativos al Perú, pero es presumible que esos índices sean aún más bajos.

Reducido consumo de energía. Como todo país subdesarrollado, América Latina se caracteriza por un consumo muy bajo de energía, a pesar de que dispone recursos energéticos importantes en explotación. Además, esta energía no se encuentra a disposición de sectores amplics de la población y está sobre todo concentrada en las grandes ciudades y en las instalaciones mineras. Esta característica es derivada de la primera y no hemos encontrado datos estadísticos que la ejemplifiquen debidamente.

Situación de Subordinación económica. Por causas históricas complejas la mayoría de los países subdesarrollados se encuentran en una posición de dependencia con respecto a los países desarrollados. Las inversiones que realizan los países desarrollados están orientadas fundamentalmente a la explotación de materias primas. Debido al bajo costo de la mano de obra y al hecho de que los productos manufacturados con esa materia prima reingresan obligatoriamente, los beneficios obtenidos para los capitales de inversión son muy altos, la reinversión es muy pequeña, y los beneficios reales del país subdesarrollado son muy bajos y en algunos casos no existen. (En los últimos 9 años América Latina perdió 10,000 millones de dólares por los precios bajos de las materias primas).

Existe al parecer un verdadero callejón sin salida que estaría configurado por el hecho de que los países desarrollados para mantener su estabilidad económica necesitan exportar sus capitales, mientras que los países subdesarrollados, para salir del subdesarrollo no pueden prescindir del capital foráneo.

La subordinación económica está claramente ejemplificada en el hecho de que en Colombia en 1959 el 80% de su exportación estaba constituida por el café y que una variación en el Mercado de ese pro-

ducto pudo haber alterado seriamente su estabilidad política y económica.

Otro aspecto interesante de esta situación es que cuando el capital procede de organizaciones internacionales está destinado no a crear bienes de capital que modifiquen la macroestructura sino a bienes de consumo o de infraestructura para crear mejores condiciones a la inversión privada. Es más aún, estas inversiones no reproductivas no vienen siempre en dinero sino en créditos o en materiales fabricados cuyos precios son señalados por el prestatario. Todos los países Latinoamericanos son países endeudados, que tienen hipotecado su porvenir a los países desarrollados.

Huelgan más comentarios sobre esta situación, típica del subdesarrollo.

Sector Comercial Hipertrófico. En los países subdesarrollados las actividades comerciales ocupan un sector anormalmente grande de la población activa (27% en América Latina). En vista de que el ingreso nacional de este Sector es mucho más elevado que el de la actividad agrícola por ejemplo, se crea un desajuste importante, que determina no sólo una configuración hipertrófica de la actividad comercial, sino una situación de verdadero parasitismo a expensas del resto de las actividades en conjunto.

Estructura Sociales Atrasadas. La estructura Social de Latino América determinada por la concurrencia de factores históricos, sociológicos y económicos tiene particularidades que la diferencian netamente de la estructura social de los países desarrollados. Así, por ejemplo, la diferencia entre las clases altas y las bajas es casi abismal, lo que crea relaciones sociales que se ha dado en calificar de "semifeudales", con todo su cortejo de peculiaridades (vasallaje, clientela, servidumbre por deudas, aparcería abusiva, sublocación de las tierras por múltiples intermediarios —arrendires, yanaconas, etc.—). En el Perú la pirámide socio-económica delineada en el acápite tercero ilustra esas diferencias abismales y si se acepta que el poderío económico es sinónimo de ubicación social, se comprenderá claramente la siguiente característica del subdesarrollo.

El escaso desarrollo de las clases medias. El reducido volumen de la clase media va aparejado a su reducida funcionalidad. Esta clase distrae un porcentaje importante de sus efectivos en actividades de tipo intermediario, lo que trae como resultado una insuficiencia en los rangos sociales indispensables para toda política de desarrollo. Su importancia en el desarrollo socio-económico como clase en si es pe-

queña. La efervescencia social se nutre de los impulsos populares a pesar de que su dirigencia proviene de esta clase. Este es un fenómeno que no es necesario explicar en este Relato.

La debilidad de la Integración Nacional. Cómo podría existir una poderosa integración nacional sobre pilares tan endeble como los que se han señalado?

Las diferencias geográficas, económico-sociales, culturales, etc., inmodificables unas, sujetas a mejoramiento otras, atentan contra este objetivo. En un plano continental, la integración de América Latina, vigentes todas sus características de subdesarrollo, significaría tan sólo la integración de la pobreza (4).

El Subempleo. En América Latina existe abundancia de mano de obra. En el Perú la población en edad productiva (15-64 años) constituye el 52.86% de la población.

Josué de Castro estima que el problema fundamental del subdesarrollo es la no utilización de dicha mano de obra. En el Perú solamente se utiliza el 55.47% de ese potencial; se configura, pues, así, el subempleo, que entre otros factores causales encuentra su explicación en las corrientes migratorias a las grandes ciudades, aumentando la oferta de la mano de obra. No compete a este Relato pormenorizar las causas de este fenómeno. Las cifras estadísticas consignadas son meridianamente demostrativas.

Bajo Nivel de Educación. El índice de analfabetismo es el que tipifica mejor esta característica. En el Perú este índice promedio para la población de 17 años o más es el 40% (18% en el área urbana y 61% en el área rural). Por otro lado, la educación básica (primaria y secundaria) concebida y planificada como una simple antesala de la educación superior y por lo tanto inadecuada para formar individuos capacitados para afrontar la lucha por la vida, ha determinado en el Perú una artificial situación en virtud de la cual las aspiraciones de los egresados de la Secundaria han ejercitado una presión cada vez mayor en los últimos años sobre la capacidad de absorción de los Centros de Enseñanza Superior. Este fenómeno ha determinado la proliferación anárquica de Universidades privadas y estatales que imparten, en términos generales, una educación deficiente. El Perú en la época en que Mariátegui realizó su magistral ensayo sobre la realidad nacional (13) estaba en camino de convertirse "en la Tierra prometida de teólogos y doctores". A pesar del relativo impulso que ha tomado en los últimos años la educación técnica esta premonición es peligrosamente vigente en nuestra época.

La Natalidad Elevada. Este aspecto, grandemente ilustrativo del subdesarrollo, ha servido a muchos estudiosos para tipificarlo. La natalidad elevada y la reducción de los índices de mortalidad han ocasionado lo que se ha dado en llamar la "explosión demográfica", que, según interpretaciones superficiales, sería causa más bien que efecto del subdesarrollo. El tantas veces citado Josué de Castro (4) (5) tiene una hermosa frase que resume su concepción sobre el particular: "la mesa del pobre es muy exigua, su lecho de amor es muy proficuo".

El incremento bruto de la población en América Latina es del orden del 3% anual. En el Perú está calculada en 3.65% y la tasa neta en 3% anual, lo que significa un incremento de 300,000 unidades al año que determinaría, de proseguir esta curva, que la población del Perú alcance en el año 2,000 la cifra de 23 millones de habitantes. Los neomalthusianistas, al considerar que la explosión demográfica es, si no la causa generadora, por lo menos la que mantiene el subdesarrollo, son los propugnadores de los métodos del control indiscriminado de la natalidad. En realidad, América Latina sólo posee 9 habitantes por km² a diferencia de otros territorios del planeta (24 habitantes por km²). En América Latina este solo dato desbarata la teoría neomalthusiana:

América Latina es más bien un continente subpoblado, con una relativamente alta oferta de mano de obra, utilizada en baja proporción. Una de las soluciones para lograr el desarrollo consiste en utilizar dicha mano de obra creándose una secuencia en el sentido de:

- a) Una mayor explotación de la riqueza;
- b) El mejoramiento del ingreso per cápita y
- c) Disminución de los índices de natalidad. No queremos ser dogmáticos: éste es sólo un aspecto del conjunto de medidas que se tienen que poner en juego para salir del subdesarrollo.

Analizando esta característica del subdesarrollo en sí, debemos hacer hincapié en que la natalidad aumentada determina en América Latina en general y en el Perú en particular, una distribución de la población por grupos de edades en el sentido de que el grupo humano comprendido entre cero y 15 años de edad, constituye el 46% del total (cifras correspondientes al Perú) (3). Somos, pues, no sólo un país subpoblado, sino biológicamente joven.

Un estado Sanitario defectuoso aunque en camino de mejorar. Esta característica está íntimamente vinculada con el ejercicio de la Medicina en los países de América Latina. A pesar de las mejoras espectaculares en los últimos años, las condiciones sanitarias siguen

siendo muy malas en los países subdesarrollados. En el Perú, el 58.7% de la población urbana carece de servicios de agua potable y el 98.5% de la población rural, tampoco la tiene. El 65% de la población urbana no dispone del sistema de alcantarillado y la casi totalidad de la población rural carece de este servicio.

Las deficiencias anotadas y, en un menor o mayor grado, el resto de las características del subdesarrollo, entre las cuales hay que mencionar la subalimentación y el bajo nivel de vida, determinan diferencias notables en los índices de morbilidad, en las causas de mortalidad y en las tasas de la misma, con respecto a los países desarrollados. Así, por ejemplo, la incidencia de la tuberculosis en Estados Unidos de Norteamérica es del orden de 15-20/100,000 habitantes, mientras que en el Perú es de 425/100,000 habitantes. Mientras que en los países desarrollados las causas más importantes de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, los procesos neoplásicos y los accidentes, en el Perú lo son las enfermedades infectocontagiosas. La tasa de mortalidad infantil en algunos países desarrollados ha alcanzado cifras tan bajas que parecen difíciles de ser rebajadas en el futuro (7/1000). En cambio en el Perú esta cifra está cercana a los 100/1000, con un amplio rango que va desde los 182/1000 en algunos departamentos hasta 60/1000 en otros. Se cree además que estas tasas, en algunos casos, podrían ser más elevadas pero que las estadísticas, por sus deficiencias, no las registran. Una consecuencia inmediata de estas características es que el de por sí deficitario número de camas hospitalarias sea ocupada en un 41% de los días-cama por pacientes portadores de enfermedades prevenibles.

Toma de conciencia de la Población de las realidades de su situación. La pasividad relativa que ha caracterizado largo tiempo a los países subdesarrollados fue reemplazada por una conmoción psicológica considerable: El descubrimiento del carácter anormal y monstruoso de su miseria con respecto al resto del mundo moderno. Esta conmoción ha creado una aspiración al desarrollo que es un factor histórico enteramente nuevo y que ha dado origen justamente al concepto de "Países subdesarrollados", al que recientemente se está tratando de reemplazar por el eufemismo de "Países en Desarrollo".

Sin embargo, y a pesar de ésta toma de conciencia, sectores importantes de la población con bajos niveles de vida y de cultura son ajenos a ella. Los sociólogos modernos (9) (12), han creado el concepto de la "Cultura de la Pobreza" para comprender a grupos humanos en los que las deficiencias sanitarias, el bajo nivel de vida, el bajo ni-

vel de cultura, etc., características exactamente superponibles a las del subdesarrollo van aparejados a esta falta de conciencia de su propia realidad.

Creemos necesario hacer una aclaración en lo que a la valoración de las características del subdesarrollo se refiere. Nosotros hemos seguido los criterios propuestos por Y. Lacoste (10) porque estimamos que, sin comprometer una definición del subdesarrollo, permite una valoración en base a parámetros susceptibles de estudio sistemático.

En resumen, el ambiente en el que se desarrolla el ejercicio de la Medicina en el Perú y en casi todos los países de Latino-América, es el que corresponde al de los países subdesarrollados. Sentadas así, en este rápido análisis, dichas condiciones, creemos que estamos en aptitud de emprender el estudio de la situación laboral propiamente dicha en lo que toca a los ambientes de trabajo médico, a la distribución del capital médico, a sus remuneraciones promediales y a los beneficios que la sociedad le acuerda.

Tabla Nº 1. Distribución del Ingreso Nacional para 1963

Remuneración Mensual	Población Total	Económicamente Activa
Hasta 2,000	3'154,200	90.5
De 2,001 a 4,000	237,000	6.8
De 4,001 a 8,000	65,500	1.9
De 8,001 a 20,000	21,200	0.6
De 20,000 a 120,000	7,500	0.2
Total	21,485.400	100

Fuente: INP — Dirección de Macroeconomía.

Situación Laboral actual del Médico en el Perú

La evolución que ha seguido el ejercicio de la profesión médica en el Perú, ha sido bosquejada en el segundo capítulo. En éste haremos un enfoque de las principales características y particularidades de la situación laboral del médico en el momento actual en el Perú.

a) *Distribución Geográfica.* En el Censo de Recursos Humanos de Salud (6) elaborado por la Oficina Sectorial de Planificación de Salud, se determinó que en 1964 existían 5,061 médicos en actividad dis-

tribuidos en toda la República. Esa distribución, como hemos comentado en capítulos previos, era irregular y anárquica en los años anteriores y no deja de serlo, en términos generales, en el momento en que esa encuesta fue realizada.

En el cuadro que presentamos en el Anexo 4, están contenidas la distribución de médicos en todos los Departamentos, la población de cada una de éstas circunscripciones y la relación médico/número de habitantes, comparando las cifras de 1957 (7) con las de 1964 (8).

Esta distribución y la relación médico/población no han variado en forma sustancial, si bien se advierte que en las regiones que carecían o que disponían de muy pocos médicos el panorama ha cambiado favorablemente.

Las razones que explican este fenómeno son: a) Las características del subdesarrollo, que determinan que el médico, con las peculiaridades propias de su formación actual, se vea atrapado por una dinámica que configura un aferramiento a las situaciones ambientales que le ofrecen las grandes urbes; b) La carencia de atractivos de los Centros de ejercicio profesional fuera de Lima y las grandes ciudades; c) La lentitud con la que se ha ido condicionando el mejoramiento de estas condiciones.

Ultimamente se está desarrollando un criterio que determinaría ciertas condiciones de obligatoriedad en el ejercicio de la profesión en el interior de la República para todos los egresados de las Facultades de Medicina. Estimamos que, siendo forzada y paliativa ésta medida podría contribuir al mejoramiento de esta realidad.

b) *Distribución por especialidades.* Antes de hacer un análisis de este aspecto, debemos dejar perfectamente claro que la formación de especialistas es un programa de reciente implantación en nuestro medio. En 1963, mediante un Decreto Supremo, se regula, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la capacitación de especialistas en las diversas ramas de la Medicina según el sistema de Residencia. En 1964, las Facultades de Medicina crean sus Escuelas de Graduados y se interrelacionan y unifican estos programas de adiestramiento.

Hasta antes de la implantación de las condiciones que garantizan seriedad y calificación en la especialización, ésta era muy rudimentaria y en gran parte autodidacta. Para muchos médicos, la designación de especialista significaba que, en algún tiempo de su carrera habían obtenido experiencia de trabajo en alguna de las diversas especialidades médicas y habían continuado en ese campo. Para otros, las

bases de su especialización eran aún más débiles. La práctica especializada para ellos significaba una inclinación por un campo particular, sin adiestramiento o experiencia. Existía y existe sin embargo un porcentaje menor de profesionales que han recibido adiestramiento en el extranjero, no pudiéndose en éste caso determinar con exactitud, quienes han recibido un entrenamiento completo y quienes han asistido a una corta serie de clases, al fin de las cuales han obtenido un diploma de la especialidad.

El problema ha sido y seguirá siendo complejo. Tendrá que establecerse procedimientos adecuados para calificar a los especialistas y evitar así la autocalificación sin base racional.

Por estas consideraciones, es difícil en el momento actual, establecer con exactitud, en cuanto a la distribución numérica y en propiedad en cuanto a la calificación, el número de los profesionales que ejercen las diversas especialidades médicas. Por eso consideramos tentativas las cifras contenidas en la encuesta realizada en 1957 (7).

Los programas puestos en marcha por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las Facultades de Medicina, y las encuestas que se están realizando, permitirán la capacitación sistemática de especialistas, su más adecuada distribución y el mejoramiento de su calidad por una parte, y por otra, el conocimiento de la evolución operada en la distribución actual con respecto a la de 1957.

C. Distribución del Tiempo de Trabajo Médico.

Tanto los estudios realizados en 1957 (7), como el Censo de 1964 (8) señalan que existían 81 cargos rentados por cada 100 médicos en ejercicio. Sin embargo, hasta antes de la promulgación del Decreto Supremo del Puesto Unico (1961) (Anexo 1), estos 81 cargos, eran ocupados por una proporción de médicos, que estimamos en 40%.

El incremento de la población médica, el aumento del número de centros de trabajo y el establecimiento del Puesto Unico determinaron un cambio en dicha relación proporcional (el 81% de los cargos rentados en Instituciones de Servicio, son ocupados por el 81% de los médicos en ejercicio, a partir de 1961).

Los estudios estadísticos indican que cerca del 66.9% del tiempo efectivo de trabajo médico es empleado en puestos rentados; el 13.6% en puestos docentes relacionados con las ciencias de salud, el 0.9% en puestos docentes no relacionados con salud y el 26.6% en práctica privada.

Existe una variante estadísticamente importante de la distribución del trabajo médico, en las pequeñas comunidades (menos de 10,000 habitantes), en ellas, los médicos emplean menos de su tiempo en la práctica privada (19.6%) y docencia relacionada con salud (0.5%), y más en puestos asalariados (78.7%) que aquellos que trabajan en grandes pueblos y ciudades.

Finalmente, debemos consignar que sólo cerca del 17% de los médicos profesionalmente activos dependen para su subsistencia únicamente del ejercicio privado, variando este porcentaje en un amplio rango que va de ninguno en 4 departamentos del País a 23% en la Libertad y 20% en Lima.

D. Remuneración promedio del Trabajo Médico.

Con todas las dificultades que implicó el estudio para valorar el ingreso promedio de los médicos, el INP a través de la Oficina Sectorial de Planificación de salud y con el Asesoramiento técnico de la Universidad Johns Hopkins (8), clasificando a los médicos en aquellos que trabajan únicamente en el sector público, únicamente el sector priva-

Tabla Nº 2. Estimación del Ingreso Mensual Bruto para Médicos por tipo de Situación de Trabajo y Ubicación en el Perú (1964)

Ubicación y Situación de trabajo	Ingreso mensual		TOTAL	
	Puesto rentado	Práctica privada	S/.	US \$
Lima Metropolitana				
Sólo puesto rentado	12,000	—	12,000	448
Sólo práctica privada en general	—	12,200	12,200	455
Sólo práctica privada especializada	—	20,600	20,600	769
Puesto rentado y práctica privada en general	10,300	6,700	17,000	639
Resto del Perú				
Sólo puesto rentado	10,000	—	10,000	373
Sólo práctica privada en general	—	14,300	14,300	534
Puesto rentado y práctica privada en general	8,400	8,200	16,600	619

do y en ambos sectores, llegó a las conclusiones que expresamos gráficamente en el cuadro B. Los médicos que ejercen en forma privada en Lima, fueron divididos en dos grupos: los que se dedicaban a la práctica general y los que ejercían a tiempo completo como especialistas.

Estas estimaciones tienen que abarcar necesariamente un amplio rango para alcanzar un promedio que oscila entre 13,000 y 15,000 soles al mes (US \$ 485-560), promedio que es alto en relación al resto de la población activa en el Perú, y que no traduce la real situación económica del médico. En efecto, esa cifra se alcanza a expensas de un reducido grupo de profesionales cuyos ingresos sobrepasan los 100,000 soles mensuales (\$ 3,500). El propio Instituto, en el estudio realizado, manifiesta la convicción de que muchos médicos, los de reciente graduación fundamentalmente (1,500 aproximadamente en los últimos 5 años), no creerán que ese promedio refleja la realidad, ya que sus ingresos son notablemente inferiores. Si los médicos encuestados hubieran proporcionado fielmente los datos sobre sus ingresos, se podría haber configurado una gráfica piramidal perfectamente equiparable, guardando las proporciones del caso, a la pirámide de la distribución de la renta nacional.

2. ESFERAS DE TRABAJO MEDICO

a) *Centros orgánicos de trabajo médico:*

Como hemos delineado en párrafos anteriores, el control de la salud está encomendada a diversos organismos. Esta ha sido una de las razones de la tremenda dispersión del potencial de trabajo médico que se objetivaba en la multitud de clases de remuneración, y la simultaneidad y aún acaparamiento de puestos rentados, etc., realidades que, desde la promulgación de las Leyes de Puesto Unico, Sueldo Mínimo, y Nivelación de Haberes, y de la progresiva merma del control que ejercitan las Sociedades de Beneficencia, han sufrido un sensible mejoramiento. Subsistiendo los organismos de control de salud y regidos cada uno de ellos por disposiciones particulares, la situación laboral del médico está, sin embargo, regulada y garantizada por las disposiciones anteriormente señaladas, las mismas que tienen vigencia en todo el territorio de la República.

Las esferas orgánicas de trabajo médico en el Perú son las siguientes:

Ministerio de Salud Pública.

Hospitales de Seguridad Social (Seguro Obrero y Seguro del Empleado).

Hospitales de Beneficencia Pública.

Hospitales de las Fuerzas Armadas y Policía.

Docencia Universitaria.

Para los fines de este trabajo, creemos que es más conveniente hacer el análisis simultáneo de estas diferentes esferas, a excepción de la docencia universitaria que por ser servida por profesionales, que pudiendo pertenecer a las anteriores esferas o no, en virtud de las compatibilidades legales y por el tipo de trabajo que exige, será analizada en forma individual.

Comparando los datos de 1957 y 1964, sobre la distribución de médicos entre las diversas esferas de actividad (léase sistemas) tendremos reflejada la tendencia actual en la provisión de la atención médica. En dicho lapso, tanto el Ministerio de Salud como las Cajas de ambos Seguros, incrementaron alrededor de 5% cada una su participación en las disponibilidades de trabajo médico, mientras los Hospitales de Beneficencia disminuyeron en 7% y las Fuerzas Armadas y la Policía en 2%. En 1964 el Ministerio de Salud empleó 35.9% de los médicos de todas las esferas que estamos analizando (1,537); el Seguro Social del Empleado el 11.2% (615); el Seguro Social Obrero 14.2% (623); los Hospitales de Beneficencia 15.0% (642); las Fuerzas Armadas y Policía el 14.6% (629). Es interesante hacer notar que sólo el 46% de los Médicos al Servicio del Ministerio de Salud trabajaban en Hospitales; en cambio en las otras esferas la proporción es alrededor del 90%. Queremos señalar que, a pesar de que las normas generales que regulan el ejercicio de la Medicina en todos los sistemas son iguales, existen aún algunas diferencias de otra naturaleza que afectan el rendimiento del trabajo médico. En efecto, en el Seguro del Empleado existen 3.1 médicos por cada 10 camas que prestan un Servicio de horas-médico por cama-semana de 12.0, siendo el costo de cama-día de S/. 1,300 soles, mientras que en las Beneficencias éstas cifras son 0.7/10 camas 2.0 horas y 180 soles, respectivamente. Creemos que estos datos hablan por sí solos.

De todo lo anotado se puede deducir que la denominación de "esferas de trabajo médico" que hemos empleado, en realidad, podría ser cambiada con mayor propiedad por la de Sistemas de Trabajo Médico, porque ésta refleja mejor las realidades del ejercicio laboral, motivo fundamental de éste trabajo.

Docencia Universitaria: Este tipo de actividad, como ha quedado dicho, escapa a las limitaciones del llamado Puesto Unico. El 24% de los médicos del Perú reportaron tener un cargo docente en 1963 (8). La distribución por tipo de Institución Universitaria está comprendida en la tabla 2.

Tabla N° 3. Distribución de Médicos con cargos docentes

Tipo de Institución	República		% en Lima y Callao
	Nº	%	
Escuelas de Medicina	955	76.0	85
Otras Facultades (salud)	17	1.4	76
Escuela de Obstetricia	11	0.9	64
Escuela de Enfermería	37	2.9	86
Otras Escuelas (Salud)	12	0.9	83
Total	1,032	82.1	87

El elevado porcentaje a que hacemos referencia es debido, entre otros factores, al hecho de que las Universidades, por sus limitaciones económicas no pueden contar con un personal docente a tiempo completo o dedicación exclusiva en el número que sería recomendable para mejorar su rendimiento. Este hecho determina que las Universidades se vean obligadas a contratar con remuneraciones muy bajas a un relativamente grande número de profesionales (los denominados profesores por asignatura).

b) *Ejercicio Privado.*

El 17% de todos los médicos del Perú ejercen exclusivamente en forma privada. El total de médicos emplea el 26.6% de su tiempo efectivo de trabajo médico en la práctica privada como promedio, con un amplio rango que va desde aquellos que emplean el 100% de su tiempo hasta los que no ejercen la práctica privada.

El ingreso promedial de los médicos que se dedican exclusivamente al ejercicio privado oscila entre los 12,200 (práctica privada en general) hasta los 20,600 soles mensuales (práctica privada especializada) en Lima. Este ejercicio se realiza tanto en clínicas particulares como en simples consultorios.

REMUNERACION DEL TRABAJO MEDICO

En Centros Orgánicos de Trabajo Médico.

Hasta el año de 1961 el profesional médico no sólo era mal remunerado, sino que esta retribución era notablemente desigual, basta señalar que existían casi tantos tipos de sueldos como cargos rentados y que estos variaban en cada una de las esferas de trabajo médico.

La conquista del Puesto Unico y la del Sueldo Mínimo abrió las puertas a la que inexorablemente tenía que seguir: La Nivelación de Haberes.

Recién pues a partir de octubre de 1965, se establece que todos los médicos de igual categoría deben ganar el mismo salario cualquiera que sea su esfera de trabajo. Por razones de orden presupuestal la aplicación de ésta disposición se viene haciendo en forma progresiva, de modo que en 1968 habrá alcanzado el 100% de lo previsto. En la tabla 3, consignamos la Escala de Haberes mencionada.

Grados que comprende cada una de las categorías:

Grado I. Médicos Ayudantes de Servicios Preventivo asistenciales.

Grado II. Médicos Asistentes de consultorio de personal. Médicos Jefes de Postas Médicas. Médicos Asistentes de Centros de Salud. Médicos, Asistentes de Hospital. Médicos Asistentes de Equipos de Emergencia. Médicos Ayudantes de los Institutos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Grado III. Epidemiólogos a nivel de Unidades y Centros de Salud. Jefes de Servicios a nivel de Unidad de Salud. Jefes de Hospitales Chicos. Médicos de Servicios de Hospitales. Sub-Jefes de equipo de Emergencia de la Asistencia Pública de Lima. Médicos Residentes permanentes de Hospitales Medianos y Chicos. Médicos Asistentes de los Institutos de Salud Pública y Asistencia Social.

Grado IV. Asesores Supervisores Ayudantes. Jefes de Programa a nivel del Area de Salud. Jefes de Centros de Salud. Sub Directores de Hospitales Grandes. Directores de Hospitales Medianos. Jefes de Servicio de Hospitales. Sub-Jefe del Departamento de Asistencia Pública de Lima. Jefes de Equipo de Emergencia de la Asistencia Pública de Lima. Médicos Residentes Permanentes de Hospitales Extra y Grandes. Médicos especialistas de los Institutos del Ministerio de Sa-

Tabla N° 4

Categoría	Años	4 Horas	6 Horas
I	1965-66	5,000.00	6,000.00
	1967	5,500.00	7,500.00
	1968	6,000.00	9,000.00
II	1965-66	5,900.00	6,600.00
	1967	6,390.00	8,910.00
	1968	7,200.00	10,800.00
III	1965-66	6,400.00	7,100.00
	1967	7,380.00	10,320.00
	1968	8,400.00	12,600.00
IV	1965-66	7,100.00	7,800.00
	1967	8,430.00	11,790.00
	1968	9,600.00	14,400.00
V	1965-66	8,200.00	8,900.00
	1967	9,600.00	13,380.00
	1968	10,800.00	16,200.00
VI	1965-66	9,900.00	10,600.00
	1967	10,950.00	15,150.00
	1968	12,000.00	18,000.00
VII	1965-66	10,400.00	11,100.00
	1967	11,520.00	15,930.00
	1968	12,600.00	18,900.00
VIII	1965-66	10,900.00	11,600.00
	1967	12,090.00	16,710.00
	1968	13,200.00	19,800.00
IX	1965-66	11,400.00	12,100.00
	1967	12,660.00	17,490.00
	1968	13,800.00	20,700.00

lud Pública y A. S. Profesores Auxiliares de la Escuela de Salud Pública del Perú.

Grado V. Asesores Supervisores Asistentes. Jefes de Unidades de Salud. Sub-Jefes o Asistentes de Areas de Salud. Sub-Directores de

Hospitales Extras. Directores de Hospitales Grandes. Jefes de Departamentos de Hospitales. Jefe del Departamento de Asistencia Pública de Lima. Profesores Asociados de la Escuela de Salud Pública del Perú. Sub-Jefes de División del Ministerio de Salud Pública y A. S. y de los Institutos. Jefes de Departamento del Ministerio de Salud Pública y A. S. y de los Institutos. Supervisores especialistas a nivel del Area de Salud.

Grado VI. Asesores Supervisores Jefes. Planificadores. Jefes de Areas de Salud. Directores de Hospitales Extras. Profesores Principales de la Escuela de Salud Pública del Perú. Jefes de División del Ministerio de Salud Pública y A. S. y de los Institutos.

Grado VII. Sub-Director del Ministerio. Asistentes de las Direcciones del Ministerio. Sub-Director de la Escuela de Salud Pública del Perú. Sub-Director de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud. Sub-Directores de los Institutos del Ministerio de Salud Pública y A. S. Director Técnico de Asistencia Social Hospitalaria de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.

Grado VIII. Director del Ministerio. Consultor en Salud Pública del Despacho Ministerial. Director de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud. Jefe de la Oficina de Sanidad e Intercambios Internacionales. Director de la Escuela de Salud Pública del Perú. Directores de los Institutos del Ministerio de Salud Pública y A. S.

Grado IX. Director General de Salud.

En Docencia Universitaria: Por la propia estructura orgánica de las Universidades la dispersión de las remuneraciones era mucho menor que en la otra esfera, debido a que la categorización de los cargos docentes obedece a patrones practicamente universales. Las modificaciones surgen desde el momento en que las Universidades Peruanas empiezan a contratar personal a tiempo completo y dedicación exclusiva, la tabla 4 contiene la Escala de Haberes por categoría y por tiempo de trabajo regulada para 1966.

Tabla N° 5. Escala de Haberes Docentes

	Dedicación Exclusiva	Tiempo completo	Medio tiempo	Asignatura
Principales	18,000	12,000	6,000	3,000
Asociados	13,500	9,000	4,500	2,250
Auxiliares	9,000	6,000	3,000	1,500
J. Instructores	6,300	4,200	2,100	1,050
Ayudantes	600			

LEYES O DISPOSICIONES DE PROTECCION AL PROFESIONAL Y SUS FAMILIARES

Existen muy pocas disposiciones específicas de protección al médico y su familia. El médico en tanto funcionario, se acoge a los beneficios de todos los servidores públicos (11).

Pensión de Cesantía o Jubilación.

Se produce a solicitud, por enfermedad, por incapacidad física, por supresión de plaza o por medida disciplinaria.

La Jubilación es voluntaria a partir de los 60 años y forzosa a los 70 años de edad.

Las pensiones de jubilación por límite de edad, se regulan sobre la base del último sueldo percibido, sin necesidad de que se cumpla dos años en el último cargo desempeñado.

El derecho a Pensión de Cesantía o Jubilación se adquiere a partir de los 7 años de servicios. La pensión se computa multiplicando el número de años servidos con el haber ganado en el último cargo por un período mínimo de dos años, y en caso contrario, con el haber del penúltimo puesto, cualquiera que sea el período servido en este. El resultado se divide entre 30 años que es el total exigido para los hombres para que puedan gozar de pensión con el íntegro de su sueldo, y en 25 años cuando se trata de mujeres. A este total se agrega el porcentaje de bonificación que por Tiempo de Servicios hubiera venido percibiendo, obteniéndose como resultado la pensión de Cesantía o de Jubilación a favor del peticionario.

Además, si el servidor cesara con 25 o más años de servicios prestados al Estado, tendrá derecho a que se sume a la pensión, el importe de su Bonificación por tiempo de servicios, si es que la hubiera percibido a la fecha de su cese.

Por otro lado, la fracción mayor de 6 meses, se computa para los efectos de la Pensión de Cesantía, Jubilación o Montepío.

La Pensión mínima es de S. 300.00 mensuales, a partir del 1º de enero de 1964, según Ley Nº 14734 del 2 de diciembre de 1963.

La pensión de Cesantía Jubilación o Montepío no podrá ser menor, en ningún caso, de la quinta parte del último haber percibido por el causante.

Las mujeres tienen derecho a pensión con el íntegro de su haber y el 25% de su bonificación por tiempo de servicios al cumplir 25 años de servicios prestados al Estado.

Bonificaciones:

Por tiempo de servicios: Este beneficio, se otorga por quinquenios, a partir de los 5 años de servicios. Significa una bonificación del 5 al 30% por cada quinquenio reconocido.

Por familia numerosa. Se otorga a los casados, en la proporción de S/. 100.00 por cada hijo legítimo en las siguientes condiciones:

- a) Hijos varones menores de 18 años.
- b) Hijas mujeres solteras menores de 21 años.

Por dedicación exclusiva: Esta bonificación alcanza hasta un 40% del sueldo del profesional.

Por riesgo Profesional: En el momento actual los únicos médicos que tienen una bonificación específica por sus servicios profesionales, son los que trabajan con enfermos tuberculosos, a quienes se les asigna un 20% de Bonificación por riesgo profesional.

En el momento actual están gestionando igual Bonificación los médicos que trabajan con enfermos mentales y los que se dedican Radio diagnóstico o Radioterapia.

Pensión de Montepío: El Montepío es equivalente al cincuenta por ciento (50%) de la pensión de cesantía que en vida corresponde percibir al causante. Ley N° 6278 del 28 de octubre de 1928.

Tienen derecho a este beneficio, en forma excluyente los siguientes:

- a) La esposa,
- b) Los hijos menores de edad,
- c) Las hijas solteras, aún cuando fueran mayores de edad,
- d) Los padres,
- e) Los hijos ilegítimos, en concurrencia con los hijos legítimos,
- f) Las hermanas ilegítimas,
- g) Los hijos del primer matrimonio en concurrencia con la viuda,
- h) Los hijos adoptivos.

El Montepío es equivalente al sueldo íntegro, cuando el causante fallece por accidente en Comisión de servicio, sea cualquiera el tiempo de servicios prestados al Estado.

En ningún caso el montepío podrá ser menor a la quinta parte del haber último percibido por el causante.

La Pensión mínima es de S/. 300.00 de acuerdo con el proyecto de Ley remitido por el Ejecutivo y que está pendiente de aprobación por el Legislativo.

La pensión mínima es de S/. 300.00 a partir del 1° de enero de 1964.

El derecho a Montepío se pierde si no se hace efectiva por el término de tres años (D. S. N° 226 del 21 de noviembre de 1963).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La actividad médica está inspirada en ciertos ideales y postulados que conforman un verdadero cuerpo de doctrina, inalterable en cuanto principio filosófico.

Esa actividad tiene como objetivo primordial servir a la Sociedad en uno de los aspectos fundamentales: La Salud.

Entendida la salud como un patrimonio colectivo, la concepción liberal de la Medicina deja de tener vigencia histórica.

Para el mejor logro de los objetivos del ejercicio médico, son necesarias condiciones materiales óptimas, que incluyen remuneración adecuada, centros de trabajo con un mínimo de condiciones de adelanto técnico, protección de su salud y la de sus familiares, facilidades para un entrenamiento continuo sin sufrir urgencias económicas, etc.

La evolución histórica del ejercicio de la Medicina guarda relación con la evolución histórico-social de los pueblos. Las condiciones de dicho ejercicio dependen de la estructura económico-social de una sociedad determinada.

Esta estructura en el Perú y en América Latina corresponde a las características de un País sub-desarrollado, que incluyen, entre otras, subalimentación, analfabetismo, bajo ingreso per-cápita, condiciones sanitarias deficientes, subempleo, natalidad elevada, etc.

El conjunto de todos estos factores determinan sustanciales diferencias en los índices de morbilidad, mortalidad, etc. con respecto a los países desarrollados, las que configuran una peculiar conformación del campo de actividad profesional propiamente dicha.

La situación laboral del médico en el Perú guarda relación con la distribución geográfica, por especialidades, y por centros de trabajo.

La remuneración del trabajo médico está en función de las anteriores circunstancias y de la menor o mayor dedicación y suceso en el ejercicio privado.

Las leyes y disposiciones que norman el ejercicio de la profesión han sido dictadas por los grupos gobernantes en tanto la efervescencia del gremio médico alcanzaba jerarquía y en cuanto la sensibilidad de dichos grupos era receptiva. Muchas de esas disposiciones son paliativas. Se ejemplifica el hecho de que el Decreto de Haber Mínimo y las disposiciones que establecen la Nivelación progresiva no previenen

ajustes automáticos en virtud del incremento del costo de la vida, y pudiera darse el caso, de que la suma de este incremento con la disminución del poder adquisitivo de la moneda por el permanente proceso inflacionista, condicione, que el sueldo médico, aceptable en 1966, al final del proceso de nivelación (1968), sea insuficiente.

El Médico, en cuanto empleado público o privado, goza en el Perú de los mismos beneficios de cualquier trabajador en cuanto a la protección de salud y su familia. El único riesgo profesional que está cubierto es el de los médicos que trabajan en las organizaciones encargadas de la lucha antituberculosa.

RECOMENDACIONES

Conscientes de que la concordancia entre los objetivos inmediatos de la actividad médica, sus sustentos filosóficos y las aspiraciones de la Sociedad no pueden alcanzarse sino en la medida en que la estructura económico-social de los pueblos esté inspirada en la idea del Hombre, consideramos que el mejoramiento de las condiciones materiales del ejercicio profesional debe formar parte de un solo proceso general de mejoramiento de las condiciones de vida de todos los hombres. Aspiramos a que esta idea sea compartida con el mayor número de médicos.

Sin desmedro y mientras esas condiciones sean alcanzadas, estimamos que, siendo importante la actividad médica en el proceso de superación de la Sociedad y necesitando para su mejor ejercicio de un mínimo de seguridades y condiciones materiales, los gobiernos de América Latina deben tomar en sus manos, a través de los organismos competentes, la planificación y ejecución de los programas de Salubridad, dentro de los cuales, en la medida que sean racionales, estará garantizada la seguridad económica del gremio médico.

BIBLIOGRAFIA

1. Anales de la Facultad de Medicina U.N.M.S.M. Lima, Perú, 1962.
2. Carta Médica Peruana. Lima, Perú, 1947.
3. Boletín de Estadística Peruana INP; Dirección Nacional de Estadística y Censos; 1964.
4. Castro, Josué de; Geopolítica del Hambre; Ed. Solar/Hachette; Bs. Aires, 1962.
5. Castro, Josué de; El Hambre Enfermedad de las Masas (comunicación personal).

6. Censo de Recursos Humanos de Salud (Informe Preliminar) M.S.P. y A.S.; Oficina Sectorial de Planificación de Salud; 1964.
7. Encuesta Médica y Hospitalaria en el Perú. Fac. Medicina U. N. M. S. M., 1957.
8. Estudio sobre Recursos en Salud: M. S. P. y A. S. y Universidad de John Hopkins (Avance Preliminar), 1966.
9. Harrington Michael; La Cultura de la Pobreza de los Estados Unidos: Fondo de Cultura Económica; 1963.
10. Lacoste, Y: Los Países subdesarrollados; Ed. Universitaria, Bs. Aires, 1962.
11. Lazo Amorós, José: Manual de Deberes y Derechos de los Servidores Públicos; Ed. Jurídica. 1964.
12. Lewis, Oscar: Los Hijos de Sánchez; Ed. Fondo de Cultura Económica, 1961.
13. Mariátegui, José Carlos: Siete Ensayos de interpretación de la Realidad Peruana. Lima, Perú - 1952.