

# PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS DE LA NUEVA ORGANIZACION DE LA MEDICINA PUBLICA EN CHILE\*

PROF. DR. AMADOR NEGhme R.

*Asesor Técnico en Parasitología del Servicio Nacional de Salud y Secretario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*

La medicina ha progresado con ritmo creciente en el último siglo. Los descubrimientos científicos, en especial en el campo de la biología, de la física y de la química, y las transformaciones sociológicas y económicas concomitantes, lógicamente repercutieron en su alcance social y económico. La medicina ha debido modificarse también, y hoy día es diferente de la de hace un par de centurias, como asimismo es distinta la medicina que actualmente se practica en países de alto nivel de vida y en países agrícolas o de precario desarrollo económico.

En la mayoría de los países ha cambiado la organización médica o, por lo menos, ha habido una tendencia a romper los moldes que existían o predominaban a comienzos del siglo actual. Muy conocida es a este respecto la reforma hecha en Inglaterra después de la última gran guerra. Nos ha parecido de interés glosar la evolución de la organización de los servicios médicos de Chile y, en especial, del vigente Servicio Nacional de Salud.

La Constitución de Chile, que rige desde 1925, prescribe como deber preferente del Estado velar por el bienestar higiénico y proteger la salud de sus habitantes, poniendo así el derecho a la salud, por delante y por encima de cualquier otro. Pero a pesar de la modernidad de estos ideales en aquel entonces, la medicina chilena seguía siendo puramente individualista, o sea, que cada cual buscaba la atención médica para sí y los suyos, según sus posibilidades económicas. De hecho, la gran mayoría de los pacientes pertenecía a algunos sectores sociales carentes de medios económicos para sufragar el alto costo que su atención médica requería. En general, los más necesitados debían recurrir a la Beneficencia Pública, institu-

ción creada y sostenida durante largos años por personas e instituciones inspiradas en un alto sentido humanitario, pero incapaz de prestar atención médica satisfactoria, por sus limitaciones intrínsecas y el número creciente de los que llamaban a su puerta.

Las progresivas modificaciones de la economía chilena y, en especial, el impulso vigoroso que experimentó la industria fabril, provocaron hondas repercusiones sociales, que influyeron en forma decisiva en la vida y en la consideración de la salud de los trabajadores. La medicina chilena no podía quedar al margen de esta efervescencia y hubo de contribuir a la transformación, en primer lugar, transformándose a sí misma. Fué así como los antiguos moldes de la práctica privada y la competencia entre los médicos, comenzaron a resentirse. Pronto comprendieron los médicos que un alto porcentaje de sus conciudadanos, justamente los más expuestos a los riesgos de la enfermedad y de la invalidez, iban quedando sin protección médica por sus escasos ingresos y su precaria estabilidad económica. Era, pues, de imperiosa necesidad otorgarles a bajo costo la atención médica y seguridad social, sin reparar en cualquier sacrificio. Por otra parte, el médico, en cuanto profesional privado, se veía también impulsado a buscar una solución a este problema, ya que las condiciones creadas por el desarrollo industrial y el volumen creciente del trabajo asalariado, la despoblación de los sectores rurales y la aglomeración de individuos en las grandes ciudades, iban reduciendo cada vez más su órbita de acción y enfrentándolo con los grandes intereses colectivos.

Se afrontó entonces la crisis médicosocial y se promulgaron leyes sociales que luego llegarían a transformar la organización

\* Manuscrito recibido en diciembre de 1955.

médica imperante. Así se aprobó en 1924 la ley 4054, de seguro obrero obligatorio, y surgieron después las diversas leyes de previsión social en favor de los funcionarios públicos, de los empleados particulares, de los miembros de las fuerzas armadas, de los periodistas y otros grupos de carácter gremial. La aplicación gradual y progresiva de estas leyes que proveían de atención médica y seguro de invalidez a varios sectores sociales, trajo por consecuencia una restricción, cada vez más apreciable, del ejercicio libre de la profesión médica, disminuyendo sensiblemente los ingresos de la mayor parte de los médicos. De esta manera tuvieron que sacrificar sus expectativas económicas individuales y ponerse al servicio del Estado. En realidad, el médico se comportó invariablemente como un servidor público, al igual que otros profesionales chilenos. Sostuvo siempre que no se podía comerciar con la salud ni con la ignorancia individual, que la libre competencia, después de haber cumplido honrosamente su misión, había hecho crisis, al demostrarse incapaz de satisfacer la amplia necesidad de salud que reclamaba al pueblo.

En la práctica, la ley 4054, que comenzó a aplicarse a partir de 1925, no estaba libre de fallas y, por tanto, de críticas. Entre sus deficiencias estaba la mediana calidad del trabajo médico y, sobre todo, la ausencia de ese contacto espiritual y educativo entre el médico y el paciente, una de las más preciadas características de la medicina privada. La llamada "medicina de masas" transformaba el enfermo en un ente impersonal, en un número que se voceaba en la policlínica, en una ficha del gabinete del médico, y hacía de éste un autómatas que debía examinar a veinte pacientes en dos horas, y lo convertía en un esclavo del tiempo, porque, frente a la indiferencia de una sociedad que no comprende que el médico también tiene que subsistir, se veía forzado a parcelar sus servicios en diferentes instituciones: en el hospital (su centro de estudios), en los consultorios del seguro obrero, en otros organismos de previsión e

incluso atender su clientela privada (3). En Chile, el médico tenía que trabajar 10, 12 y hasta 14 horas diarias para subvenir a sus necesidades; pasó a ser un funcionario y, en la práctica, el 90% de ellos llegaron a depender, directa o indirectamente, del Estado.

El médico funcionario debía atender en forma gratuita a grandes grupos de pacientes, lo que lógicamente determinó la disminución de sus entradas privadas, reduciendo su clientela particular. Pero esta atención médica apenas era de regular calidad, a todas luces insuficiente, y no satisfacía las exigencias de la técnica médica. Los médicos chilenos, conscientes de sus limitaciones ante la colectividad, no rehusaron sacrificar aún más sus intereses en bien del país y en defensa del capital humano—sacrificio no siempre reconocido—y se resignaron a percibir rentas estrechas en relación con su calidad profesional y de servidores públicos, sin que por ello disminuyera su incentivo de progreso y estudio, que antaño había sido también el motor del ejercicio profesional.

Con el transecurso del tiempo, la seguridad social creció paralelamente a los servicios médicos, y el rendimiento del trabajo profesional se hizo insatisfactorio, a pesar de todos los esfuerzos aislados promovidos para superar las fallas del orden organizativo, lo que provocó justas críticas del pueblo en general, que afectaban prácticamente al cuerpo médico. El médico funcionario comprendió que la organización de su trabajo no podía seguir siéndole indiferente, pues a la postre todas las deficiencias iban a recaer sobre sus hombros. La errónea administración hecha por algunos funcionarios ajenos a la profesión médica, o que fueron impuestos por la política, y veces incapaces de comprender en su integridad la función de la medicina, llegó en ocasiones a entorpecer el trabajo técnico, pero sirvió para convencer a muchos médicos, de que debían ellos mismos convertirse en administradores a lo cual contribuyó eficazmente desde sus inicios (1944) la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.

En 1948 se promulgó la ley No. 9263, que establece la creación del Colegio Médico de Chile, piedra angular de la transformación ulterior de la medicina nacional. A esta institución deben pertenecer, con carácter obligatorio, todos los médicos que ejercen la profesión o que desempeñan cargos oficiales o privados que exigen el título respectivo. El Colegio Médico vela por la ética profesional, defiende los intereses de sus miembros, regula los problemas suscitados entre los mismos médicos y los que puedan surgir entre estos y su clientela. Se le debe el haber promovido y estimulado el interés por la organización de la práctica de la medicina y la lucha paralela por conseguir una recompensa adecuada del "médico funcionario".

En 1951, después de numerosas convenciones médicas en que se discutieron en detalle algunos proyectos de organización de la salubridad y del trabajo profesional, el Colegio Médico logró la promulgación de una ley que instituye el Estatuto Orgánico del Médico Funcionario, que reguló el trabajo de los médicos y fijó sueldos que les permitiera vivir con decoro, de acuerdo con su rango social. Estableció horarios profesionales limitados de 2, de 4 y de 6 horas como máximo, fijando el sueldo según el horario, equivalente, más o menos, a 50 dólares estadounidenses mensuales por hora diaria. También fijó asignaciones por la responsabilidad que se asuma en dirección de los servicios, por el trabajo en especialidades peligrosas o nocivas a la salud del médico, como son: las enfermedades infecciosas y parasitarias, la radiología y la anatomía patológica. Estableció, además, la llamada asignación por dedicación exclusiva, que se otorga al profesional que abandona el ejercicio privado de la medicina para dedicarse a una labor específica. Esta asignación, que corresponde al 30 % del sueldo base, permite compensar en parte lo que el médico podría obtener en el ejercicio privado de su profesión. Estableció asimismo una serie de condiciones para el pago del sueldo en base a la antigüedad del médico, reconociendo el derecho a la per-

cepción de quinquenios, o sea, una asignación suplementaria de un 20 % del sueldo base por cada 5 años de servicio—pero con un tope para evitar que los ingresos de los médicos del Estado pudieran sobrepasar los emolumentos que devengan los más altos funcionarios de la República. Reglamentó el sistema de permisos, licencias y comisiones de servicio y las sanciones en que pueden incurrir los colegiados, determinando que sólo se podrán imponer por médicos de superior jerarquía.

Junto con la consolidación del sueldo y, por lo tanto, con la funcionarización de la medicina, el Colegio Médico de Chile impulsó la reforma de la ley del seguro obrero obligatorio. Y así fué como, en 1952, a instancias del Colegio Médico, se dictó otra ley de indiscutible trascendencia para el bienestar higiénico del país y la salud del pueblo chileno: la ley 10.383, que modificó sustancialmente la organización del trabajo médico y la salubridad nacional, creando dos nuevos organismos altamente unificados y de relevante programa preventivo y social: el Servicio de Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud.

#### 1. EL SERVICIO DE SEGURO SOCIAL

En general, está encargado: de los seguros de enfermedad, invalidez, vejez y muerte; y también de otorgar las respectivas prestaciones que corresponden al estado de maternidad; de la concesión de los beneficios que se derivan del establecimiento de la continuidad de la previsión, cuando los asegurados pasan a pertenecer a otros sistemas de previsión, y finalmente, de efectuar ventas de casas a los imponentes.

Por esta ley, se aumentó el subsidio de enfermedad que, en la ley 4054, era del 100 % del salario en la primera semana, del 50 % en la segunda, del 25 % en las semanas subsiguientes. La nueva ley dispuso el pago del 100 % del salario desde el comienzo de la enfermedad hasta su término. Se elevaron a cifras razonables las pensiones de vejez, que, con anterioridad, eran insignificantes y en varios casos, irrisorias. Mejoró el

subsidio a las madres durante el embarazo y la lactancia, ampliándolo de 15 a 84 días. Y estableció las pensiones de orfandad y de viudez, según normas similares a las que rigen en otros países del Continente.

## 2. EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Es el que regula el ejercicio de la medicina en escala nacional, y está formado por la fusión de los servicios de medicina pública anteriores a la promulgación de la ley 10.383, o sea: la Beneficencia Pública o, mejor dicho, la Asistencia Social; la Dirección General de Sanidad; el sector médico del Seguro Obrero Obligatorio; la Dirección General de Protección a la Infancia, y los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades.

El nuevo Servicio tiene un jefe responsable, que es el Director General de Salud, que comparte la administración del Servicio con el Consejo Nacional de Salud, en el cual hay representantes de instituciones médicas, patronales y obreras. Fué una de las aspiraciones más hondamente sentidas por el Cuerpo Médico de Chile que el Servicio Nacional de Salud se organizara y administrara con la máxima autonomía para cuidar, en todo momento, su calidad técnica y evitar que la política pudiera interferir en su desarrollo y perturbar sus actividades. Si bien la salubridad es una función del estado moderno, su carácter altamente técnico, implica que se dirija con criterio técnico. A este respecto, en el Consejo Nacional de Salud, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el Colegio Médico, tienen, en conjunto, cuatro representantes, que son designados directamente por ambas instituciones.

El cuerpo médico de Chile, con la creación de este servicio, asumió la responsabilidad de proporcionar al asegurado y a su familia, es decir, a su cónyuge y a los hijos menores de 15 años atención médica integral gratuita, esto es, curativa, preventiva y dental. Es de observar que antes de la promulgación de la ley 10.383, la atención médica a la infancia importaba un medio por ciento de salario y

ahora asciende al doble de dicha cifra. Se calcula que, de los seis millones de habitantes del país, se beneficiarán por esta ley, no menos de cuatro millones. A esta cifra hay que agregar todavía la masa de los indigentes de la colectividad, que no están acogidos a los servicios de seguro social ni a ningún otro sistema de previsión y a los cuales el Servicio Nacional de Salud, debe seguir atendiendo por razones de humanidad y salud pública.

Para el cumplimiento de sus fines, el Servicio Nacional de Salud debe recibir el 10% del total de los ingresos que de los asalariados percibe el Seguro Social (porcentaje que incluye el 5,5% de aporte fiscal), más las partidas que aportaba el Estado a los diferentes servicios anteriores a la creación del nuevo servicio unificado (1).

El presupuesto del Servicio Nacional de Salud, correspondiente a 1953 ascendió a 8.026 millones de pesos. De esta cantidad, el 52,7% se dedicó a diversas prestaciones médico-sociales, y el resto, o sea el 47,3%, a sueldos y sobresueldos del personal. Es de advertir que el Servicio tiene cerca de 32.000 empleados, de los cuales son médicos alrededor de 3.200 insuficientes para las tareas que, en escala nacional, el país ha colocado sobre sus hombros. Tampoco el presente número de enfermeras del Servicio permite una labor auxiliar intensiva.

De hecho, el Servicio Nacional de Salud no ha contado con todos los medios que la ley 10.383 le asigna para llevar a cabo su vasto programa. En efecto; la crisis económica del erario nacional ha impedido la entrega oportuna de los aportes fiscales. Se estima que Chile invierte en Previsión Social un 10% de su renta pública.

Según los datos del Colegio Médico, existen 3.500 médicos activos, de los cuales el 80% se dedica a la atención de los enfermos, y el 20% restante, a funciones administrativas, docentes o sanitarias. Los médicos activos están mal distribuidos en el país por su tendencia a establecerse en las grandes ciudades y, en general, en aquellos lugares en que encuentran satisfacciones

espirituales, económicas o estímulos de progreso.

Por otra parte, el Servicio viene afrontando otros tipos de problemas y fallas, que deben atribuirse a la transición de la medicina individualista y puramente curativa a la de orientación preventiva y social—transición que, sin duda, durará varios años. Estimamos que el médico no está suficientemente preparado todavía para prestar atención médica unificada, esto es, sin separar lo preventivo de lo curativo. La solución de este problema no es inmediata, pues requiere una transformación de la mentalidad del médico, que se logrará con la experiencia debida a la acción médica a la vez preventiva y social. Tampoco el médico está maduro para llevar a cabo una administración libre de tropiezos y de errores apreciables. Algo análogo puede decirse respecto al papel de educador, individual o de grupo, que le asigna la nueva organización del trabajo médico. Sólo el conocimiento de las respectivas técnicas y la misma práctica frente a los pacientes, le permitirá modificar su actitud y correlativamente la de los demás, superando así sus deficiencias.

Tampoco el público beneficiado está educado para cooperar adecuadamente con el Servicio y comprender que la salud es no sólo un derecho, sino algo que impone obligaciones. Con la extensión del Seguro a la familia, la masa, habituada a los servicios mixtos asistenciales, de caridad y de seguro, se agolpa a las puertas de los hospitales y reclama de inmediato el 100% de sus derechos, lo cual presenta un serio problema al Servicio, que no puede disponer ni del personal, ni de los medios técnicos y económicos necesarios. El deber imperioso de hospitalizar mayor número de enfermos amenaza reducir el nivel alcanzado por la medicina chilena, al de la atención prestada en las antiguas policlínicas del Seguro Obligatorio.

Este cuadro parece aconsejar la necesidad de ir paso a paso, al ritmo que maduran las condiciones de fusión efectiva de las funciones de las entidades abolidas por la ley

10.383, y trabajar a medida de las posibilidades, en escala local y, sobre todo, acentuando las medidas de protección y fomento de la salud.

El Servicio Nacional de Salud, para atender al 70% de la población del país y promover el mejor bienestar físico, mental y social de todos los habitantes, debe impulsar el mejoramiento de la vivienda, de la nutrición, de la educación, del saneamiento y hasta de las vías de comunicación, pues es ilusorio esperar que la atención médica por sí sola logre transformar la salud de manera integral. La finalidad del nuevo Servicio es "la integración de la salubridad, incorporando su acción al conjunto de esfuerzos que la comunidad desarrolla para mejorar el equilibrio entre el hombre y el ambiente, en las esferas de la política económica y la seguridad social, en la agricultura y la educación, en la asistencia y el trabajo." (2) Sin una buena alimentación y sin una adecuada vivienda es imposible preservar la salud, pues las condiciones de vida de cada comunidad constituyen los más importantes índices del nivel de salud alcanzado por la población. "La salubridad es tarea de toda la comunidad y es uno de los instrumentos que la colectividad organizada pone en acción para lograr el referido equilibrio entre el hombre y su ambiente natural y social; la salubridad es función de gobierno, pero no puede ser impuesta desde arriba, sino que requiere el interés y la voluntad de los individuos, de los grupos y de la sociedad entera" (2). En otras palabras: el derecho a la salud consagrado por la constitución del Estado, tiene que complementarse con el deber a la salud, que es responsabilidad de cada individuo. El papel de la salubridad es estimular y dirigir los esfuerzos colectivos en pro de un bienestar común. El saneamiento, la atención médica, la higiene, la medicina preventiva y la educación representan partes inseparables de un proceso único, de aquí la necesidad de integrarlos en la práctica sin otras limitaciones que las exigidas por la especialización técnica, por los requerimientos administrativos y los medios de que

se dispone. Como se indicó, la forma de realizar estos objetivos, y el tiempo que se necesita para ello, dependen también del grado de madurez de todos los factores que intervienen en el proceso de la conquista de la salud.

Para la organización del nuevo Servicio se insistió en Chile mucho en ciertos principios básicos, el primero de los cuales es el reconocimiento de que la salud pública requiere especialización, pues no todo médico puede ejercerla sino que, para hacerlo en forma eficiente, tiene que especializarse, y a ello han contribuído desde hace varios años, los diversos cursos que se dictan en la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.

Análoga especialización debe obtener el personal de Salubridad, para ser competente y responsable. La enfermera sanitaria y el inspector sanitario deben reunir altas calificaciones para su trabajo. Lo mismo vale para la asistencia social, colaboradora indispensable del médico en las funciones de protección social.

Todo servicio de salud pública debe contar con la colaboración, decidida y bien orientada, de todos, bien en cuanto individuos o en cuanto miembros de organizaciones públicas y privadas. Sin ella no se puede conseguir el éxito de la acción propugnada por aquí.

La organización de este servicio en Chile, se basa en el principio fundamental de la unidad directiva, pero su administración está descentralizada sobre la base de la creación de 17 zonas de salud, que agrupan los centros de salud y los establecimientos de las provincias bajo la dirección de un jefe ejecutivo único, responsable, con autoridad suficiente para manejar presupuestos y dirigir el personal de su jurisdicción en la forma que lo estime conveniente para la buena marcha de las labores médicas y sanitarias. Sin descentralización administrativa todo servicio está destinado al fracaso.

La acción de sanidad es eminentemente local en sus fines y en sus métodos; es indispensable, pues, que las unidades, fun-

cionales y ejecutivas, como son los Centros de Salud, tengan autonomía para desenvolver su programa dentro de las normas generales. Por lo tanto, la Dirección General del Servicio sólo imparte normas generales, coordina y orienta la marcha de los servicios y los inspecciona; pero la responsabilidad del trabajo y la ejecución de los programas y directivas recae en los jefes zonales y, en particular, en los centros de salud, que constituyen las unidades ejecutivas básicas.

Un buen servicio está obligado a planificar en forma adecuada el trabajo, mediante su jerarquización, asignando responsabilidades privativas a cada funcionario y, al mismo tiempo, creando consejos asesores, justamente como procura hacer el nuevo servicio en su organización básica, para medir gradual y permanentemente el rendimiento de su labor. Esta medición se expresa sobre todo a través de los índices de morbilidad y de mortalidad. El perfeccionamiento de las estadísticas constituye, a este respecto, una necesidad imperiosa, pues en América Latina no se certifican por médico una cifra no inferior al 35 % de defunciones (caso de Chile), por lo que, en general, es muy difícil precisar las verdaderas causas de muerte de una parte sustancial de la población y, en especial, de la que vive en los distritos rurales.

El hospital debe asumir un papel fundamental en la nueva organización y dejar de ser sólo el clásico punto de reparación del enfermo para convertirse en un verdadero centro de salud y de educación, donde el policlínico y la consulta externa adquieren tanta importancia como la atención del enfermo en la cama. El defecto principal de la antigua organización hospitalaria era considerar la enfermedad como un asunto privado, desentendiéndose el hecho que el enfermo acude a los centros curativos cuando su proceso mórbido está ya muy avanzado y es, a veces, irreparable, y en todo caso cuando hay menos posibilidad de recuperación, el tratamiento es más largo y menos eficaz, y la atención más costosa. Esto se aplica especialmente a las enfermedades infecciosas, a las parasitarias y degenera-

tivas, sobre todo de no existir servicios verdaderamente eficientes de protección sanitarias y de prevención de las enfermedades.

El Servicio Nacional de Salud representaría apenas un intrascendente ensayo de unidad formal, si se limitara a tomar como núcleo de su organización al hospital de tipo antiguo. La responsabilidad de un hospital va más allá de lo que hasta ahora se ha considerado como tal. Sin duda, debe estar en condiciones de ofrecer los mejores y más avanzados recursos técnicos para reparar la salud y devolver un elemento útil a la colectividad; pero esto no basta sino que debe, además, conocer el ambiente físico y cultural de donde proceden sus pacientes para corregir las situaciones y experiencias individuales y colectivas que han producido o agravado la enfermedad.

El hospital así concebido debe ser un centro activo de búsqueda de enfermos, de demostración de prácticas higiénicas y finalmente, de protección y fomento de la salud. Se comprende que realizar esta transformación no es tarea fácil, ni de un día, y en ella toca al médico una participación primordial. En síntesis, el hospital de nuevo cuño, debe actuar a base de acciones preventivas, educativas y de asistencia social en el seno de la comunidad a que sirve.

Por otra parte, no sólo compete al hospital en su esfera, llevar a efecto o impulsar la educación sanitaria, sino, también al Servicio Nacional de Salud en su conjunto y en estrecha colaboración con las instituciones docentes, como parte de la educación fundamental y general. La salud no es maná que cae del cielo o del estado para beneficio del pueblo. Compartimos la opinión de W. G. Smillie (4) según la cual la medicina preventiva es la expresión de la obligación del individuo de proteger y fomentar su salud y la de sus familiares. Esta responsabilidad ha de ser el producto de una conciencia social, de una conducta higiénica, de hábitos y actitudes, de intereses e ideales que plasma la educación (3).

La sanidad policial o meramente informa-

tiva, o la aplastada bajo el peso de sus códigos y reglamentos, no pasa de una entidad burocrática, falta del impulso creador que brota del contacto con los problemas de la masa y del intercambio de ideas, prácticas y experiencia. Una organización de salubridad de esta especie, no deja nada perdurable en la conciencia colectiva sino la convicción de su esterilidad (3).

Estimamos que la educación sanitaria es más importante que la legislación higiénica, y que la escuela elemental y el maestro son los auxiliares más valiosos para el paulatino proceso de transformación de la conciencia sanitaria colectiva. Al médico le cabe, asimismo, un papel relevante en la educación de la población en asuntos de higiene, y esta tarea debe realizarla no sólo en la consulta, cuando atiende a sus pacientes, sino también en sus relaciones colectivas.

De antiguo, el médico, además de fuente de alivio para el enfermo, ha sido un consejero de salud para la familia, es decir, un educador. En realidad, la mayoría de los médicos de pasadas generaciones recibió preparación suficiente en las ciencias biológicas básicas, en patología y en clínica médico-quirúrgica; pero no en lo que se refiere a medicina preventiva y social. La máxima responsabilidad de esta situación, en la hora actual, recae sobre las escuelas médicas. El papel de los hospitales, dispensarios, centros de salud y clínicas diversas, es indiscutible, pero su misión resultará fallida si los nuevos principios y orientaciones de prevención médico-social no llegan a calar la mentalidad y la acción de cada médico. En este sentido incumbe a las escuelas médicas formar el tipo de médico que la comunidad necesita, o sea, un profesional entrenado para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, y dotado, al mismo tiempo, del espíritu y de la orientación del educador y del trabajador social. La etapa inicial de este proceso es la selección cuidadosa de los futuros médicos y la garantía de una enseñanza activa y de la máxima eficiencia. Es objetivo de la educación médica, no sólo instruir sino que plasmar el carácter del futuro médico, com-

penetrándolo de su responsabilidad como servidor público. Es asimismo obligación de las escuelas médicas ofrecer a los médicos la posibilidad de perfeccionar sus conocimientos y de especializarse. Sin duda que la formación de buenos médicos, seguida de su perfeccionamiento ulterior, es la mejor garantía médico-social que puede brindarse a una colectividad.

#### REFERENCIAS

- (1) Alvarado, R.; Bravo, A. L.; García, R.; Laval, E.; Molina, G., y Schweitzer, A.: Organización e integración de los Servicios de Salubridad, *Actas Segundas Jornadas Chilenas de Salubridad*, Talleres Casa Nacional del Niño, 217-239, 1953.
- (2) Molina, G.: Organización e integración de los servicios de salubridad, ler. Congreso Interamericano de Higiene, La Habana, Cuba, 1952. Reimpresión Sub-Depto. de Educación Sanitaria, Servicio Nacional de Salud, 1954.
- (3) Neghme, A.: Reflexiones sobre la medicina y la salubridad en Chile, Imprenta Universitaria, Santiago, 1950.
- (4) Smillie, W. G.: Preventive Medicine and Public Health, 2d. ed., New York, The Macmillan Co., 1952.