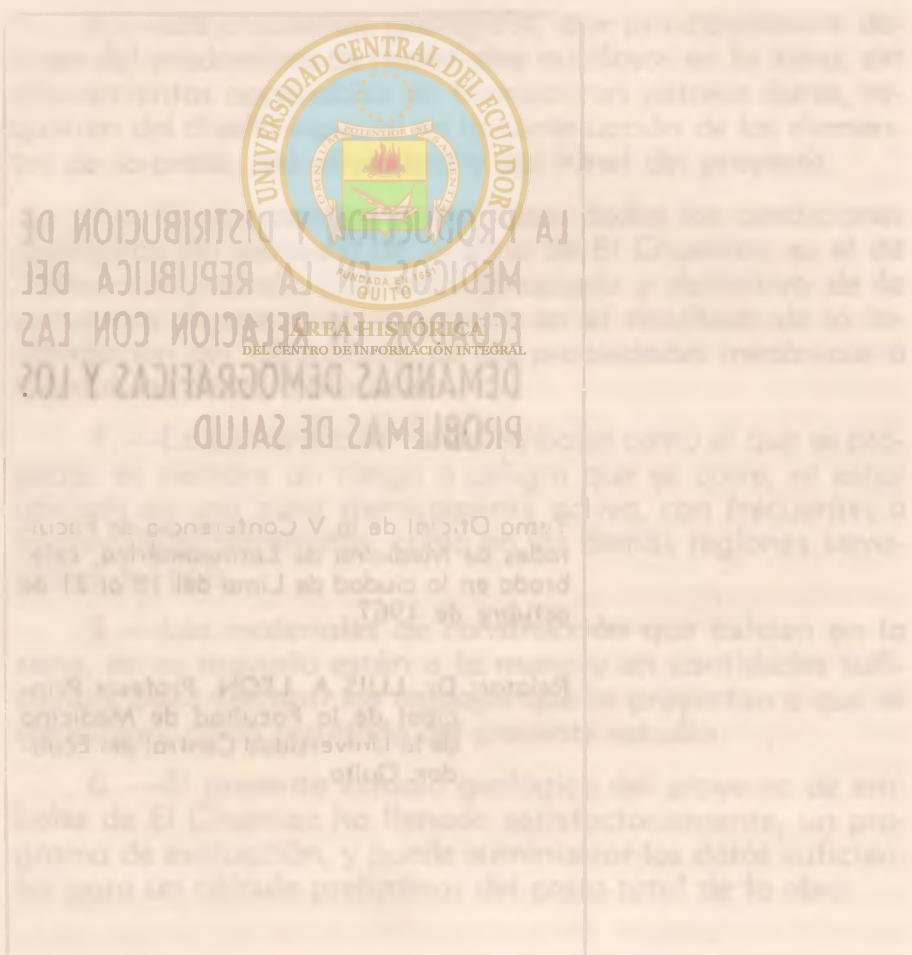


que el ancho de la carretera es de 7,5 metros, por el contrario del ancho de los caminos. Esto es un inconveniente, siendo éste de menor gravedad porque no comunica con las autoridades de la junta del pueblo. Los lugares de trabajo del proyecto

III. —CONCLUSIONES Y COMUNICACIONES

Al final del informe se hace una conclusión que consta de la siguiente forma: "Este informe que refleja la situación del proyecto con respecto de vivienda y de trabajo, muestra que éste, al momento de su realización, se encuentra bien."

En la parte de vivienda, el autor hace lo siguiente: "Además, desde el punto de vista de vivienda se incluye una vivienda para el director, una para el administrador y una para el secretario, que se considera buena."



PROLOGO

El presente estudio que, como ponencia oficial de la V Conferencia de Facultades de Medicina de Latinoamérica, fue en sus partes esenciales leído en una de las sesiones de dicha Conferencia, mereció la publicación en la Imprenta de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú. En consideración de que en este estudio se consignan datos que estadísticamente vienen a ilustrar sobre el estado y distribución de los médicos en el país y a rectificar e esclarecer muchos conceptos que se han difundido en el pueblo y aún en las esferas políticas, he considerado conveniente reeditarlo en los Talleres de la Editorial Universitaria, como un sencillo aporte al conocimiento de este palpitante problema nacional y continental.

ÁREA HISTÓRICA

ESTRUCTURA LATINA

Esta ponencia, aplicada a la América Latina y especialmente al Perú fue también presentada por el ilustre maestro y salubrista, Dr. Carlos Quirós Salinas, actual Director del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional de San Marcos de Lima. La ponencia contiene datos informativos de la mayor parte de los países de América y que reflejan el problema, tal como se viene presentando para el Ecuador. Para nosotros esta contribución del Dr. Quirós Salinas tiene interés porque nos permite hacer una comparación con nuestros datos. Nos ha proporcionado un cuadro de los porcentajes de aumento de la población en América, en el cual, circunscribiéndose a la América Meridional, los cálculos para el Ecuador en el período de 1970 a 1980, llegan al porcentaje del 37,2%, esto es, después de Venezuela, que tiene el 42,5%, el más alto de los calculados para los países de la América del Sur. El Censo del Perú en el año de 1964 dio para el país 5.235 médicos; de acuerdo con el crecimiento de la población necesitaría alcanzar una meta de 13.900 médicos en el año de 1984. Es halagador saber que en 1964, de los 4.281 médicos que prestaban servicios profesionales en instituciones de salud, 1.537 o sea el 35,% trabajaban en el

Ministerio de Salud; en cambio en el Ecuador, por los datos que hemos señalado, de los 1.206 médicos que trabajan en instituciones de salud, sólo 209 pertenecen a Sanidad, o sea el 17%. En cuanto se refiere a la pléthora de médicos en los centros urbanos de población, en el Perú el problema es tan grave como en el nuestro; por ejemplo en Lima metropolitana, en 1964, se encontraban en actividad profesional 3.420 médicos, existiendo una relación de 1 médico por 600 habitantes. En el mismo año de 1964, de los 5.235 médicos profesionalmente activos, 1.795 o sea el 34% tenían puesto rentado y práctica privada; en el Ecuador, en 1966, de los 1.867 médicos, profesionalmente activos, 1.206 o sea el 64% tenían puesto rentado y práctica privada.

En la citada Conferencia se trataron temas de incalculable importancia para las Facultades de Medicina y el Cuerpo Médico de Latinoamérica. Entre los temas de mayor importancia figuraron los siguientes: "La Migración de Médicos de América Latina", desarrollado por los doctores: Ramón Villarreal, de la O.M.S., y Washington Buño, de la Universidad de Montevideo; "La Enseñanza de la Psicología y de la Sociología en la Formación del Médico", tratado por los doctores: Hernán San Martín, Profesor del Departamento de Medicina Social y Comunitaria de la Escuela de Medicina de Valparaíso, Chile; Alfonso Millán, Jefe del Departamento de Psicología Médica y Salud Mental de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; Humberto Rotondo, de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S. M., Perú, y por Carlos Chiribega, Profesor de Psicología Médica en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, de Quito; "Modalidad de Formación del Médico Latinoamericano como Promotor del Desarrollo Económico y Social de su país", tratado por los doctores: Ignacio Morones Prieto y Sergio Novelo, del Instituto Mexicano del Seguro Social, y Gonzalo Aguirre Beltrán, Director del Instituto Indigenista Interamericano, México; "Orientación de la Enseñanza de la Medicina Integral para el Desarrollo del País", por los catedráticos de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima.

Para concimiento de los lectores, el autor se permite, en el Anexo final, transcribir los Informes de Grupo y el Informe Final del tema II: "La Producción y Distribución de Médicos en Latinoamérica en relación con las Demandas Demográficas y los Problemas de Salud"; dichos Informes nos pondrán al corriente acerca del criterio que existe en los directivos y docentes de las Facultades de Medicina de Latinoamérica, criterios que en su mayor parte concuerdan entre sí.

La producción y distribución de médicos en el Ecuador en relación con las demandas demográficas y los problemas de salud

LA PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE MEDICOS EN EL ECUADOR EN RELACION CON LAS DEMANDAS DEMOGRAFICAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD

Estos problemas de trascendental importancia, complejos y subordinados a los recursos económicos y humanos de nuestras Facultades de Medicina y a su capacidad productora, deben ser estudiados y resueltos, principalmente no sólo a base de la Medicina, sino también de la Historia, de la Estadística y de la Sociología.

I. LA PRODUCCION DE MEDICOS

Breve historia de las tres Facultades de Medicina. En el Ecuador se han encargado de preparar y proveer de médicos: 1º La Facultad de Medicina de la Universidad Central, en Quito; 2º La Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil, y 3º La Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca.

La Facultad de Medicina de Quito: es la más antigua; se inició con la Cátedra de Medicina, que por Cédula Real fue erigida el 13 de abril de 1693 en la Universidad de Santo Tomás de Aquino; no obstante haber sido honrada por maestros de gran prestigio, tales como el Dr. Joseph Fisieu, de nacionalidad francesa; el Dr. Francisco Bentboll, Fray Felipe de los Angeles, que fue catedrático de prima y Protomedico de los Reynos del Perú, y por algunas otras figuras más, pertenecientes a diferentes órdenes religiosas, en sus aulas, hasta el año de 1786, apenas alcanzaron a obrar el título de médicos 8 personas, y en este año la ciudad de Quito contaba tan sólo con 6 médicos, y muchas de las ciudades de esta Real Audiencia carecían totalmente de facultativos; se imponía, por tanto, dar a toda la Universidad una

nueva estructura y orientación para mejorar su enseñanza y aumentar el número de profesionales. Por orden Real, la Junta de Aplicaciones de Temporalidades resolvió el 4 de abril de 1786, crear en Quito una verdadera Universidad, declarando secularizada la que dirigían los dominicos, conservando el mismo nombre de Santo Tomás de Aquino; la nueva Universidad se inauguró el 9 de abril de 1788, con su cátedra de Medicina. En las postimerías del período colonial, la enseñanza de medicina, por desgracia, siguió mereciendo poca atención por parte de las autoridades universitarias. Cuando el Ecuador proclamó su independencia y formó parte de la Gran Colombia, el Congreso de Cundinamarca dispuso el 28 de marzo de 1826, la organización de las Universidades Centrales en las Capitales de los Departamentos de Cundinamarca, Venezuela y Ecuador; en virtud de este Decreto, la Universidad de Santo Tomás de Aquino, tomó el nombre de Universidad Central, con sus Facultades de Derecho y de Medicina.

Por decreto legislativo del 15 de octubre de 1867, se estableció en las capitales de las provincias del Azuay y del Guayas una Junta o Corporación, compuesta de superiores y catedráticos de los respectivos colegios seminarios y nacional, la cual podía conferir todos los grados académicos.

La Universidad de Guayaquil: inicialmente llamada "Junta Universitaria", se fundó el 1º de diciembre de 1867, el 7 de noviembre de 1877 se creó en ella la Facultad de Medicina, siendo su primer Decano el Dr. Alejo Lascano Bahamonde, uno de los más ilustres médicos de la ciudad. Según expresa el Lic. Julio Pimentel Carbo [1] : "La Escuela de Medicina da categoría a la Corporación Universitaria; concreta los ideales de la instrucción superior y canaliza los esfuerzos y necesidades de la ciudad abandonada al empirismo y prácticas anticuadas.—Por otra parte, la Facultad de Medicina se convirtió desde su fundación en un pequeño Ministerio de Salud, pues, tuvo que resolver muchos problemas administrativos. Se le había encargado la organización de algunos servicios, y la resolución de varios asuntos de Higiene y Sanidad". El 10 de octubre de 1967, esto es, a los 90 años, se le vuelve a confiar a esta Facultad, mediante convenio suscrito, entre el Ministerio de Salud y la Universidad de Guayaquil, la administración de los Servicios de Salud y Asistencia Social existentes en dicha ciudad.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca: formando parte de la "Corporación Universitaria", se estableció el 1º de enero de 1868; pero ya, el 16 de marzo de 1836, por decreto legislativo, se creó en el Hospital de Cuenca una cátedra de anatomía descriptiva y general, de fisiología, botánica, química e higiene [2]. Mas, esta cátedra, no llegó a ser una realidad, quizá por falta de recursos o por problemas administrativos o políticos. Creada la Facultad de Medicina en la fecha indicada, el 10 de febrero de 1868 se elige al Dr. Agustín Cueva, Decano de la joven Facultad.

Cronología médica y demográfica, de 1863 a 1967: Para apreciar mejor la producción de médicos y el desarrollo demográfico del país, considero útil consignar algunos datos recogidos desde 1863 a la presente:

1863.—La Academia Nacional del Ecuador [3], en dicho año da para el país 81 médicos residentes. Y según las Memorias e Informes presentados al Congreso por los Ministros del Interior, la República tenía en ese año 900.435 habitantes [4].

1894.—El "Diario de Avisos" [5], con motivo de la Exposición de Chicago, publica la nómina total de "Médicos y Cirujanos de la República del Ecuador", dando la cifra de 209 médicos; en la misma publicación se señala para el país una población de 1.500.000 habitantes.

1909.—La Compañía "Guía del Ecuador" [6] nos ofreció en 1909 la Guía Profesional de cada una de las provincias del país; en ese año el total de médicos de la República llegaba a la cifra de 239; la misma publicación trae para el país una población de 1.674.446 habitantes.

1932.—El Dr. Francisco Marchán [7], en un interesante estudio publicado en dicho año, señala para el país 392 médicos y 2.000.000 habitantes.

1938.—El autor, en colaboración con el Dr. Julio Alfonso Falcony [8], elaboró la nómina de médicos ecuatorianos residentes en el país, cuya cifra llegó a 624 facultativos. La población del Ecuador, según datos ofrecidos por la Dirección General del Registro Civil, fue la de 2.863.459 habitantes.

1941.—La Dirección Nacional de Estadística [9], para 1941 ofreció los siguientes datos: Número de médicos: 554; número de habitantes: 3.029.910, y la tasa de 1,8 médicos por cada 10.000 habitantes. Debo indicar que al pie de la página consta la siguiente nota: "Estos datos, por la fuente de donde proceden son bastante aproximados, pero no exactos". Comparando con los datos constantes en el año de 1938, se aprecia que en 1941 hay una disminución de 70 médicos, por lo cual participamos de la opinión de que la información suministrada por la Dirección de Estadística no es exacta. Efectivamente, el Dr. J. Alfonso Falcony [10] en su "Guía Médica del Ecuador" publicada en 1941, da para todo el país, 693 médicos, incluyendo 22 de quienes se desconocía la residencia; de acuerdo con estos datos, tendríamos una tasa de 2,2 por 10.000 habitantes; son datos que más se acercan a la realidad.

1955.—El Dr. Canaperia [11], Presidente del Consejo Ejecutivo de la OMS, ha dado para el Ecuador, la relación de 1 médico por cada 4.200 habitantes. La Sección de Biostadística del Servicio Sanitario Nacional [12], da en 1955 para el país una población de 3.645.354 habitantes, o sea una tasa de 2,3 por cada 10.000 habitantes.

1957.—La Organización Panamericana de la Salud [13], dio para el Ecuador una razón de 3,4 médicos por cada 10.000 habitantes; en ese año la población de la República era de 3.867.000 habitantes.

1963.—De acuerdo con el Plan General de Desarrollo [14], existían en el Ecuador tan sólo 1.670 médicos, y de acuerdo con el II Censo de Población [15], la población del país fue de 4.581.476 habitantes, o sea que había 1 médico por cada 2.833 habitantes.

1965.—La Organización Panamericana de la Salud [16], nos ha proporcionado estos datos para el Ecuador: 1.698 médicos y una razón de 3,3 por cada 10.000 habitantes. Para el año de 1965 se calculó para el país una población de 5.145.000 habitantes, y una relación de 1 médico por cada 3.030 habitantes.

1967.—Gracias a la lista de médicos confeccionada por los Laboratorios Life [17], sabemos que en el país existen, en ejercicio de la profesión, 1.991 facultativos; para este

año (1967) la población del Ecuador se calculó en 5.500.000 habitantes; por tanto, tenemos actualmente la relación de 1 médico por cada 2.762 habitantes, y una tasa de 3,6 médicos por cada 10.000 habitantes.

Los datos consignados los sintetizaremos en la siguiente tabla:

SINTESIS DEL CRECIMIENTO DEL CUERPO MEDICO Y DE LA POBLACION DEL ECUADOR, DE 1863 A 1967

Años	Población del Ecuador	Nº de médicos	Relación de 1 médico por Nº habitantes	Tasa por 10.000 habitantes
1863	900.435	81	1 x 11.116	0,9
1894	1.500.000	209	1 x 7.177	1,4
1909	1.674.446	239	1 x 7.006	1,4
1932	2.000.000	392	1 x 5.102	2,0
1938	2.863.459	624	1 x 4.648	2,2
1941	3.029.910	693	1 x 4.372	2,2
1955	3.645.354	867	1 x 4.204	2,4
1957	3.867.000	1.314	1 x 2.942	3,4
1963	4.581.476	1.670	1 x 2.743	2,6
1965	5.145.000	1.698	1 x 3.030	3,3
1967	5.500.000	1.991	1 x 2.762	3,6

Del estudio comparativo de los datos anteriores, podemos concluir que en el lapso de 104 años, la relación de 1 médico al Nº de habitantes ha ido disminuyendo progresivamente, con excepción de los años de 1957 y 1965, fenómeno contrario se ha registrado en cuanto a la tasa de 1 x 10.000 habitantes, que ha ido subiendo progresivamente hasta llegar a 3,6 en el año de 1967.

Considero de suma importancia, dar a conocer la situación que ocupa el Ecuador comparativamente con la de los demás países del Continente, en lo que se refiere a la relación de 1 médico al Nº de habitantes, y a la tasa por cada 10.000 habitantes. Ateniéndonos al estudio del Dr. Canaperia [11], en el año de 1955 podemos colocar a los países de América en el siguiente orden:

Haití	1.5	médico	x	10.600	habitantes
Guatemala	1.000	"	x	5.800	"
El Salvador	1.000	"	x	5.400	"
Bolivia	1.000	"	x	4.800	"
Perú	1.000	"	x	4.600	"
ECUADOR	1.000	"	x	4.200	"
Panamá	1.000	"	x	3.600	"
Costa Rica	1.000	"	x	3.200	"
Nicaragua	1.000	"	x	2.900	"
Brasil	1.000	"	x	2.900	"
Rep. Dominicana	1.000	"	x	2.900	"
Colombia	1.000	"	x	2.800	"
Paraguay	1.000	"	x	2.800	"
México	1.000	"	x	2.300	"
Chile	1.000	"	x	1.800	"
Venezuela	1.000	"	x	1.800	"
Cuba	1.000	"	x	1.700	"
Canadá	1.000	"	x	1.200	"
Estados Unidos	1.000	"	x	800	"



Yendo en orden descendente, el Ecuador en 1955 vendría a ocupar el 6º lugar; por entonces 1 médico tenía que atender a 4.200 habitantes, o sea casi al doble de lo que le correspondía atender a un médico mexicano, y 5 veces más de lo que le correspondía a un médico de los Estados Unidos de Norteamérica. Luego analizaremos los diferentes factores que existen en el ejercicio de la profesión médica en el Ecuador.

El número de habitantes por médico para los países de Europa, en el mismo año, resulta mucho más bajo de lo que se registra en América; nos limitaremos a señalar unos pocos ejemplos: Austria, 1 x 650 habitantes; Noruega, 1 x 591 habitantes; Italia, 1 x 800 habitantes; Islandia, 1 x 810 habitantes; Alemania, 1 x 778 habitantes; Hungría, 1 x 964 habitantes; Francia, 1 x 1.196 habitantes; Gran Bretaña, 1 x 1.143 habitantes; Portugal, 1 x 1.500 habitantes; España, 1 x 1.000 habitantes; U.R.S.S., 1 x 1.072 habitantes, etc.

Consideraremos ahora la situación del Ecuador en el año de 1965, frente a los demás países del Continente, basándonos en los datos de la Organización Panamericana de la Salud [16]:

**NUMERO DE FACULTATIVOS Y RAZON POR 10.000 HABITANTES
DE LOS PAISES DE AMERICA**

Países	Año	Nº de médicos	Razón por 10.000 hab.
Haití	1965	311	0,7
Honduras	1965	341	1,6
El Salvador	1964	625	2,2
Guatemala	1964	1.066	2,5
Bolivia	1963	1.032	2,9
ECUADOR	1965	1.698	3,3
Trinidad y Tabago	1962	350	3,9
Brasil	1962	29.840	4,0
Nicaragua	1965	698	4,2
Colombia	1963	7.453	4,4
Costa Rica	1963	634	4,7
Perú	1964	5.262	4,7
Jamaica	1964	864	4,9
México	1965	21.165	5,2
Panamá	1964	628	5,3
Chile	1964	4.842	5,8
Paraguay	1964	1.180	6,0
República Dominicana	1964	2.153	6,2
Venezuela	1964	6.584	7,8
Cuba	1965	6.815	8,9
Uruguay	1964	3.051	11,4
Canadá	ÁREA HIS. DEL CENTRO DE INFORMACIONES	21.411	11,6
Argentina	1962 A 1962 INTEGRAL	31.831	14,9
Estados Unidos de N. A.	1964	295.296	15,4

El Ecuador, pese a haber transcurrido 10 años desde los cálculos realizados en 1955, no ha cambiado de situación en cuanto a la tasa por 10.000 habitantes; pues, sigue ocupando el 6º lugar; en cambio el Perú, que en 1955 estaba en 5º lugar, en 1964, ha mejorado, llegando a ocupar el 12º lugar. El estudio comparativo de las tasas que corresponden a los diferentes países, resulta de sumo interés, por cuanto revela la atención médica que se está proporcionando a sus habitantes, como también la situación socio-económica de cada uno de ellos en lo referente a la atención médica.

PRODUCCION NACIONAL DE MEDICOS.— Consideremos ahora el número de facultativos graduados en las tres Facultades de Medicina del país: del año lectivo de 1951-52

al de 1960-61, observamos que en el lapso de una década en las tres Facultades se han graduado un total de 1.414 médicos, o sea un promedio anual de 141 médicos, y del año de 1961 al de 1966 inclusive, en las tres Facultades se han incorporado un total de 701 médicos, o sea un promedio de 116 médicos. Comparando la producción de facultativos en los dos períodos, se aprecia que en el último hay 25 médicos menos por cada año lectivo, dato muy revelador de que la producción de médicos en el país, en lugar de ir en aumento ha ido en disminución. Señalaremos posteriormente los diferentes factores que han determinado este fenómeno.

Para una mejor apreciación de nuestro problema, daremos a conocer el número de médicos graduados en las tres Facultades desde 1961 a 1966, según los datos obtenidos por el Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Central [18].

PRODUCCION DE MEDICOS EN LAS TRES FACULTADES DE MEDICINA. 1961-1966

Facultades de Medicina	Años Lectivos						Totales por Facultad
	1961	1962	1963	1964	1965	1966	
ÁREA HISTÓRICA							
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL							
Universidad Central...	66	41	28	54	67	76	332
Univers. de Guayaquil	52	41	47	37	76	70	323
Universidad de Cuenca	12	3	4	6	13	8	46
Total por Año Lectivo	130	85	79	97	156	154	701

Un dato de bastante interés, que nos da una idea del desenvolvimiento socio-económico y cultural, de acuerdo con el sexo, es el siguiente: el 91% de los graduados son hombres, y el 9% mujeres.

Es necesario que se conozca el número y porcentaje de médicos incorporados en el país, en relación al número total de profesionales graduados en los diferentes establecimientos de educación superior, a fin de apreciar la orientación que tiene la juventud universitaria y el movimiento profesional, como recurso humano en el desarrollo cultural y socio-económico.

**PRODUCCION DE PROFESIONALES EN LOS ESTABLECIMIENTOS
DE EDUCACION SUPERIOR DEL PAIS
1961 - 1966**

Número de Profesionales graduados	Años Lectivos						Totales
	1961	1962	1963	1964	1965	1966	
Profesionales graduados **	670	656	661	707	980	1.166	4.840
Médicos graduados.....	130	85	79	97	156	154	701
Graduados en Medicina en relación a todos los profe- sionales. %	19	13	12	13	16	13	14,5

* Universidad Central, Universidad de Guayaquil, Universidad de Cuenca, Universidad de Loja, Universidad Técnica de Manabí, Universidad Católica de Quito, Universidad Católica de Guayaquil, Escuela Politécnica de Quito y Escuela Politécnica del Litoral.

** En: Ingeniería Agronómica, Medicina Veterinaria, Arquitectura, Economía, Administración, Ingeniería Civil, Ingeniería Industrial, Pedagogía, Periodismo, Psicología, Educación Física, Jurisprudencia, Derecho Internacional, Medicina, Obstetricia, Enfermería, Odontología, Bioquímica y Farmacia, Ingeniería Química, Ingeniería Eléctrica, Ingeniería Mecánica, Química Industrial, Ciencias Naturales, Ingeniería de Minas, Ingeniería Naval e Ingeniería Agrícola.

**ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL**

De la tabla anterior, podemos provisionalmente sacar estas conclusiones:

- 1º Que a partir de 1964, se aprecia un aumento progresivo del número de profesionales graduados en los diferentes establecimientos de educación superior;
- 2º Que el porcentaje de médicos incorporados en las tres Facultades de Medicina en relación con el total de profesionales graduados en las Universidades y Escuelas Politécnicas del País, oscila entre el 19 y el 12%, registrándose en los 6 años lectivos estudiados un porcentaje del 14,5;
- 3º Que mientras los estudios realizados por el Instituto de Investigaciones Económicas y Financieras de la Universidad Central [18], da para el quinquenio de 1957 a 1962 un crecimiento de población estudiantil del 11,0%

y que el cálculo para el año de 1973, arroja una población estudiantil de 20.000, el crecimiento de población estudiantil en Medicina tiende a permanecer estacionario, y a disminuir su porcentaje en relación a toda la población universitaria; y,

- 4º Que en un país que crece demográfica y económicamente, este estacionamiento de la población estudiantil en Medicina, y por ende en la producción de médicos, no es un fenómeno natural, teniendo que repercutir gravemente en la salud de la población del país, afectando fatalmente el desenvolvimiento biológico, económico y social del Estado ecuatoriano.

Que el estancamiento de la población estudiantil en Medicina, y por ende también el estancamiento de la producción de médicos en el país, pueden obedecer a estos factores:

- a) Al menor número de alumnos en la especialización de Ciencias Biológicas de los Colegios de Enseñanza Secundaria, en relación con el número de alumnos de las otras especializaciones;
- b) A las mayores exigencias que se han establecido en las Facultades de Medicina para su ingreso a primer año;
- c) Al mayor número de años de estudios y al mayor número de horas en los Pénsum de Estudios de las Facultades de Medicina, en comparación con los de otras Escuelas Profesionales, lo cual impide a los alumnos de Medicina, dedicar su tiempo también al desempeño de cargos públicos o particulares, con el objeto de costearse sus propios estudios o ayudar al sostenimiento económico de su familia;
- d) A la creación cada vez de nuevas Escuelas e Institutos de Educación Superior en el país, los mismos que atraen la atención de los Bachilleres, por las facilidades que ofrecen para los estudios, por las becas que proporcionan, por el desenvolvimiento científico, industrial, artístico, etc. que existe en todos los países, o simplemente, por snobismo o novedad;
- e) A la postergación de que han sido objeto las Escuelas de Medicina por parte del Estado o de las mismas autoridades universitarias, en cuanto a los recursos humanos, didácticos y económicos;

- f) A las mejores remuneraciones que ofrecen la administración pública y las entidades particulares a los otros profesionales, especialmente a los economistas, ingenieros textiles, arquitectos, odontólogos, veterinarios, ingenieros agrónomos, ingenieros químicos, etc., con la circunstancia de que estos profesionales han realizado sus estudios en menos años que el médico;
- g) A la competencia cada vez mayor en el ejercicio de la profesión médica en el medio urbano, debido a la pléthora de facultativos en dicho medio y como resultado de la poca atención que han dado el Estado y las Instituciones Asistenciales, Sanitarias, los Municipios, el Seguro, etc., a los problemas de salud del medio rural, impidiendo el desplazamiento de los médicos a este medio;
- h) A la circunstancia de que el médico inicia su vida profesional más tarde que los otros profesionales, por lo cual su jubilación como empleado público o particular, la alcanza más tarde, muchas veces en malas condiciones de salud. Por la índole misma de la profesión, el médico está más expuesto a contraer enfermedades infectocontagiosas, afecciones cardiovasculares y pulmonares, siendo por consiguiente, menor su expectativa de vida. Nuestra legislación no contempla para la clase médica riesgos de trabajo, ni seguro de enfermedad para todos los facultativos, circunstancias que pesan en la elección del bachiller hacia la carrera médica;
- i) Al sinnúmero de exigencias y pruebas que se le somete sólo a este profesional, como simple aspirante a un cargo público; y,
- j) Al hecho de que la sociedad es también exigente e injusta con el facultativo; pues, desde la época colonial sus conocimientos, abnegación y humanitarismo han sido siempre explotados y sus servicios, pésimamente evaluados. El público desconoce que el médico piensa más en la salud de sus pacientes que en la suya propia; desconoce que ante el pronóstico grave o reservado de un paciente, el médico interiormente sufre, soporta largas horas de vigilia, lucha contra la muerte, con

riesgo de su salud y sacrificio de su familia; el apositolado frente a la salud y conveniencias de la sociedad, se ha creado sólo para el médico y nada más que para él. Se han realizado interesantes estadísticas sobre la alta incidencia de enfermedades cardíacas, mentales y sobre suicidios entre médicos; pero el Estado y el público desconocen o tratan de ocultar los conflictos espirituales y sociales de este respetado grupo de profesionales.

Si el número de médicos no ha crecido, como ha crecido y sigue creciendo la población del país, corresponde al Estado y a las Universidades dar una inmediata y eficaz solución a este grave problema; caso contrario la salud pública, sufrirá el impacto de esta crisis profesional. Más adelante propondremos algunas de las soluciones que merezcan prioridad.

La producción de médicos en el Ecuador, está sujeta por otra parte a los siguientes fenómenos migratorios: 1º Al éxodo de los facultativos jóvenes nacionales hacia otros países del Continente, especialmente a Estados Unidos de Norteamérica, a Venezuela y a Cuba; 2º Al retorno de los médicos extranjeros graduados en las universidades ecuatorianas hacia su país de origen, figurando entre aquellos principalmente médicos colombianos, venezolanos y panameños, cuyo número total varía entre 4 y 6% de los graduados en las tres Universidades; y, 3º A la convalidación de títulos de médicos y de doctores en medicina y cirugía de ecuatorianos y extranjeros que han estudiado y se han graduado en universidades de otros países, tales como Argentina, Brasil, México, España y Alemania, cuyo número puede variar entre 10 a 15 profesionales al año.

II. DISTRIBUCION DE LA POBLACION Y DE LOS MEDICOS EN EL ECUADOR

Para tener un concepto claro acerca de la distribución de los facultativos en el territorio nacional, se hace imprescindible conocer también la distribución de la población del país en el tiempo y en el espacio, a fin de apreciar mejor el desarrollo, tanto demográfico como profesional, en las tres regiones geográficas del Ecuador: Litoral, Sierra y Oriente.

**DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y PORCENTAJES DE LA
POBLACION DEL PAIS, DE 1909 A 1967**

Años	Total del país	LITORAL		SIERRA		ORIENTE	
		Nº hab.	%	Nº hab.	%	Nº hab.	%
1909	1.674.446	503.200	30,0	1.086.246	64,9	85.000	5,1
1938	2.863.459	919.756	32,2	1.755.499	61,3	188.204?	6,5
1950	3.202.757	1.299.841	40,6	1.856.445	57,9	46.471	1,5
1955 (30-VI)	3.645.354	1.561.010	42,8	2.031.566	55,7	52.778	1,5
1963 (30-VI)	4.581.476	2.136.345	46,6	2.370.570	51,7	74.561	1,7
1965 (30-VI)	5.145.000	2.413.551	46,9	2.641.977	51,4	89.472	1,7
1967 (30-VI)	5.500.000	2.614.274	47,5	2.786.210	50,7	99.516	1,8

ÁREA HISTÓRICA

DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Del análisis de la tabla precedente podemos deducir:

1º Que en 1909, esto es hace 58 años, la población del Litoral era aproximadamente, la tercera parte de la población total del país, y la población de la Sierra, las dos terceras partes de la población total; 2º Que en los años sucesivos la población del Litoral ha ido creciendo notablemente, hasta llegar en el lapso de 58 años al 47,5% de la población total, mientras en el crecimiento de la población de la Sierra se ha observado fenómeno inverso; pues, en 1909 la población de la Sierra representaba el 64,9%, y en 1967 baja al 50,7% en relación a la población total del país; 3º Que a partir de 1963 los porcentajes de las poblaciones de la Sierra y del Litoral tienden a nivelarse; 4º Que la población total del Ecuador en el lapso de 58 años ha llegado a triplicarse; y, 5º Que la población de la Región Oriental, en relación a la población total del país, es muy baja, y que mientras en 1909 representaba el 5,1%, en 1967 representa a lo mucho el 1,8%.

A qué factores podemos atribuir el mayor incremento de la población en el Litoral? 1º A la acción benéfica de la campaña antipalúdica llevada a cabo en el país y especialmente en el Litoral desde 1949, en donde la malaria era el flagelo de sus habitantes y el principal obstáculo para el desarrollo demográfico y económico de la Región. Una área de 152.862 km², con una población de 2.345.000 habitantes, o sea el 67% de la población total, estaba gravemente afectada por el paludismo en forma endémica; 2º Al aumento de las asignaciones presupuestarias en general para las actividades sanitarias, sobre todo en el Litoral; quizás el 30% del presupuesto sanitario nacional, ha estado dedicado a la protección, fomento y reparación de la salud de la población del Litoral, que desde la época colonial era víctima de las endemias tropicales y especialmente del paludismo; 3º Al incremento de la agricultura, y sobre todo al cultivo y exportación del banano, café, arroz, cacao y de otros productos tropicales, gracias a que la región quedó casi libre de la malaria; 4º Al desarrollo vial en todo el Litoral; 5º Al proceso de migración de los habitantes de la Sierra a los campos del Litoral durante estos últimos años, sobre todo del trabajador agrícola; 6º A la circunstancia de que, mientras en la Sierra la población está constituida por un alto porcentaje de indios, que no recurren a los servicios hospitalarios ni a los médicos para la reparación de la salud, en la Costa los habitantes, en cambio, tienen especial preocupación por la conservación y reparación de la salud, hasta tal punto que, sistemáticamente, parte del presupuesto de ingresos destinan a dicha finalidad. Estas diferencias raciales y ecológicas se hacen más notables si nos referimos a la población infantil; y, 7º A factores de orden legal y religioso frente a la concepción y natalidad; pues, existe mayor natalidad e ilegitimidad en la Costa que en la Sierra, con la circunstancia de que en la Costa la ilegitimidad, por lo general, es responsable, sin abandono de los padres a la descendencia. Se pueden señalar muchos otros factores, tales como fecundidad de los terrenos agrícolas, condiciones estrictamente climatológicas, dispersión de la población, etc.

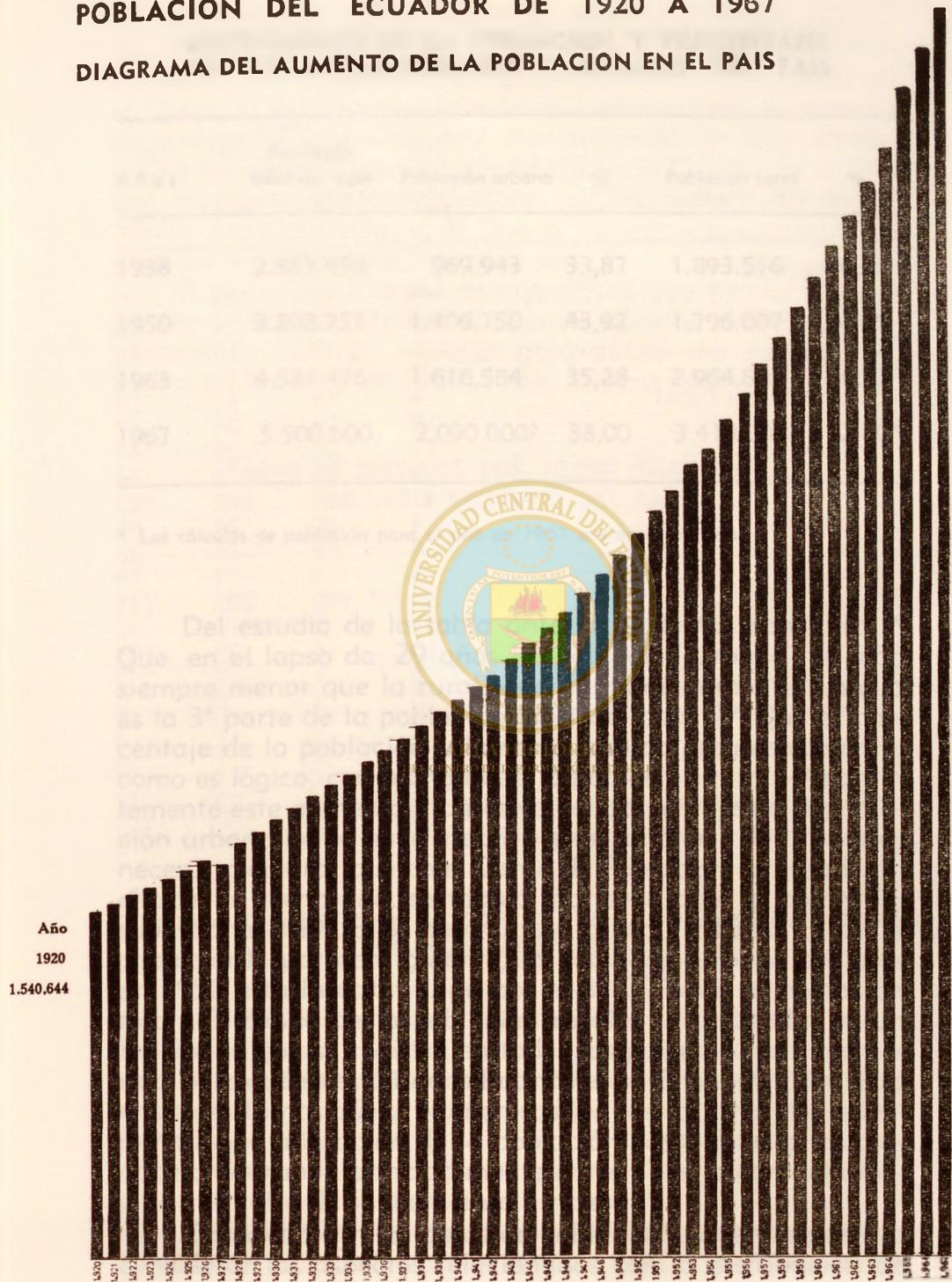
Es necesario también conocer cómo está distribuida la población en el medio urbano y rural; no habiéndonos sido posible conseguir datos desde 1909, nos limitaremos a consignar los constantes en la siguiente tabla:

regiones geográficas del Ecuador. Litoral, Sierra y Oriente.

POBLACION DEL ECUADOR DE 1920 A 1967

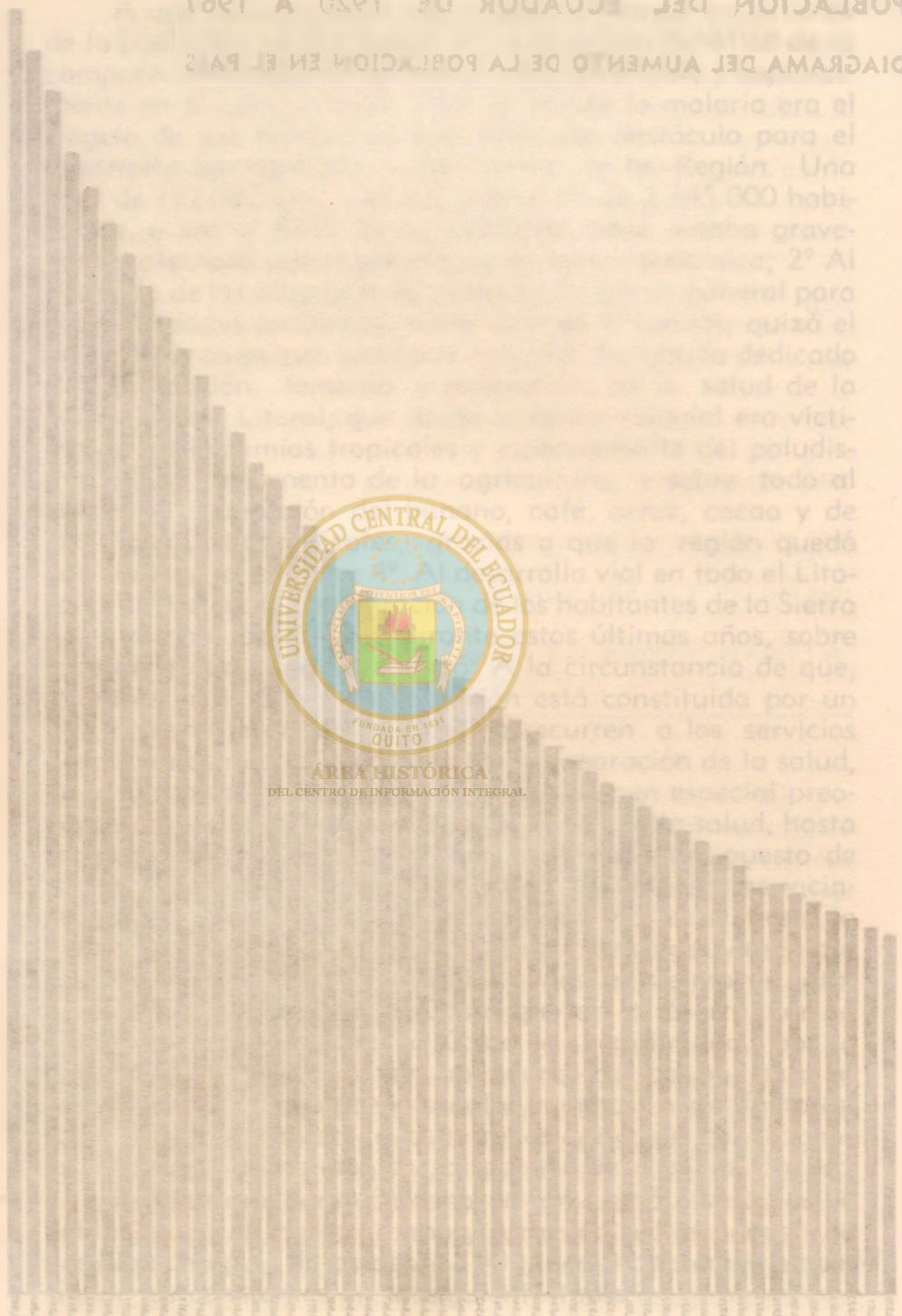
DIAGRAMA DEL AUMENTO DE LA POBLACION EN EL PAIS

Año
1967
5.500.000



POBLACION DEL ECUADOR DE 1830 A 1962

DIAGRAMA DEL AUMENTO DE LA POBLACION EN EL PAÍS



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION Y PORCENTAJES
EN LAS AREAS URBANAS Y RURALES DEL PAIS**

Años	Población total del país	Población urbana	%	Población rural	%
1938	2.863.459	969.943	33,87	1.893.516	66,13
1950	3.202.757	1.406.750	43,92	1.796.007	56,08
1963	4.581.476	1.616.584	35,28	2.964.892	64,72
1967	5.500.000	2.090.000?	38,00	3.410.000?	62,00*

* Los cálculos de población para el año de 1967 son aproximativos.

Del estudio de la tabla anterior podemos concluir: 1º Que en el lapso de 29 años la población urbana ha sido siempre menor que la rural, que aproximadamente aquella es la 3^a parte de la población total del país; 2º Que el porcentaje de la población urbana ha subido progresivamente, como es lógico, con mengua de la población rural. Aparentemente este aumento progresivo del porcentaje de la población urbana no se hace efectivo en el año de 1950; pero es necesario aclarar que en el Censo de Población levantado en el país en dicho año, se tabuló por separado la población suburbana (492.818 habitantes, o sea el 15,38% de la población); por consiguiente, la población urbana del país en 1950 estaría constituida por el 33,09% de la población total. El éxodo de la población rural a las ciudades es un fenómeno que se registra en todos los países de Latinoamérica, pero que se está intensificando en el Ecuador, sobre todo en estos últimos años. Numerosos son los factores que determinan esta migración de la población campesina a las ciudades, figurando principalmente entre ellos la carencia médica y la falta de saneamiento ambiental.

Contando con los datos de población, podemos pasar a considerar los aspectos relacionados con la distribución de los médicos en el país.

**DISTRIBUCION DEL CUERPO MEDICO NACIONAL
POR AÑOS Y PROVINCIAS**

	AÑOS			
	1909	1938	1941	1967
TOTAL DEL PAIS.....	239	624	693	1.991
PROVINCIAS:				
Azuay	45	76	63	115
Bolívar	5	12	9	26
Carchi	2	9	10	21
Cañar	3	9	10	18
Cotopaxi (antes León)	4	14	11	24
Chimborazo	15	22	29	47
Imbabura	11	26	25	44
Loja	9	19	19	14
Pichincha	47	164	192	589
Tungurahua	4	20	24	61
El Oro	6	12	18	35
EsmERALDAS	4	6	7	19
Guayas	61	190	202	735
Los Ríos.....	13	8	16	92
Manabí	10	35	35	104
Archipiélago de Colón	0	1	0	2
Pastaza	0	1	0	7
Napo	0	0	0	5
Morena Santiago	0	0	1	3
Zamora Chinchipe	0	0	0	?
Localidad desconocida.....	—	—	22	—

**DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y PORCENTAJES DE LOS MEDICOS
POR REGIONES. 1909 - 1967**

Años	L I T O R A L			S I E R R A		ORIENTE y localidad desconocida	
	Total de médicos	Número de médicos	%	Número de médicos	%	Número de médicos	%
1909	239	94	39,3	145	60,7	0	0
1932	392	137	34,9	255	65,1	0	0
1938	624	252	40,3	371	59,4	1	0,3
1941	693	278	40,1	392	56,6	23	3,3
1967	1.991	987	49,5	989	49,7	15	0,8

De la tabla anterior podemos deducir: 1º Que el número de facultativos y el porcentaje en relación al Cuerpo Médico nacional, han aumentado progresivamente en el Litoral; en la Sierra, si bien ha aumentado su número, pero en cambio su porcentaje va anualmente disminuyendo; 2º Que actualmente los porcentajes de los médicos en la Costa y en la Sierra, son prácticamente iguales: 49,5% para la Costa, y 49,7% para la Sierra; y, 3º Que el número y porcentajes de médicos en el Oriente son mínimos.

A base de los datos demográficos que hemos dado a conocer, podemos ofrecer la tasa de médicos por 10.000 habitantes en las tres regiones geográficas del país, por lo menos en los años de 1909, 1938, 1941 y 1967.

**TASAS DE MEDICOS POR 10.000 HABITANTES
EN LAS 3 REGIONES DEL PAIS**

Años	Nº total de médicos	L I T O R A L		S I E R R A		O R I E N T E		y localid. desconoc.
		Número de médicos	Tasa	Número de médicos	Tasa	Número de médicos	Tasa	
1909	239	1,4	94	1,8	145	1,3	0	0
1938	624	2,2	252	2,7	370	2,1	2	0,2
1941	693	2,2	278	2,8	392	2,1	23	2,3
1967	1.991	3,6	987	3,7	989	3,5	15	1,5

Del análisis de la tabla anterior concluimos: 1º Que la tasa de médicos por 10.000 habitantes ha ido aumentando en el país progresivamente y en cada una de las tres regiones geográficas; 2º Que en el Litoral la tasa de médicos es prácticamente igual al de la Sierra, y que hasta la presente las tasas por 10.000 habitantes de las dos regiones marchan casi paralelas; y, 3º Que la tasa de médicos en la Región Oriental es sumamente baja: 1,5 por 10.000 habitantes.

De la misma manera que tuvimos oportunidad de considerar la población del país, distribuida en áreas urbanas y rurales, consideraremos también la distribución de los Médicos en dichas áreas y sus tasas por 10.000 habitantes, por lo menos en 2 años.

TASA DE MEDICOS POR 10.000 HABITANTES EN AREAS URBANAS Y RURALES

Años	Nº total de médicos	Tasa	En áreas urbanas	Tasa	En áreas rurales	Tasa
1938	624	2,17	603	6,2	21	0,1
1967	1.991	3,6	1.879	8,9	112	0,3*

* Los cálculos de población para el año de 1967 son aproximativos.

En vista de no haber sido posible disponer de datos de varios años, señalaremos con carácter provisional: 1º Las tasas de médicos por 10.000 habitantes han aumentado, tanto en el medio urbano como en el rural, siendo muy notable en las áreas urbanas; 2º En el lapso de 29 años, casi ha llegado a duplicarse la tasa en las áreas urbanas; y, 3º La tasa de médicos por 10.000 habitantes en las áreas urbanas representa más del doble de la tasa de médicos de todo el país.

DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS Y PORCENTAJES EN AREAS URBANAS Y RURALES

DEL CENTRO DE INFORMACION INTEGRAL

Años	Nº total de médicos	En áreas urbanas	%	En áreas rurales	%
1938	624	603	96,67	21	3,33
1967	1.991	1.879	93,87	112	6,13*

* Los cálculos de población para el año de 1967 son aproximativos.

El estudio comparativo de los datos correspondientes a los años de 1938 y 1967 en lo referente a la distribución de los médicos en las áreas urbanas y rurales del país nos ofrece las siguientes conclusiones: 1º En 1938, más de las cuatro quintas partes del Cuerpo Médico de la República, ejercían su profesión en áreas urbanas; en 1967, la proporción es mucho más elevada; pues, mientras en las ciudades se encuentra el 96,67% de los médicos, en las áreas rurales apenas

llega al 3,33%; y 2º Que el fenómeno de la concentración de médicos en las ciudades, va haciéndose cada vez más grave, mientras más transcurre el tiempo, en el lapso de 29 años se ha registrado una concentración del 12,22% más de lo que había en 1938. Si no se toman medidas de orden médico, sanitario y social de urgencia, la situación se irá agravándose con funestas consecuencias para la salud del habitante del agro.

A qué nivel de población urbana está llevándose a cabo la pléthora de médicos; en capital de provincia o en cabecera cantonal? A base de la lista de médicos de los Laboratorios Life, elaborada para el año de 1967, nos ha sido posible hacer la siguiente distribución:

DISTRIBUCION DE MEDICOS DEL PAIS EN CAPITALES DE PROVINCIA Y CABECERAS CANTONALES EN 1967

Provincias	Nº de médicos en la provincia	Nº de médicos en capitales provinciales	Nº de médicos en cantones
Azuay	115	105	10
Bolívar	26	17	9
Carchi	21	13	8
Cañar	18	12	6
Cotopaxi	24	19	5
Chimborazo	47	38	9
Imbabura	44	27	17
Loja	44	36	8
Pichincha	589	565	24
Tungurahua	61	55	6
El Oro	35	12	23
Esmeraldas	19	14	5
Guayas	735	663	72
Los Ríos	92	15	77
Manabí	104	31	73
Archipiélago de Colón	2	2	0
Pastaza	5	4	1
Napo	5	3	2
Morona Santiago	3	1	2
Zamora Chinchipe	?	?	?
Localidad desconocida	2	2	
TOTALES	1.991	1.634	357

**DISTRIBUCION DE MEDICOS POR REGIONES GEOGRAFICAS
Y PORCENTAJES EN 1967**

Regiones en Región	Nº de médicos	Nº de médicos capitales prov.	%	Nº de médicos cabeceras cantonales	%
Litoral	987	737	74,67	250	25,33
Sierra	989	887	89,68	102	10,32
Oriente y loc. desconc.	15	10	66,66	5	33,34
TOTAL	1.991	1.634		357	

En cuanto a la mala distribución de médicos en el país son muy reveladores los siguientes datos: 1º De los 1991 médicos que en 1967 ejercen la profesión en el Ecuador, 1.634, o sea el 82,06% se hallan en las capitales de provincias, y sólo 357, o sea el 17,94%, en las cabeceras cantonales y parroquiales; 2º De los 989 que se encuentran en la Sierra, 887, o sea el 89,68% ejercen la profesión en las capitales de provincia, y 102, o sea el 10,32%, en las cabeceras cantonales y parroquiales, y de los 987 médicos de la Costa, 737, o sea el 74,67% se encuentran domiciliados en las capitales de provincias, y 250, o sea el 25,33% se hallan en las cabeceras cantonales y parroquiales; 3º La mala distribución de médicos está más acentuada en la Sierra; y, 4º En las provincias orientales, cuyo número de médicos apenas llega a 15, la distribución es más o menos igual entre las capitales de provincias, cantones y parroquias.

Consideraremos ahora la distribución de los médicos en Guayaquil, Quito y Cuenca en relación al número total de médicos en el país.

NUMERO Y PORCENTAJE DE MEDICOS EN LAS CIUDADES DE GUAYAQUIL, QUITO Y CUENCA

Años	Nº		Guaya- quil	%	Quito	%	Cuenca	%	
	médicos país	médicos 3 ciuds.							
1909	239	151	63,17	61	25,52	45	18,82	45	18,82
1932	392	323	82,39	134	34,18	119	30,36	70	17,85
1938	624	404	64,74	179	20,68	162	25,96	63	10,10
1941	671	437	65,11	190	28,31	188	28,01	59	8,79
1967	1.991	1.333	66,93	663	33,29	565	28,37	105	5,27

TAZA DE MEDICOS POR 10.000 HABITANTES DE LAS CIUDADES DE GUAYAQUIL, QUITO Y CUENCA

Años	GUAYAQUIL		QUITO		CUENCA	
	Población	Tasa	Población	Tasa	Población	Tasa
1909	80.000	7,6	60.000	7,5	35.000	12,8
1932	120.000	11,1	92.000	12,9	40.000	17,5
1938	146.964	12,1	128.000	12,6	46.000	13,6
1967	611.000	10,8	450.000	12,5	75.000	14,0

RELACION DE MEDICO A NUMERO DE HABITANTES EN LAS CIUDADES DE GUAYAQUIL, QUITO Y CUENCA

Años	GUAYAQUIL		QUITO		CUENCA	
	1 x	hab.	1 x	hab.	1 x	hab.
1909	1 x	1.311 hab.	1 x	1.333 hab.	1 x	777 hab.
1932	1 x	895 "	1 x	773 "	1 x	570 "
1938	1 x	821 "	1 x	790 "	1 x	730 "
1967	1 x	921 "	1 x	792 "	1 x	714 "

Del análisis de las tres tablas, podemos llegar a estas conclusiones: 1º En las tres ciudades el número de médicos ha ido aumentando progresivamente; en el lapso de 58 años, mientras la población de las tres ciudades se ha sextuplicado, el Cuerpo Médico de las mismas ha crecido ocho veces más; 2º En relación al número total de médicos del país, los porcentajes que ejercen la profesión en las tres ciudades han subido del 63,17% al 66,93%, o sea que en 1967 están ejerciendo en las tres ciudades las dos terceras partes del Cuerpo Médico Nacional, y que sólo en la ciudad de Guayaquil ejercen la tercera parte del total de médicos del país; 3º En relación al número total de médicos del país, los porcentajes de facultativos que han venido ejerciendo en la ciudad de Cuenca, han ido disminuyendo a través del tiempo: del 18,82% en el año de 1909 a 5,27% en 1967; 4º Que mientras la tasa de médicos por cada 10.000 habitantes de Guayaquil y Quito era en 1909 de 7,6 y 7,5%, respectivamente, en 1967 ascendió a 10,8 y 12,5%, respectivamente; en cambio, en la ciudad de Cuenca, en el lapso de 58 años dicha tasa ha variado muy poco: de 12,8 a 14,0%; 5º Si se compara la tasa de médicos de las ciudades de Guayaquil y Quito en los años de 1909 y 1967 con la tasa de médicos del país en los mismos

años se aprecia un notable aumento: de Guayaquil en 1967 es tres veces mayor a la tasa nacional, y de Quito tres y media veces más; y, 6º En cuanto a la relación de médico a número de habitantes, en las tres ciudades tenemos en 1967: Guayaquil, 1 médico por 921 habitantes; Quito, 1 médico por 792 habitantes, y Cuenca, 1 médico por 714 habitantes.

La concentración de los médicos en las grandes urbes es un fenómeno que se registra en casi todos los países de Latinoamérica, con mengua, como es natural, de la salud de la población rural, y es un fenómeno que va acentuándose a medida que transcurre el tiempo.

Por otra parte, el desarrollo de las actividades médicas en el medio rural ecuatoriano, como en el de todos los países latinoamericanos y sobre todo andinos, cuenta en su contra con un factor de peso: el elemento indígena, elementos, que como sabemos, rehusa los servicios médicos y paramédicos y recurre sistemáticamente a los curanderos y brujos. Este fenómeno psicológico, ecológico y social trae como consecuencia la escasa o nula concurrencia del indio a los dispensarios médicos y hospitalares para recuperar su salud. Este gran prejuicio del indio hace que las estadísticas de morbilidad y mortalidad de la población rural andina no reflejen la realidad de nuestros graves problemas sanitarios y asistenciales.

Ofrecemos a continuación algunos datos acerca de la población indígena del Ecuador a través de varios años y en relación a la población total del país:

POBLACION INDIGENA DEL ECUADOR EN RELACION A LA POBLACION TOTAL

Años	Población total	Indios	Porcentaje	Referencia bibliográfica
1781	342.739	222.618	64,95	(4, p. 35).
1938	2.864.575	1.117.185	39,0	(9, p. 55).
1942	3.089.078	1.204.740	38,9	(9, p. 55; 19, p. 48).
1950	3.202.757	1.281.102	40,0	(19, t. I, pp. 21, 158-59).
1965	4.298.449	1.634.400	38,2	(20, pp. 297-299).

Si la población rural del Ecuador está integrada por la población indígena, resulta, pues, que los porcentajes de indios arriba señalados, resta en más del 39% de los servi-

cios profesionales del médico; calculando a base de los datos del año de 1942, la población campesina que quedaría bajo la atención médica, se reduciría al 26%. Desde el punto de vista médico, sanitario, económico y social, el Estado está obligado a proteger, fomentar y reparar la salud de la población del agro, poniendo en juego todos los recursos humanos, económicos y culturales. El problema, como hemos expresado, no es sólo ecuatoriano, sino del todo el Continente. Para el año de 1950 se calculó la población total de América en 326.410.029 habitantes, y la población de indios, en 14.946.822 [19]; en el año de 1962 se estimó para América una población de 381.269.425 habitantes, de los cuales 15.092.745 se asignaban a la raza indígena [20].

III. PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE MEDICOS EN RELACION CON LAS DEMANDAS DEMOGRAFICAS

Para poder calcular los requerimientos del Ecuador en facultativos de conformidad con el crecimiento vegetativo de la población, daremos a conocer los datos demográficos proporcionados por la Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica para los años de 1961 a 1966 [21].

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL
MOVIMIENTO DEMOGRÁFICO DEL ECUADOR
DE 1961 A 1966

Años	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento vegetativo
1961	208.455	58.166	150.289
1962	215.980	60.082	155.898
1963	225.099	61.129	163.970
1964	219.137	58.989	160.148
1965	225.436	60.202	166.234
1966	220.930	59.618	161.312

En el quinquenio de 1961 a 1965 se ha registrado en el país un crecimiento vegetativo de 796.539 habitantes. No se ha tomado en cuenta la merma de la población por concepto de la emigración, que, por desgracia, es muy elevada

y progresiva *. En el citado quinquenio las tres Facultades de Medicina han graduado a 547 médicos; si por el momento aceptamos la tasa del 3,6 por cada 10.000 habitantes, la misma que se ha calculado para el año de 1967, se requerirían 286 médicos. Por tanto, en los cinco años tendríamos un excedente de 261 médicos, o sea 52 por año; en cambio, al considerar una tasa del 10×10.000 habitantes, en los cinco años tendríamos un déficit de 249 médicos, o sea un faltante de 50 médicos por año, siempre que su distribución fuera equitativa en todas las áreas del país.

Según la tabla que hemos transcrita de las tasas de médicos en América, en 1965 Cuba tenía una tasa del $8,9 \times 10.000$ habitantes; Canadá, la de 11,6; Argentina, la de 14,9; y, Estados Unidos de Norteamérica, 15,4. La Organización Panamericana de la Salud [13] en 1957 calculó para la América del Sur 69.914 médicos y una tasa del 5,3; para el año de 1908 estimaba necesario 304.200 médicos. Aplicando este cálculo para el Ecuador, a base de los 1.314 médicos que el país tenía en ese año, para el año de 1980 se estimaría necesario 5.717 médicos; si en 1967 contamos con 1.991 médicos, en los 13 años restantes tendríamos que necesitar de 3.726 médicos más, o sea una producción anual de 309 médicos. En resumen, en los 13 años venideros estaríamos obligados a duplicar la producción de médicos para llenar así las necesidades estimadas para el año de 1980.

El Estado, en vista de las estimaciones que se han hecho, tendría que adoptar una de estas medidas: bien duplicar el número de Escuelas de Medicina, o bien proporcionar a las actuales escuelas de un número suficiente de aulas, de laboratorios, equipos, y mayores recursos humanos y económicos, ajustándose a las normas pedagógicas contemporáneas. La segunda fórmula lo han aceptado la mayor parte de los países del Continente **.

El Estado está además obligado a ejecutar sus programas sanitarios y de asistencia médica en el medio rural,

* La Oficina de Inmigración y Extranjería nos ha proporcionado estos datos: En 1960 inmigraron 12.081 ecuatorianos; en 1961, inmigraron 13.918; en 1962, inmigraron 16.587; en 1963 y 1964, se desconoce; en 1965, 27.843; en 1966 inmigraron 29.119.

** Véanse los Informes de Grupo y el Informe Final de la V Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina, celebrada en la ciudad de Lima, que se transcriben al final de la presente Ponencia.

teniendo presente: 1º Que las 2/3 partes de la población del país es rural; 2º Que la salud del habitante del agro no ha merecido todavía la atención de los poderes públicos; 3º Que la producción de los alimentos para la población del país está casi íntegramente en manos del campesino; 4º Que siendo el Ecuador un país esencialmente agrícola y ganadero, tiene que velar por la salud del habitante rural, ya que su economía descansa en la producción agropecuaria; 5º Que el capital humano, en goce de salud, es la base de la economía del Estado; 6º Que se hace imperiosa la necesidad de corregir la intensa corriente migratoria del campo a la ciudad, debido entre otros factores, a la falta de protección de la salud; 7º Que es urgente solucionar la concentración de médicos en las urbes, especialmente en Guayaquil, Quito y Cuenca, desplazando el excedente de facultativos hacia el medio rural en condiciones técnicas y humanitarias; 8º Que constituye un imperativo del Estado impulsar el desarrollo de la medicina en el medio rural, exigiendo que las Facultades de Medicina incorporen en sus programas de enseñanza teorías y prácticas de medicina rural; y, 9º Que es una obligación del Estado estimular el ejercicio de las profesiones en el medio rural.

IV. LA PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE MEDICOS EN RELACION CON LOS PROBLEMAS DE SALUD

Estos problemas, por lo expuesto, deben ser tratados en dos campos diferentes: en el urbano y en el rural, pero con íntima relación entre los dos.

Los problemas de salud en el medio urbano: Ofrecen aspectos favorables y desfavorables. Las urbes, siendo la sede de las instituciones públicas de salud, cuentan con el 95% de los servicios de medicina preventiva y curativa de dichas instituciones. En el aspecto asistencial disponen de hospitales generales y especializados, de maternidades, de clínicas y policlínicas, consultorios públicos y privados, etc.; en el aspecto sanitario, de hospitales o salas de aislamiento, de centros de salud, de centros de bienestar social, de dispensarios antivenéreos, de servicios de inmunización, centros de encuestas, etc.; entre los servicios de carácter social cuentan con casas cunas, casas maternales, centros materno-infantiles, orfelinatos, escuelas de observación y de trabajo,

etc. El país actualmente dispone en el medio urbano de 55 hospitales, con capacidad de 8.119 camas, de 9 sanatorios (antituberculosos y antileprosos), de 78 clínicas y de 6 maternidades [22]. En cuanto al saneamiento ambiental dispone de abastecimientos de agua potable, de alcantarillado, de disposición de basuras, por lo menos en las capitales de provincias y en la mayor parte de las cabeceras cantonales.

Entre los recursos humanos las urbes tienen un excesivo número de médicos, de odontólogos, enfermeras, obstetricas, cuxiliares de enfermería, etc. En cambio, son víctimas de los graves problemas propios de las ciudades: incidencia elevada de la tuberculosis, de enfermedades venéreas, de las enfermedades cardiovasculares, pulmonares, mentales, de las adicciones y accidentes de tránsito. Por el éxodo de los campesinos hacia las grandes urbes, en éstas se presentan con mayor intensidad el hambre, la desnutrición, el hacinamiento, la desocupación, el expendio de alimentos sin control sanitario, la prostitución clandestina y tantas otras lacras sociales.

Los problemas de salud en el medio rural: El campo, desde el punto de vista asistencial, sanitario y social, es un mundo totalmente distinto del urbano, no sólo en el Ecuador sino también en los demás países de Latinoamérica. Está privado de los más elementales servicios de medicina preventiva y curativa. Cuando las posibilidades económicas y de transporte permiten, a lo mucho el 10% de los enfermos, pueden trasladarse a la ciudad más cercana, a reparar su salud. El agro carece de agua potable, de fosas sépticas, de disposición de basuras y excretas. La vivienda rural, especialmente en las comarcas templadas y cálidas, no ofrecen protección alguna contra los insectos, y en general contra la fauna patógena. La atención médica está casi en la totalidad en manos de los curanderos y brujos. El campo expone a sus habitantes a las enfermedades transmitidas por insectos (tifus, peste, malaria, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, encefalomielitis equina, etc.), como también al carbunclo, al tétano, a las disinterías bacterianas, a las enfermedades tifoideas, a la amibirosis intestinal y extraintestinal, a las helmintiasis, a las intoxicaciones alimenticias, al alcoholismo y al chichismo. La mayoría de las zoonosis tienen su escenario en el campo. Si a esto se añade la falta de facultativos y de los profesionales afines, el panorama médico-

sanitario de las poblaciones rurales es impresionante. De ahí que la morbilidad y mortalidad en el medio rural son mucho más elevadas que en las urbes. Los siguientes datos de natalidad y mortalidad pueden darnos una idea de la magnitud de los problemas sanitarios y asistenciales en el agro del Ecuador.

NATALIDAD DEL PAIS EN RELACION CON LA ATENCION PROFESIONAL

Años	Total de nacimientos	En hospital o clínica	Con atención profesional domiciliaria	Sin atención profesional	Porcentaje sin atención profesional
1961	208.455	31.325	8.191	168.939	81,0
1962	215.980	29.869	7.891	178.220	82,0
1963	225.099	34.469	8.994	181.636	80,0
1964	219.137	36.920	8.414	173.803	79,0
1965	226.436	38.362	4.858	183.216	80,0

Los Anuarios de Estadísticas Vitales del país [20], nos ofrecen el alarmante dato de que del 79 al 82% de los nacimientos, se realizan sin atención profesional; debiéndose anotar que las 3/4 partes de estos porcentajes, corresponden a los nacimientos en el medio rural.

Otro dato alarmante que nos traen los Anuarios de Estadísticas Vitales, es el referente a las defunciones habidas en el país con atención no médica, o sea sin atención profesional, de acuerdo con la tabla siguiente:

DEFUNCIONES SIN ATENCION MEDICA PROFESIONAL

Años	Total de defunciones	Con atención médica	Porcentajes de defunciones con atención no médica
1961	58.166	36.612	62,0
1962	60.082	38.753	64,0
1963	61.129	38.978	63,0
1964	58.989	36.176	66,0
1965	60.202	51.935	86,0

Vemos, pues, que del 62 al 86% de las defunciones registradas en el país, se han sucedido con atención no médica, o sea sin atención profesional; es decir que en 1964, las 2/3 partes del total de fallecimientos, han sobrevenido sin atención médica, y en 1965 el dato es más alarmante, ya que las 5/6 partes del total de fallecimientos, se han registrado sin atención profesional.

En el Anuario de Estadísticas Vitales, correspondiente al año de 1965, encontramos los datos de mortalidad urbana, además de la total; por consiguiente si restamos, aquella de esta última, tendremos la mortalidad rural, que damos a conocer en la siguiente tabla, considerando también los principales grupos según las causas de enfermedad y de acuerdo con la nomenclatura internacional, datos que consideramos revisten enorme interés desde todo punto de vista.

DEFUNCIONES SEGUN CAUSAS DE MUERTE AGRUPADAS EN ZONAS URBANAS Y RURALES DEL PAÍS EN EL AÑO 1965

Enfermedades que han sido causa de muerte	Totales	Urbanas	Rurales	Porcentaje de mortalidad rural
Mortalidad general...	60.202	23.521	36.681	60,9
Infecciosas y parásitarias	9.746	3.036	6.710	68,6
Del aparato respiratorio	10.907	3.619	7.288	66,8
Del aparato digestivo	8.854	4.838	4.016	45,1
Propias de la Infancia	5.184	2.168	3.016	58,1
Síntomas de senedad y estados mal definidos	13.062	3.022	10.040	76,8

Las cifras de la tabla expresan con claridad que en el medio rural se registran los mayores porcentajes de fallecimientos, tanto las que se refieren a la mortalidad general, como las clasificadas en grupos, excepción hecha de las del aparato digestivo. Del grupo de enfermedades, con diagnóstico establecido, el que ocupa el primer lugar como causas de muerte es el del aparato respiratorio, luego viene el grupo

por enfermedades infecciosas y parasitarias, aclarando que más de las 2/3 partes de las defunciones por estas causas, corresponden al medio rural. Este fenómeno tiene su explicación: falta de saneamiento ambiental, limitación de las actividades inmunológicas en el campo, carácter agudo de la mayor parte de las infecciones que no permiten trasladar a los enfermos a un centro asistencial urbano, para el tratamiento oportuno.

El análisis de la tabla precedente nos hace ver, que ocupa el primer lugar, como causas de muerte el grupo debido a senitud y estados mal definidos; pero con la circunstancia de que mientras en el medio urbano la mortalidad total llega a 3.022, 23,2%, en el medio rural alcanza a 10.042 defunciones, o sea el 76,8% del total del país. Si la mortalidad general del país en el año de 1965, arrojó la cifra de 60.202 y la mortalidad por senitud y estados mal definidos en el medio rural ha llegado a la cifra de 10.042 defunciones, resulta que la sexta parte de las defunciones del país se hacen en el medio rural, sin diagnóstico.

De las 60.202 defunciones registradas en todo el país en el año de 1965, al medio urbano corresponden 23.521, o sea el 39,1%, y al medio rural, 36.681, o sea el 60,9%; pero si tenemos en cuenta que muchos de los enfermos campesinos y de las áreas suburbanas mueren en los hospitales de las ciudades, la mortalidad correspondiente a la población rural es mucho más elevada.

Resumiendo, la alta natalidad del país sin atención profesional (del 79 al 82%); el elevado número de defunciones sin atención médica profesional (del 62 al 86%), y las causas de muerte encasilladas en el grupo "síntomas de senidad y estados mal definidos" que ocupan el primer lugar (13.062 de las 60.202 defunciones en 1965, o sea el 21,69%), estadísticamente nos está demostrando que en el Ecuador existe una apreciable carencia de servicios asistenciales y sanitarios, escasez y pésima distribución de facultativos.

La Prensa del país desde años atrás se ha preocupado, por repetidas veces, también de este problema; en 1946, esto hace 21 años, el prestigioso diario "El Día" [23] en un artículo encabezado con el título "Memorias del Atomo" hacia la siguiente pregunta: "Hay Pléthora de Médicos en

el País?". Son tan valiosos los conceptos vertidos por entonces, que nos vemos obligados a transcribir algunos párrafos: "Comenzaremos negando la existencia de la pléthora de Médicos en el Ecuador, y para sostener la tesis, acudimos a la estadística. Hace unos seis años, se hizo el censo de los médicos en la República y arrojó un total de OCHOCIENTOS (se refiere al trabajo 8 de la Bibliografía) en números redondos, incluyendo en la cifra a los que no ejercen la profesión y a los ausentes... La mitad de los médicos ecuatorianos se encuentran en dos ciudades: Quito y Guayaquil, sin que esto quiera decir que todos ejerzan. Las dos ciudades tienen un total de quinientos mil habitantes y los servicios de una medicina social que comienza, no son suficientes todavía, como expresamos adelante.—Cuenca, Ambato, Riobamba, Latacunga, Ibarra y Loja son las ciudades serranas que mayor número de médicos tienen. Recordemos que en la fecha del censo, Cuenca daba una cifra de 60. Las ciudades antes mencionadas tienen, más o menos, doscientos médicos en total en este momento. Quedan trescientos médicos para las demás capitales de provincia y los 60 cantones de la República, reparto que no alcanza en ninguna forma porque la realidad nos demuestra que hay muchos cantones, es decir las cabeceras cantonales solamente, que no tienen médicos. Por último nos resta indicar que hay más de setecientas parroquias rurales en el Ecuador, ninguna de las cuales dispone de un médico. Esta es la verdad exacta.—Si el Ecuador quisiera salvar su fondo biológico que hoy sucumbe terriblemente por factores de bajo nivel higiénico, tendría que incrementar la Medicina Social en sus tres grandes capítulos: Sanidad, Asistencia y Seguro Social y para esto precisaría por lo menos , de mil médicos más sobre los actualmente existentes. Los problemas sanitarios están iniciándose en el Ecuador y lo que falta por hacerse es de una magnitud imponentable... La pléthora no existe. Es una falsa idea y nada más".

Con el aumento de la población registrado en estas dos décadas, el problema asistencial y sanitario ha adquirido mayor gravedad; pues, actualmente existen en el país: 98 cantones, 174 parroquias urbanas y 663 parroquias rurales; mientras tanto para este mismo año de 1967, según los datos que ya hemos suministrado, en las capitales de provincias ejercen 1.632 médicos y en las cabeceras cantonales y en unas pocas parroquias rurales, 359.

En 1963, el Plan General de Desarrollo" elaborado por la Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica [14] contemplaba la creación de Centros Médicos Asistenciales, Puestos de Salud en áreas rurales y brigadas móviles para poder solucionar los graves problemas de salud que existían, en total se señaló la construcción de 78 Centros Médicos, 10 Centros de Salud; 5 hospitales especializados; 60 pabellones de hospitales; 95 puestos de salud y 50 brigadas móviles. Los proyectos incluidos en el Plan Decenal requerían de una financiación equivalente a los 780 millones de sures, únicamente en lo que a inversiones de operación se refería; el presupuesto de operación se calculó en 3.179 millones de sures. Este presupuesto debía financiarse con los gastos que se hacían en el país por concepto de salud. Dicho Plan de Desarrollo tenía presente: "que las actividades en el campo preventivo son mínimas. Más del cincuenta por ciento de la mortalidad generalmente ocurre en los niños menores de cinco años. Son producidas en un 40% por enfermedades infectocontagiosas.—El cincuenta por ciento de los cantones carece de servicios sanitarios adecuados. Los servicios curativos son tan escasos, que apenas existen 10.400 camas de uso público, lo que da un promedio de 2,25 camas por mil habitantes. La distribución de ellas es tan inadecuada que fuera de Quito y Guayaquil apenas hay 4.330 camas para servir irregularmente al país; las cifras sin embargo carecen de exactitud puesto que los hospitales se encuentran en las cabeceras de provincia y en cambio existen extensas zonas con densa población rural que no tienen servicios curativos.—En todo el país no hay sino 274 enfermeras graduadas y en ejercicio activo; el resto de las graduadas ha emigrado a otros países en los que reciben mayores remuneraciones". Los objetivos del Plan eran: "Integración de los servicios médicos; extensión de las actividades de salud a toda el área nacional, dando prioridad a los servicios básicos curativo-preventivos a nivel cantonal. Unificación de los Servicios Médicos del Seguro Social, con los del Servicio Nacional de Salud, mediante convenio y expansión del seguro de enfermedad y embarazo, a los artesanos, campesinos, empleados de servicio doméstico de tal manera que al cabo de los 10 años, gran parte de la carga que pesa sobre el Erario Nacional por concepto de atención médica recaiga en la responsabilidad del propio asegurado; Planificación de la Acción de los Servicios de Salud Pública,

programada y ejecutada en consonancia con los índices que gobiernan el Desarrollo General del País". Las Metas del Plan, en cuanto a los programas de salud, eran: "Reducir la mortalidad y morbilidad especialmente en la infancia; extender la cobertura de la atención médica sanitaria a todo el país; dar acceso a toda la población a los servicios de salud; sanear las áreas urbanas, completando los trabajos en las que existieren las respectivas obras y efectuándolos totalmente en donde no las hubiere, para favorecer el desarrollo de las comunidades; establecer programas especiales de salud que atiendan el desarrollo económico tanto agrícola como industrial".

Han transcurrido cuatro años de la aprobación del Plan de Desarrollo Decenal de Salud y por más técnicos y bien intencionados los proyectos elaborados por los personeros y asesores de la Junta de Planificación, por desgracia no se han plasmado en realidad, ya que la Comisión Técnica de Presupuesto y el Poder Legislativo se han cegado ante la realidad médico-sanitaria del país; los comentarios de la Prensa; el clamor de los funcionarios de Sanidad y de Asistencia Social y de todos los médicos del país, encaminados a la realización de estos programas de salud han sido vanos y estériles. Por tanto las ofertas y demandas del elemento médico y paramédico están condenadas al fatal ritmo en que están sumidas las instituciones asistenciales, sanitarias y sociales del país. Una misma Oficina del Estado, la Oficina Nacional de Organización [24], en 1966 hizo la siguiente declaración en cuanto a los aspectos de salud: "Las metas de salud fijadas en el Plan Nacional de Desarrollo no se están cumpliendo. Según el calendario del plan, el Ministerio está atrasado en más de dos años y no lleva a cabo una actividad sistemática para lograr estas metas".

Aún dentro de las instituciones de salud, que operan casi exclusivamente en los centros urbanos de población, el número de facultativos es limitado. La Oficina Nacional de Organización, en 1966 realizó un estudio integral de "La Organización, Administración y Financiamiento del Sector de Salud Pública y Previsión Social" con el asesoramiento de la Firma Consultore Clapp and Mayne; el Informe [24] presentado trae los siguientes datos del número de facultativos que prestan sus servicios profesionales en las instituciones de salud del Ecuador:

INSTITUCIONES	MEDICOS
Sanidad	209
Juntas de Asistencia Social	363 (Loja)
L.E.A.	49
SOLCA	19
Cruz Roja	(?)
Junta de Beneficencia	135
Seguro Social	384
FF.AA.	47
TOTAL	1.206

Si el número de facultativos a principios de 1967 fue el de 1.991 y el número de graduados en Medicina y Cirugía, el de 154 durante el año de 1966 en las tres Facultades de Medicina del país, resulta que, a principios de 1966 existían en el Ecuador 1.867 facultativos; de éstos 1.206 prestaban sus servicios profesionales en las instituciones arriba señaladas; por tanto, sólo 661 médicos ejercían la profesión libremente y en instituciones particulares, o sea que el 65% servía en las instituciones públicas y el 35% ejercía libremente su profesión; mas, es necesario tener en cuenta que en los 661 médicos se incluyen los profesores de las tres facultades de Medicina, profesores de las Facultades de Odontología, aunque en escaso número, como también algunos médicos que cumplen funciones docentes en las Facultades de Filosofía y Letras, en Colegios de Enseñanza Secundaria y Especial, etc.; si bien es cierto, que, por disposición constitucional, muchos de dichos catedráticos prestan sus servicios profesionales en Instituciones de Salud. De ahí que aún en los centros urbanos el número de médicos que carecen de cargos públicos, no pasa del 10%.

La explosión demográfica, que se viene presentando en los países latinoamericanos en general, es más intensa y alarmante en las ciudades; a esto se suma el gran éxodo de la población campesina hacia las urbes. Estas a consecuencia de los dos fenómenos demográficos, están más expuestas al hambre y a una serie de conflictos socio-económicos, con exposición a las enfermedades, especialmente infecciosas y carenciales.

¿Cuál es la posición de las Facultades de Medicina del país ante estos problemas?

Las Facultades de Medicina, de acuerdo con los considerandos de su creación, formando parte de la Universidad, tienen la sublime misión de preparar los médicos que necesita el país. Esta producción de médicos debe ser en cantidad y calidad.

Desde el punto de vista cuantitativo, las Facultades de Medicina deben satisfacer las demandas nacionales, de acuerdo: con el desarrollo demográfico; con las exigencias de los problemas de salud, en sus aspectos sanitario, asistencial y social, y con los requerimientos de la enseñanza médica. Hemos indicado ya que, de conformidad con los cálculos de la Organización Mundial de la Salud, para el año de 1980 el Ecuador necesitaría 5.717 médicos, o sea en los 13 años restantes una producción anual de 309 facultativos; como en la actualidad las Facultades de Medicina, en total, producen un promedio anual de 150 médicos, el Estado tendría que duplicar la producción. Ante este problema, lo más técnico y económico sería dotar a las actuales Facultades de un mayor número de aulas, incrementar sus recursos económicos para aumentar y equipar mejor los gabinetes, laboratorios, bibliotecas y los servicios hospitalarios destinados a la enseñanza, duplicar y aún triplicar el personal docente y administrativo, con sujeción a las normas pedagógicas. Este aumento tendría que hacerse progresivamente dentro de un plan técnico y debidamente financiado. Es **vox populi** que la preparación de un médico en nuestras universidades es la más cara de las preparaciones profesionales; aunque parezca inverosímil la preparación del médico en el Ecuador es la más barata; los cálculos realizados por el Instituto de Investigaciones Económicas y Financieras de la Universidad Central [18] por el año de 1966 y por alumno han arrojado los siguientes costos: Farmacia y Bioquímica, 18.690 sures; Odontología, 14.290 sures; Ingeniería Agronómica y Medicina Veterinaria, 10.743 sures; Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales, 7.282 sures; Ciencias Básicas, 6.585 sures; Ingeniería, 6.199 sures; Arquitectura, 5.462 sures; Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, 5.443 sures; Ciencias Económicas y Administrativas, 5.026 sures; Ciencias Médicas, 4.791 sures. Nuestras Universidades y el Estado mismo están obligados, por justicia y lógica, a reparar a nuestras Facultades de Medicina en el aspecto económico.

mico; la tragedia biológica y médico-social que puede agravarse en el país recaerá en los Jefes del Estado y en los personeros de las Universidades, sino se da la debida atención a las Facultades de Medicina.

El aspecto cualitativo es fundamental en la preparación del médico, a fin de garantizar la salud de los habitantes, el desenvolvimiento científico de las ciencias médicas nacionales y de tecnificar y mejorar la administración de las instituciones y casas de salud. Para alcanzar una mejor preparación del médico ecuatoriano se hace necesario: que en nuestras Facultades de Medicina se establezca un pénsium de estudios que esté de acuerdo con nuestras nosología, clínica, problemas médico-sociales, etc. y que no constituya una simple copia de pénsium de estudios de países de otras latitudes y que se encuentran en pleno desarrollo cultural y económico; que se aproveche al máximo el factor tiempo; que al futuro médico se le dé una preparación teórico-práctica para el ejercicio de la Medicina en el medio urbano y rural; que obligatoriamente se mantengan cursos de postgrado, y que con un sentido social y filosófico se tienda a la humanización de la Medicina.

Las universidades modernas, además de la preparación profesional se preocupan de dar al médico una orientación en la investigación científica; no puede ser de otra manera, si la medicina se nutre de las ciencias y es por sí misma ciencia y técnica.

En las aulas de las universidades modernas, y por ende también en las aulas de las Escuelas de Medicina, deben, a los alumnos, darse a conocer las realidades de nuestros grandes problemas políticos y sociales relacionados con la salud y plantear las soluciones más recomendables. La medicina social, la medicina del trabajo, la política sanitaria y asistencial del país, etc. deben formar parte de un moderno pénsium de estudios.

Las universidades como organismos de alta cultura y por ende también las Facultades de Medicina tienen que dar al profesional, no sólo una preparación académica, sino también humanística; el médico en la sociedad debe ser un ente de exquisita cultura; las letras y las bellas artes son, por otra parte, un oasis en la vida profesional. Aspiremos a que el médico sea el **homo sapiens** y el **homo saber**.

CONCLUSIONES

I. Producción de médicos:

- 1^a La producción de médicos en el Ecuador, ha corrido a cargo de la Facultad de Medicina de Quito, que viene funcionando desde 1693, y de las Facultades de Guayaquil y Cuenca, que fueron fundadas en 1867 y 1868, respectivamente;
- 2^a El Ecuador, yendo en orden descendente, ocupa el 6º lugar entre los países americanos en cuanto a la tasa de médicos por cada 10.000 habitantes, no habiendo variado su situación en el período de 10 años;
- 3^a El porcentaje de médicos incorporados en las tres Facultades de Medicina, en relación al número total de profesionales graduados en el país, va del 19 al 12%, notándose una tendencia a mantenerse por debajo del 15%;
- 4^a El crecimiento de la población estudiantil de Medicina tiende a permanecer invariable, y a disminuir su porcentaje en relación con la población universitaria; y,
- 5^a El estancamiento de la población estudiantil de Medicina en un país que crece económica y demográficamente no es un proceso natural, y tiene que repercutir desfavorablemente en la salud de sus habitantes. Este fenómeno tiene su explicación.

II. Distribución de la población y de los médicos en el país:

- 1^a El porcentaje de la población de la Costa ha subido del 30%, en 1909, al 47,5%, en 1967, y ha bajado en la Sierra en el mismo período, del 64,9% al 50,7%, existiendo una tendencia a nivelarse la población de las dos regiones. Es el resultado de las campañas sanitarias, sobre todo contra la malaria, realizadas en la Costa, como también al incremento de la agricultura tropical y sobre todo al cultivo y exportación del banano, cacao, café, arroz, etc.;
- 2^a El porcentaje de médicos, en el mismo período de tiempo, ha subido en la Costa del 39,6% al 49,4%; en cambio ha bajado en la Sierra del 60,4% al 49,6%, existiendo también una tendencia a igualar el número.

- ro de médicos en las dos regiones; pues, de 1.991 médicos que se han registrado en el presente año en todo el país, 987 se hallan ejerciendo la profesión en la Costa, 989 en la Sierra, y 15 en la Región Oriental;
- 3º La tasa de médicos por cada 10.000 habitantes ha subido en las tres regiones geográficas; en el Litoral, del 1,8 al 3,7; en la Sierra, del 2,8 al 3,5; en el Oriente, de 0 al 1,7, y en todo el país, del 1,4 al 3,6;
- 4º En 1967 la población urbana se estimó en 2.090.000 habitantes (38%), la rural en 3.410.000 habitantes (62%); en cuanto a los médicos, el 93,87% ejercen en áreas urbanas, y el 6,13% en áreas rurales. La tasa de médicos en las primeras es de 8,9 por cada 10.000 habitantes, y en las segundas, del 0,3; y,
- 5º El 66% de los médicos se hallan concentrados en las ciudades de Guayaquil, Quito y Cuenca, registrándose en ellas las tasas del 10,8; del 12,5; y, del 14,0 respectivamente. El ejercicio de la medicina en el campo, entre algunos factores desfavorables, cuenta el de la población india, que en el país representa el 38,2% de la población total.

III. Producción y distribución de médicos en relación con las demandas demográficas:

- 1º En el período de 1961 a 1967 se ha registrado en el país un crecimiento vegetativo de 796.530 habitantes; en el mismo período se han graduado 547 médicos; si se acepta la tasa de 10 por cada 10.000 habitantes, habría un déficit de 50 médicos por año. De acuerdo con los cálculos hechos por la Organización Panamericana de la Salud para el año de 1980, la América necesitaría 304.200 médicos, y aplicando este cálculo para el Ecuador, necesitaríamos 5.717 médicos, o sea una producción anual de 309;
- 2º Con sujeción a estos cálculos, el Estado necesitaría duplicar el número de escuelas de medicina, o dotar a las actuales de mayor número de aulas, de suficiente material didáctico, de mayores recursos humanos y económicos. Sería más aconsejado resolverse por la segunda solución;
- 3º El Estado está obligado a ejecutar programas sanitarios, asistenciales, sociales y culturales, especialmente en el

medio rural, en atención: a) de que las 2/3 partes de la población del país viven en el campo; b) de que la producción de alimentos está en manos del campesino; y, c) de que la economía del país descansa en la producción agropecuaria, a que la salud del habitantes del agro, no ha merecido todavía la atención de los poderes públicos; y,

- 4^a Que para el Estado es conveniente y necesario estimular la enseñanza médica, el ejercicio de la profesión en el medio rural, el adiestramiento de los estudiantes de Medicina en el campo, bajo la dirección y control de profesores experimentados.

IV. La Producción y distribución de médicos en relación con los problemas de salud:

- 1^a Los problemas de salud son muy diferentes en el medio urbano y en el rural; las urbes cuentan con el 95% de los establecimientos asistenciales, sanitarios, sociales y culturales; disponen de facultativos a veces en exceso. Desde el punto de vista asistencial, sanitario, cultural y social el campo es un mundo totalmente distinto del urbano. El campo expone a sus habitantes a un sinnúmero de enfermedades;
- 2^a Del 79 al 82% de los nacimientos registrados en el país se hacen sin atención profesional, y el 86% de los fallecimientos en 1967, han sobrevenido con atención no médica, predominando en el medio rural, por causas de muerte del grupo designado, bajo el nombre de síntomas de senitud y estados mal definidos;
- 3^a Los grandes problemas de explosión demográfica, de hambre, de hacinamiento, etc. son más intensos y alarmantes en el medio urbano; pero no son menos graves y urgentes los problemas de salud que ofrecen los campos; y,
- 4^a Frente a todos los problemas de Salud, las Facultades de Medicina, no deben limitarse a preparar y producir médicos en cantidad y calidad, sino que están además obligadas a participar en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades sanitarias, asistenciales, culturales y sociales, tanto en el medio urbano como en el rural, puesto que ambos sectores son partes integrantes de la Patria.

BIBLIOGRAFIA

- [1] PIMENTEL CARBO, JULIO. (1948). Lo Fundación de la Facultad de Medicina en Guayaquil. Imprenta de la Universidad de Guayaquil.
- [2] GOBIERNO DEL ECUADOR. (1836). Primer Registro Auténtico Nacional. Tomo II, pp. 156-157. Quito.
- [3] ACADEMIA NACIONAL DEL ECUADOR. (1863). Almanaque para el año de 1863, p. 129. Quito.
- [4] PAZ Y MIÑO, L.T. (1942). La población del Ecuador. p. 39. Talleres Gráficos de Educación. Quito.
- [5] DIARIO DE AVISOS. (1891). El Ecuador en Chicago. pp. 341-343 y 367. Nuevo York.
- [6] GUIA DEL ECUADOR. (1909). El Ecuador. Guía Comercial, Agrícola e Industrial. Talleres Gráficos de E. Rodenas. Guayaquil.
- [7] MARCHAN, FRANCISCO. (1932). *El Problema Social del Médico en el Ecuador*. Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas. Año XVIII. Vol. XII, Nº 6, pp. 239-260. Guayaquil.
- [8] LEON, L.A. y FALCONY, J.A. (1938). *Nómina de Médicos Ecuatorianos en el año de 1938*. Revista del Médico Ecuatoriano. Año 1, Nº 2, pp. 71-78. Quito. Reproducido en: Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas. Año XXIX. Vol. XVIII, Nº 1, pp. 27-42. Guayaquil, 1938.
- [9] DIRECCION NACIONAL DE ESTADISTICA. (1944). El Ecuador en Cifras. 1938-1942. pp. 57-113. Imprenta del Ministerio de Hacienda. Quito.
- [10] FALCONY, J.A. (1941). Guía Médica del Ecuador. Editora Moderna. Quito.
- [11] CANAPERIA. (1955). Los Problemas Sanitarios en las Zonas Subdesarrolladas y la obra de la O.M.S. Reproducido en: Revista "Mundo Médico". Rev. de Información Médica Mundial. Vol. II, Nº 5, p. 390. Bogotá.
- [12] PEREZ LLONA, ALBERTO. (1966). Resumen Bioestadístico. Servicio Sanitario Nacional. p. 0002. Guayaquil.
- [13] ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (1960). La Salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud. p. 83. Washington.
- [14] PLAN GENERAL DE DESARROLLO. (1963). Diario "El Comercio". Año LVIII, 14-XI. Quito.
- [15] DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS. (1962). II Censo de Población y I de Vivienda. Quito.
- [16] ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (1966). Las Condiciones de Salud en las Américas. 1961-1964. p. 125. Washington.
- [17] LABORATORIOS LIFE. (1967). Lista de Médicos del Ecuador. Quito.
- [18] UNIVERSIDAD CENTRAL. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS Y FINANCIERAS. (1961-1966). Nos. 3, 4, 5 y 6. Quito.
- [19] OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (1953). Poblaciones Indígenas. pp. 48-51 y 98-99. Imprenta Kundig. Ginebra. Suiza.
- [20] RUBIO ORBE, G. (1965). Aspectos Indígenas. pp. 296-305. Editora de la Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito.
- [21] JUNTA NACIONAL DE PLANIFICACION Y COORDINACION ECONOMICA. (1961-1965). Anuario de Estadísticas Vitales. Quito.
- [22] SERVICIO COOPERATIVO INTERAMERICANO DE SALUD. (s.a.). Encuesta Nacional de Servicio de Salud. Quito.
- [23] EL ATOMO. (1946). *Memorias del Atomo. ¿Hay Pléthora de Médicos en el País?* Diario "El Día", Nº 11.755. Quito.

- [24] PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. OFICINA NACIONAL DE ORGANIZACION. (1966). Informe del Estudio de la Organización, Administración y Financiamiento del Sector de Salud y Previsión Social. Anexo Nº 9. Quito.

A N E X O

U.D.U.A.L.

"V Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina"

Tema II: "La producción y distribución de médicos de Latinoamérica en relación con las demandas demográficas y los problemas de salud".

INFORME DEL GRUPO 1

Director de Debates: Dr. Leonardo Cornejo—Ecuador
 Relator: Dr. Carlos Quirós Salinas—Perú
 Secretario: Dr. Augusto Colmenares—Perú

1.—El grupo estimó que en general no es suficiente la cantidad de médicos para atender las necesidades totales de América Latina. Sin embargo, algunos países tienen un número de médicos aceptables y otros acusan déficits marcados existiendo casi siempre una mala distribución.

2.—El grupo consideró que es necesario aumentar la producción de médicos que deben ser formados de la manera más eficiente e integral, utilizando al máximo posible el tiempo disponible en el currículum de estudios. De las tres alternativas propuestas, el incremento en la formación de médicos sería el método de elección, pero es así mismo el más difícil de realizar por ser el más costoso. Se deben utilizar por ello todas las posibilidades incluyendo la llamada importación de médicos bajo ciertas circunstancias siendo el orden de prioridades establecido el siguiente: formación, importación y preparación acelerada sin perjuicio de impartir una enseñanza formal completa del médico.

Se recomendó propiciar la disolución de las barreras que obstaculicen el intercambio y reprociidad del ejercicio profesional entre los médicos de países latinoamericanos.

3.—La tasa de un médico por cada mil habitantes, que se considera necesaria para una buena atención médica integral en países desarrollados, no se estimó aplicable a los países latinoamericanos. A efecto de establecer una tasa rea-

lista en cada país, habría que considerar las características étnico-geográfico-demográficas, niveles socio-económicos y culturales, características sanitarias y los recursos nacionales disponibles.

4.—Con referencia al problema del número de médicos que se gradúan en Latinoamérica, el grupo consideró que al hacer su preparación debe tenerse en cuenta la posibilidad de emplearlos, debiendo hacerse ésta en una forma planificada de acuerdo a la disponibilidad de servicios para su utilización y a las necesidades del país.

5.—Con respecto a la "fuga de profesionales", el grupo consideró que aunque no existen estadísticas completas, que permitan hacer una buena apreciación de la merma de capital intelectual, ésta afecta a los países latinoamericanos, especialmente cuando se trata de docentes que limitan la producción de médicos en una forma indirecta.

6.—Respecto a si debe contemplarse el problema de la fuga de profesionales, cuando se elaboran programas para formar mayor número de médicos, el grupo estimó que sí debía tomarse en consideración cuando se trata de investigadores y docentes. Por ello se recomendó brindar los estímulos y alicientes profesionales que eviten esta pérdida.

7.—Sobre la formación de especialistas, el grupo consideró que ésta debe hacerse de preferencia en el propio país, si ésto no fuera posible en algún otro país Latinoamericano y por último cuando esto fuera indispensable en países altamente desarrollados.

Se acordó insistir en la recomendación de formar Centros Regionales, con la colaboración de varios países, para la preparación de especialistas y docentes.

8.—Relativo a la concentración de los médicos en las ciudades con abandono de las áreas rurales el grupo opinó que todos los factores señalados en la guía de discusión influyen en la presentación de este fenómeno y que este problema debía ser encarado conjuntamente con la colaboración del gobierno.

9.—Acerca de las medidas que deben tomarse para lograr una adecuada distribución de médicos en los países latinoamericanos, el grupo estimó que un programa en conjunto, entre las Facultades de Medicina y las Instituciones Estatales, y Paraestatales que tienen a su cargo los programas de salud, es indispensable para planificar adecuadamente una mejor

distribución y evitar su concentración en las ciudades más importantes.

10.—Se consideró que existe una ínfima interrelación funcional entre la tasa de médicos y otros profesionales paramédicas y auxiliares, toda vez que ellos integran un equipo de salud cuyos miembros no pueden actuar independientemente.

11.—Con respecto a la formación de otros profesionales y técnicos que integran el equipo de salud, el grupo opinó que las Facultades de Medicina deben encarar este problema en lo que se refiere a cierto tipo de personal y establecer la debida cooperación con otros centros de formación de profesionales que laboran en los programas integrados de salud y desarrollo nacional.

INFORME DEL GRUPO II

Director de Debates: Dr. Jorge Mardones

Relator: Dr. Rafael Casas M.

Secretario: Dr. Jorge Castillo C.

1.—Globalmente considerado el número de médicos en Latinoamérica parece aceptable. Sin embargo, no sólo hay grandes diferencias de un país a otro (Argentina, 14 x 10.000, Haití, 1 x 10.000), sino que además, dentro de cada país, hay una muy desigual distribución, con gran concentración en las ciudades y abandono de los campos. Por este motivo, suele suceder que en las grandes ciudades el tiempo hábil de trabajo del médico, no es utilizado en su totalidad.

2.—Aunque la respuesta de la pregunta anterior no es precisamente negativa, el concepto del grupo es de que se debe aumentar la producción de médicos, porque aunque no parece probable un deterioro en la proporción de médicos por habitante en un futuro próximo, puede ocurrir como consecuencia del crecimiento veloz de la población. Teniendo en cuenta que las soluciones en este campo deben tomarse con muchos años de anticipación, conviene pensar en iniciar o continuar las tareas de aumentar la formación de médicos.

La importación de médicos no parece aconsejable, por las naturales dificultades de adaptación a las variadas características socio-culturales de América Latina. En cambio, podría ser conveniente que dentro de ella, pudieran efectuar-

se movimientos de médicos de las zonas más suficientes hacia las menos suficientes.

El grupo no aconseja acortar la carrera médica; pero sí favorece la adopción de medidas que utilicen mejor el tiempo del estudiante y en esta forma le permitan iniciar tempranamente su ejercicio profesional, al realizar su internado.

3.—No existe una base cierta para fijar con precisión una tasa de médico por habitante. Algunos hechos parecen evidentes, como por ejemplo, el de que los sitios que tienen menos de tres médicos por diez mil, muestran un nivel de salud gravemente deteriorado. Por lo demás, la tasa en sí no es el factor único. Otros factores son también muy importantes como el de que se le den al médico elementos adecuados que le permitan elevar el nivel de salud de su comunidad.

En cuanto a cuáles de los factores enumerados, todos deben ser tomados en cuenta, ponderándolos según las circunstancias locales, y a sabiendas de que no existen elementos que permitan traducir estos factores en una tasa global.

4.—El grupo considera esencial mantener un equilibrio entre la producción y la demanda de médicos. La formación de médicos debe ser el resultado de un análisis de las necesidades no solamente a nivel de médico general sino también de especialistas. Debe velarse porque el médico sea bien utilizado y remunerado en forma justa. La sociedad debe responder por el aprovechamiento del trabajo de los médicos y su adecuada remuneración.

5.—Se considera que la "fuga de talentos" no afecta cuantitativamente a la cifra global de médicos en Latinoamérica. Sin embargo, se acepta que existe un peligro potencial, especialmente en lo que hace referencia a especialistas muy calificados que Latinoamérica requiere para el servicio, educación e investigación en el campo de la salud.

6.—Está contestada en la pregunta 4.

7.—La formación de especialistas, como se dijo atrás, debe planificarse de modo que responda a las necesidades reales de cada país. Dentro de este criterio, considera el grupo que de acuerdo con las posibilidades locales, el adiestramiento debe hacerse en primer lugar en su propio país, luego en países latinoamericanos que tienen comunidad de lengua, costumbres, etc., lo cual facilita grandemente el adiestramiento, y en países más adelantados que los nuestros, cuando no exista un sitio adecuado en América Latina.

8.—El grupo considera que los principales factores que hacen concentrar a los médicos en las ciudades y abandonar los campos son en orden de importancia los siguientes:

- a) La ausencia de las facilidades para el médico mismo y para que su labor sea eficiente.
- b) La falta de un ambiente cultural e intelectual, lo cual hace sentirse al médico abandonado y retrasado en su profesión.
- c) La falta de incentivos para su promoción profesional futura.
- d) La falta de una preparación adecuada para adaptarse al medio rural.
- e) Lo falta de contacto con los progresos de medicina, es decir, la no existencia de un mecanismo que le permita estar actualizado en sus conocimientos.
- f) La falta de transportes adecuados, que le impide comunicarse con centros mejor dotados.

9.—Las medidas destinadas a eliminar los factores que determinan la situación actual, las que han sido analizadas en las respuestas anteriores.

10.—Para obtener los equipos multidisciplinarios necesarios, se requiere que exista el número suficiente de personas de cada profesión paramédica, y por consiguiente con el plan de aumento de médicos debe considerarse también el incremento de las demás profesiones que actúan en el equipo de salud.

11.—El grupo estima que es recomendable que el personal paramédico sea formado por las Facultades de Medicina, pues son los organismos más capacitados para establecer los objetivos y los programas, y al mismo tiempo disponen de los recursos docentes necesarios.

INFORME DEL GRUPO III

Relator: Dr. Hernán San Martín

Director de Debates: Dr. Jorge Haddad

Secretario: Dr. Manuel Afencastre

Sin poder precisar con exactitud el déficit de médicos:

1.—Existen claras evidencias de que el número de mé-

dicos no es suficiente en Latinoamérica para atender la demanda demográfica y los problemas de salud. Factores agravantes de esta situación son, la inadecuada distribución de ellos con desmedro de áreas rurales y la imperfecta organización de los servicios médicos que resta efectividad a su acción. Influye igualmente en el desbalance, la orientación predominantemente curativa de la medicina en gran número de centros asistenciales latinoamericanos.

2.—Las soluciones para remediar la insuficiencia de médicos, deben abordarse según las causas de tal insuficiencia. Si se trata de déficit numérico real, se debe planear cuidadosamente al incremento de Facultades, realizando ciclos normales de trabajo.

O bien incrementar razonablemente la matrícula en los preexistentes sin mengua de la calidad profesional. Igualmente debe ponerse énfasis en las medidas tendientes a evitar en lo posible, la emigración de médicos latinoamericanos. La "importación" de médicos no se considera conveniente, salvo cuando se trate de cubrir aspectos formativos y docentes a nivel local. Si las causas dependen de mala distribución ésta debe atenderse con criterio de prioridad. Por otro lado, debe evitarse la utilización de recursos en la atención de pequeños núcleos, y promoverse la estructuración de servicios de alcance nacional, y con capacidad de realizar una medicina integral.

ÁREA HISTÓRICA

DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

3.—No es posible decidir que 1×1.000 sea la tasa adecuada. Si se toma la experiencia de otros países, encontramos datos muy diferentes. Las circunstancias prevalecientes en cada país son las que marcan la tasa. El grupo considera que para establecerla deben tenerse en cuenta las características demográficas, los problemas de salud, los niveles económicos de la población y los recursos estatales.

4.—Los programas de salud deben contemplar la participación de todos los médicos, sean éstos, funcionarios estatales o no, debiendo aprovechar al máximo las horas médicas disponibles.

5.—Las informaciones obtenidas permiten deducir que el éxodo de médicos latinoamericanos a otros países supera lo invertido por éstos en ayuda a los países de Latinoamérica. Aproximadamente el 5% de médicos graduados emigran a un solo país. Sin embargo, el grupo considera que la calidad de médicos que se pierde es más importante que la cantidad;

se hace énfasis en los problemas que encuentran los médicos cuando desean regresar a sus países de procedencia.

6.—Urge hacer un estudio de las causas del éxodo para tomar medidas a fin de evitarlo o disminuirlo. En el fondo, estas causas se reducen a posibilidades más atractivas para el trabajo médico.

Aspecto importante es, igualmente, el sentido del deber y la responsabilidad para con el propio país, que debe inculcarse al estudiante y al médico joven. La Escuela debe ser, en este aspecto, un verdadero centro cívico.

7.—Los países que tienen Escuela de Graduados deben preparar sus propios especialistas. Si no se puede obtener especialización en el propio país, debe procurarse hacerla en países de desarrollo similar. Enviar egresados jóvenes a países desarrollados es estimular el éxodo.

8.—La formación del médico, anterior a sus estudios profesionales, la ausencia de facilidades para una buena práctica profesional en las áreas rurales, la falta de ambiente cultural mínimo para una vida civilizada, la pobre capacidad económica de los pobladores de las áreas rurales para sostener los servicios médicos son considerados los factores principales. Debemos agregar la falta de oportunidades que ofrece la Facultad de Medicina para la actualización y superación del profesional.

9.—Una buena regionalización de los organismos preventivo asistenciales, dando participación a las Facultades de Medicina como Centros de apoyo en dicha regionalización.

10.—Debe haber una adecuada correlación para ser efectiva la acción del equipo multidisciplinario.

11.—Siendo el médico, líder del equipo de salud, corresponde a la Facultad de Medicina la promoción e ingerencia en la formación de los componentes del equipo de salud.

INFORME DEL GRUPO N° IV

Director de Debates: Dr. Hernán Romero (Chile)

Relator: Dr. Armando Medina (Perú)

Secretario: Dr. Rolando Figueroa (Perú)

1.—El grupo consideró que en los países de Latinoamérica no existe un número suficiente de médicos y los que

hay, están inadecuadamente distribuidos en las distintas regiones. Por esta razón, los problemas de salud no son debidamente atendidos y no se cubren las necesidades del país.

2.—Para resolver este problema se deben tener en cuenta los siguientes factores:

- a) Aumento de la producción de médicos: en base a programas de enseñanza y currículum de estudios bien estructurados, de tal manera que se forme un médico integral con los conocimientos necesarios para poder resolver los problemas de salud en cualquier medio en que actúe.
- b) Formación de personal para-médico: en número suficiente que colabore con el médico en resolver los problemas de salud, dándole la oportunidad de trabajar en su campo con mayor radio de acción.
- c) Corresponde al Estado reestructurar los programas de salud y mejorar los equipos necesarios para esta labor.

3.—La tasa de un médico por cada mil habitantes, no es aplicable a los países latinoamericanos, por no obedecer a la realidad.

Para determinar esta tasa, no sólo es necesario tener en cuenta las características demográficas, sino también los distintos y variados problemas de salud, el grado de desarrollo económico-social de la población y los recursos que el Estado pueda disponer.

4.—El grupo opinó que es fundamental que todos los médicos graduados deben ser utilizados, ya sea por el Estado o en el ejercicio privado, para solucionar los problemas de salud. Debe propiciarse una campaña de educación sanitaria para que el médico desarrolle plenamente sus facultades de promoción de la salud.

5-6.—La "fuga de talentos" es un hecho evidente en Latinoamérica. El grupo consideró, como causa principal de esta fuga el deseo de tener una mejor preparación, considerando el factor económico como de segundo orden.

Esto, indudablemente, afecta a la atención de los problemas de salud, como al desarrollo de los programas docentes de las Escuelas Médicas, ya que estos profesionales podrían ser excelentes maestros e investigadores.

El grupo piensa que este problema debe ser estudiado, en una forma más amplia, por la Universidad y por el Estado,

propiciando factores más convenientes para evitar esta fuga.

7.—El especialista, indispensable para un alto nivel de atención médica, debe formarse en los mejores centros de especialización.

Se sugiere que, de preferencia, se forme en centros de los países latinoamericanos de alto nivel o semejante a los existentes en los países altamente desarrollados. También es posible preparar especialistas en el propio país, elaborando programas de intercambio de docentes con otros países, lo cual redundaría en una elevación de nivel académico de la Escuela Médica.

8-9.—Es evidente que los factores enumerados, juegan un papel importante en la distribución preferencial de los médicos en las ciudades y no en el área rural.

Para corregir esta desigual distribución, se propone:

- a) Formación Integral del médico, haciéndole ver su responsabilidad ante la sociedad, como promotor de desarrollo.
- b) Mejorar la situación socio-económico del ambiente rural.
- c) Elevación del nivel económico que signifique una atracción para el médico, al mismo tiempo que el facilitar los medios necesarios para el mejor desarrollo de su función.

**ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL**

10.—Debe ser de acuerdo a la labor que se desarrolla.

11.—La formación de profesionales y técnicos que integran el grupo de salud, debe ser responsabilidad de las Universidades, ya sea por intermedio de las Facultades de Medicina o creando Centros de Estudios Médicos, administrativamente independientes de las Facultades de Medicina.

INFORME DEL GRUPO V

Director de Debates: Dr. Ernesto Gutiérrez Arango

Relator: Dr. Marcelo N. Viñar

Secretario: Dr. Rubén Ríos

1.—Hay acuerdo unánime en que no existe un número de médicos suficientes en relación a la demanda. Además creemos necesario precisar que una respuesta más exacta

requiere un conocimiento actualizado de los problemas sanitarios de cada país y región. Sólo con el diagnóstico de los problemas nacionales y un conocimiento acabado de la situación de salud se logra desencadenar el proceso de planificación que permite cuantificar las necesidades de recursos humanos y materiales.

2.—El grupo fue enfático en destacar la jerarquía del aumento en la producción de médicos. Se consideró no conveniente la formación de médicos en currículum abreviado. Se opinó que no se debe estimular ni obstaculizar la inmigración de médicos. Se entendió aconsejable el tratar de uniformar los criterios y exigencias para el libre ejercicio de la profesión en los diferentes países latinoamericanos.

3.—La mayoría del grupo consideró una meta aceptable la tasa de un médico por mil habitantes. Pero hubo opiniones en el sentido de que esta relación no es adecuada para los países subdesarrollados, en los que debe ser mayor, porque sus necesidades sanitarias y asistenciales son mayores y diferentes.

Pero se insiste en que para dar una respuesta acabada a la resolución médico-habitante, es necesario previamente conocer en cada país y región, sus necesidades de manera actualizada, y planificar programas integrados de desarrollo en salud, economía, educación y vivienda. Si se propone el incremento del número de profesionales de la salud, sin una correlativa planificación de su utilización en programas integrados, se corre el riesgo de: a) Incrementar la sobrecarga de las escuelas médicas. b) Incrementar la desocupación profesional. c) Aumentar la concentración en áreas urbanas en detrimento de las rurales; y todo ello sin beneficio ostensible para la comunidad. Se hace incapié que la solución no está sólo en la producción de médicos sino de todos los profesionales del campo de la salud.

4.—Es estéril incrementar el número de profesionales sin prever su aprovechamiento mediante programas adecuados. La Universidad debe formar el número de médicos que la comunidad y el Estado pueden absorver y utilizar eficazmente en los programas de salud vigentes y desarrollo.

5.—Sí. Afecta la cantidad y la calidad, privando a Latinoamérica de valiosos elementos para su desarrollo. Esta situación se hace aún más grave por el grupo heterogéneo al que pertenecen los que emigran, por su calificación científica y por los elevados costos que involucra su formación. Por

tanto se propone un estudio amplio de medidas que modifiquen la situación vigente y en particular se postuló que la Escuela Médica debe recalcar en la formación del estudiante un fortalecimiento de su identidad latinoamericana, una mística de consustanciación con su pueblo y con su medio.

6.—Si, debe contemplarse este aspecto, reclamando de los poderes públicos, presupuestos universitarios adecuados que permitan el desarrollo de la investigación científica a nivel nacional y propendiendo —como dijimos antes— a la conciencialización de la responsabilidad del estudiante para con su país.

7.—Los items anotados no se excluyen entre sí. Pero destacamos que se debe propender a la realización de cursos de post-grado a nivel nacional y se recomienda el intercambio dentro de Latinoamérica mediante la calificación de los institutos especializados, disponibles y creando disposiciones legales que fomenten este intercambio, mediante el reconocimiento en el país de origen de la especialización adquirida.

8.—Todos los factores anotados en la pregunta inciden en la mayor concentración de profesionales en áreas urbanas. Como comentario se recomendó la creación de cursos especiales tendientes a una efectiva capacitación para el ejercicio en zonas alejadas del lugar y la creación de programas sanitarios, que son el único modo de abordar racionalmente la grave situación vigente.

9.—Se recomiendan mejores condiciones económicas y el propender a la creación de estímulos especiales que incentiven la concurrencia a áreas rurales. Dentro de estos estímulos jerarquizaríamos: a) Un intercambio estrecho con el medio universitario, (posibilidad de consulta, cursos de actualización, asistencia a congresos etc.); b) Oferta de becas; c) Consideración especial de méritos expresados en puntajes curriculares más altos. Por otra parte las Facultades de Medicina deben informar al estudiante acerca de las posibilidades profesionales que su país le pueda ofrecer.

10.—El grupo consideró que la atención integral requiere la preparación y promoción de todos los miembros del equipo de salud en forma proporcionada.

11.—Se recomienda que las instituciones que preparan personal para-médico se asocien a las Facultades de Medicina o que éstas creen Escuelas Técnicas que garanticen una preparación idónea; así mismo se debe propender a la colab-

boración con profesionales no médicos en la solución de los problemas de la salud.

INFORME FINAL

Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán, Dr. José Neyra Ramírez,

Relator General, Secretario General.

1.—En general, la evidencia parece indicar que el número de médicos indispensables para atender las necesidades de América Latina es insuficiente. Una mayor exactitud en la calificación de esta aseveración requiere un conocimiento actualizado de los problemas sanitarios de cada país y su correcta evaluación. Sólo con la cabal comprensión de los problemas nacionales de salud se puede poner en marcha un proceso de planificación que permita cuantificar las necesidades de mano de obra estratégica. Sin embargo, se estima que algunos países disponen de una suma aceptable de médicos en tanto que otros acusan deficiencias marcadas que se agravan con una desigual distribución. La imperfecta organización de los servicios médicos resta efectividad a su acción y determina la concentración de profesionales en las urbes y el desamparo de las áreas rurales. De todo ello resulta que, mientras en las ciudades el tiempo hábil de trabajo del médico no se aprovecha como es debido, en el campo se carece de atención.

2.—Las posibles soluciones que remedien la insuficiencia de médicos son variadas y dependen de las causas que la producen. El déficit numérico real debe referirse a la fundación de nuevas Facultades que realicen ciclos normales de trabajo o al incremento razonable de la matrícula en las ya existentes, sin mengua de la calidad profesional. La importación de médicos sólo se estima conveniente cuando trate de cubrir aspectos formativos o docentes y se lleve a cabo selectivamente de acuerdo con planes que contemplen las necesidades del país. Si las causas derivan de la mala distribución debe promoverse la estructuración de servicios de alcance nacional con capacidad de realizar una medicina integral. No se tiene por aconsejable acortar la carrera médica pero si la formación de médicos en un tiempo mínimo com-

patible con la buena preparación, mediante la remoción y renovación de los programas. También se creyó conveniente recomendar se eliminen las barreras que limitan el intercambio y la reciprocidad del ejercicio profesional entre los médicos latinoamericanos.

3.—La tasa médico-habitantes que se juzga óptima para una buena atención médica en los países altamente industrializados no se estima aplicable a la América Latina en su estado actual de desarrollo. El establecimiento de una tasa realista para cada país requiere la consideración específica de sus características geográficas, étnicas y demográficas, de sus niveles socio-económicos y culturales, de sus condiciones sanitarias y de los recursos nacionales disponibles. Una respuesta acabada a la relación médico-habitante exige, en fin, un conocimiento previo de cada país y de sus necesidades actualizadas así como la planificación de programas integrados de desarrollo.

4.—Incrementar el número de profesionales sin prever su aprovechamiento no parece conveniente. La Universidad debe formar el número de médicos que la comunidad y el Estado puedan emplear eficazmente en programas de salud vigentes y en desarrollo. El equilibrio entre la producción y la demanda de médicos en el mercado de trabajo se considera esencial. La formación de médicos debe resultar de un análisis de necesidades no sólo a nivel del médico general sino también del especialista.

5-6.—Las informaciones obtenidas permiten afirmar que el éxodo de médicos latinoamericanos a otros países supera en costo a lo invertido por éstos en programas de ayuda. Aproximadamente el 5% de los médicos graduados en América Latina emigran a un sólo país. Sin embargo, se considera que la calidad de médicos que se pierde es más importante que la cantidad, especialmente en cuanto se refiere a especialistas muy calificados que se necesitan para el servicio, para la docencia y para la investigación en el campo de la salud. Se estima que este problema merece la especial atención de la Universidad y del Estado, propiciando factores que eviten esa fuga. Urge hacer un estudio de su causas y tomar las medidas pertinentes que la regulen haciendo más atractivo el trabajo del médico y fortaleciendo su sentido del deber y de responsabilidad para con su país.

7.—El especialista, indispensable para un alto nivel de atención médica, debe formarse en los mejores centros de especialización. Los países que tienen Escuela de Graduados deben preparar a sus propios especialistas; los que no las tengan, en los centros de los países latinoamericanos de alto nivel. Es posible preparar especialistas en el propio país elaborando programas de intercambio de docentes con otros países, lo cual redunda en una elevación del nivel académico de las Escuelas de Medicina. Enviar egresados jóvenes a países altamente industrializados es estimular el éxodo. Se debe seguir insistiendo en la creación de Centros Regionales Latinoamericanos de Entrenamiento Científico y Docente para profesores e investigadores en ciencias médicas que cubran las necesidades latinoamericanas.

8.—La formación del médico previa a sus estudios profesionales, la ausencia de facilidades para una buena práctica profesional en las áreas rurales, la falta de un ambiente cultural adecuado para la vida civilizada, la pobre capacidad económica de los pobladores del campo para sostener servicios médicos y las pocas oportunidades que algunas Facultades de Medicina ofrecen para la actualización y superación profesional son factores que propician la concentración del médico en las urbes. La creación de cursos especiales destinados a una efectiva capacitación para ejercer en zonas carentes de comunicación y contacto y el establecimiento de programas sanitarios por el Estado son medidas aconsejables para abordar la situación vigente que requiere un profundo cambio estructural.

9.—Para corregir la desigual distribución de los médicos deben contemplarse la mejoría de las condiciones económicas y los estímulos de todo orden que hagan deseable la concurrencia a las áreas rurales. Entre los estímulos pueden mencionarse el intercambio estrecho del médico rural con el medio universitario, la oferta de becas, el otorgamiento de méritos en el puntaje curricular y sobre todo la modificación fundamental de la situación socio-económica deplorable que prevalece en el ambiente rural.

10.—Se considera que existe una íntima relación funcional entre la tasa de médicos y la de otros profesionales para-médicos y auxiliares toda vez que integran un equipo de salud cuyos miembros no pueden actuar independientemen-

te. Un incremento en el número de médicos debe contemplar el aumento concomitante de los demás profesionales que actúan en el equipo de salud.

11.—Las Facultades de Medicina deben encarar el problema de la formación de los profesionales y técnicos que integran el equipo de salud y que han sido sujetos específicos de sus propósitos formativos y habrán además de establecer una debida colaboración con los Departamentos o Centros de formación de profesionales, que aun cuando laboran en los programas integrados de salud y desarrollo, es usual que reciban su adiestramiento en escuelas especializadas.



ÁREA HISTÓRICA

DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

3.6.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.7.—Se considera de interés histórico todo lo que se refiere a la historia de la Universidad Central del Ecuador.

3.8.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.9.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.10.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.11.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.12.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.13.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.14.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.15.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.16.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.17.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.18.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.19.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.

3.20.—La información histórica permanece en el Centro de Información Integral de la Universidad Central del Ecuador.