Plan de salud, atención médica y medicina social



Presentado por la candidatura del Frente de Acción Popular en Chile en 1964

PLAN DE SALUD, ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICINA SOCIAL

CANDIDATURA PRESIDENCIAL
DEL DR. SALVADOR ALLENDE

OFICINA CENTRAL DE PLANIFICACIÓN GRUPO DE SALUD

PLAN DE SALUD, ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICINA SOCIAL

PLAN DE SALUD, ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICINA SOCIAL

1.ª edición 2026

La Editorial ISSSTE publica esta edición de *Plan de Salud, Atención Médica y Medicina Social* con fines académicos y culturales, sin fines de lucro y para su distribución gratuita. Se reconoce la autoría original al equipo de salud de OCEPLAN, elaborado en el marco de la candidatura presidencial del doctor Salvador Allende Gossens (1964). El documento fue concebido para su difusión pública, por lo que esta edición respeta su naturaleza, preservando el contenido y su integridad.

Impreso y encuadernado en Ciudad de México, 2026, en los Talleres de Impresión del Sello Editorial ISSSTE, ubicados en Av. San Fernando 547-Edificio C, Tlalpan Centro I, Colonia Toriello Guerra, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14050, Ciudad de México, CDMX.

ISBN 978-607-7739-13-5

Diseño de Portada: Enrique Yamil Huesca García
166 p.; 16 X 24 cm

Esta obra está escrita bajo la Licencia *Creative Commons* CC BY NC ND 4.0. Se autoriza su reproducción y distribución sin fines de lucro, citando la fuente.
Licencia completa en: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Plan de salud, atención médica y medicina social es un libro editado por la Coordinación de Asesoras y Asesores de la Dirección General del ISSSTE, ubicada en cda. de Miguel Noreña #28, colonia San José Insurgentes, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03900, Ciudad de México, CDMX.

Distribución gratuita

Coordinación Editorial

Coordinadora editorial
Mtra. Olimpia Linares Holguín
Mtra. Diana Haydith Reyes Garduño
Mtra. Marlene Barragan Osornio
Revisión Editorial
Dr. Pedro Agustín Salmerón Sanginés
Dra. Juana Elvira Suárez Conejero
Editor literario
Dra. J. Marcela Mora Camarena

Diseñadores
Luis Alberto Millán Flores
Ing. Iván Serrano Cano
Jefe de Imprenta
Carlos Humberto Cordero Peral
Encargado de Taller
Lcdo. Cristian Gerardo Cruz Olloqui

COMITÉ EDITORIAL

Presidente del Comité
Dr. Martí Batres Guadarrama

Coordinadora del Comité
Dra. Juana Elvira Suárez Conejero

Secretaria Técnica
Mtra. Marlene Barragan Osornio

MIEMBROS INTERNOS

Lcdo. Omar Butrón Fosado
Director de Administración y Finanzas

Lcda. Rocío del Pilar Villarauz Martínez
Directora Estratégica de Información, Supervisión y Evaluación

Lcdo. José Rodrigo Ávila Carrasco
Director de Oficinas de Representación

Mtro. Felipe de Jesús Zermeño Núñez
Director Jurídico

Mtro. Mario Joaquín Zepeda y Martínez
Director de Incorporación, Recaudación e Inversiones

Mtro. Juan Gerardo López Hernández
Director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales.

Mtra. Jabnely Maldonado Meza
Vocal Ejecutiva de FOVISSSTE

Mtra. Dunia Ludlow Deloya
Directora de SuperISSSTE

Mtro. Víctor Manuel Torres Olivares
Secretario Técnico de la Junta Directiva del ISSSTE

Dr. Gustavo Reyes Terán
Director Médico

Mtro. Ricardo Ruiz Suárez
Secretario Técnico de la Comisión de Vigilancia del ISSSTE

Lcdo. Julio Pérez Guzmán
Subdirector de Relaciones Internacionales

Carlos Humberto Cordero Peral
Jefe de Servicios del Departamento de Impresión.

Lcdo. Jorge Aguilera Cercado
Jefe de Comunicación Social

MIEMBROS EXTERNOS

Dra. Violeta Vázquez-Rojas Maldonado
Subsecretaria de Ciencias y Humanidades de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti)

Dr. José Moya Medina
Representante de la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en México.

Antrop. Pedro Ovando Vázquez
Subdirector del Sistema de Publicaciones Científicas y Humanísticas de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti)

Mtro. José Pedro Kumamoto Aguilar
Secretario General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Mtra. Karina Luján Luján
Directora General del Instituto Nacional del Derecho de Autor (Indautor)

Dr. Ernesto Humberto Lammoglia Ruiz
Especialista en Psiquiatría

Dr. Pedro Agustín Salmerón Sanginés
Historiador

Ser joven y no ser revolucionario es una contradicción hasta biológica; pero ir avanzando en los caminos de la vida y mantenerse como revolucionario en una sociedad burguesa es difícil

Salvador Allende, Universidad de Guadalajara, México, diciembre de 1972.

Índice

PRÓLOGO **12**

1. INTRODUCCIÓN. SALUD Y GOBIERNO POPULAR **21**

2. LA SITUACIÓN ACTUAL Y SUS PRINCIPALES CAUSAS **24**

3. LO QUE HARÁ EL GOBIERNO POPULAR **30**

3.1 ORIENTACIÓN GENERAL: LA POLÍTICA DE SALUD DEL GOBIERNO POPULAR **30**

3.1.1 PROPÓSITOS Y PRINCIPIOS 31

3.1.2 DESARROLLO Y FORMAS DE APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL GOBIERNO POPULAR 32

3.1.3 POLÍTICA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN SALUD 48

3.1.4 FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD 50

3.2 BASES DE LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE SALUD **51**

3.2.1 PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL DE LAS PERSONAS 51

3.2.2 PREVENCIÓN CONSIDERADA A NIVEL DE COMUNIDAD 107

3.2.3 CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS ECONÓMICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD 133

4. SUMARIO DE LAS MEDIDAS CONCRETAS A ADOPTAR EN UNA PRIMERA ETAPA **137**

ANEXOS: **152**

1. EL CONCEPTO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL 152

2. COMBINACIÓN DE RECURSOS EN LA UNIDAD TIPO N.° 2 (SECTOR DE CONSULTORIO DISTRITAL) 155

3. PROYECCIONES DE LA CANTIDAD DE MÉDICOS EN CHILE, 1960 -1990 158

4. ESTIMACIÓN DEL N° DE CONSULTAS A PROPORCIONAR POR LOS MÉDICOS DEL PAÍS, SEGÚN PLANTA ESQUEMÁTICA PARA 1971 160

5. DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS SEGÚN ESPECIALIDAD – CHILE 1961 – Y BORRADOR DE PLANTA PARA 1971 161

6. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE MÉDICOS – CHILE 1961 – Y BORRADOR DE PLANTA PARA 1971 162

EPÍLOGO **163**

PRÓLOGO

Volver al pasado es la única manera de conocer los errores, valorar los aciertos y pensar sobre el futuro. Siempre estamos reinterpretando la historia. Conocer los hechos permite elaborar proyectos políticos, establecer estrategias y proponer estilos de desarrollo. Apoyarnos en experiencias ya acontecidas, puede ser una guía para el debate. La vigencia de documentos, propuestas y planes de gobierno se encuentra en la manera de formular las preguntas.

Lo que ustedes tienen entre sus manos, y están a punto de leer, puede considerarse un clásico en el debate: sanidad ¿pública o privada? Se trata del Plan de gobierno redactado en Chile por la candidatura del Frente de Acción Popular (FRAP), coalición de los partidos comunista, socialista y Democrático Nacional en 1964. Por tercera ocasión, el Dr. Salvador Allende Gossens encabezaba el proyecto. Eran tiempos difíciles, en medio del triunfo de la revolución cubana, se urdía una estrategia anticomunista en América latina y Chile no era una excepción. La campaña del miedo y la guerra psicológica cubría el espacio político. Asimismo, la guerra sucia, bajo la concepción del enemigo interno, se extendía. La persecución política e ilegalización de los partidos comunistas se generalizó. En México, el Gobierno del PRI, presidido por Miguel Alemán Valdés, eliminaba del registro al Partido Comunista. Mientras tanto, en Chile, la ley de defensa de la democracia perseguía a sus militantes. Tras ser detenidos, eran torturados y trasladados a campos de concentración. Otros emprenderían el camino del exilio. Hubo quienes levantaron la voz, mostrando su desacuerdo. En el senado chileno, Salvador Allende tomó la palabra en nombre de su partido:

> [...] los socialistas no negamos nuestra condición de marxistas, ni creemos que algún hombre tenga derecho a mirar en forma despectiva esta concepción filosófica del hombre, de la existencia, de la vida, del proceso social. Los socialistas no ocultamos cuál es la base esencial de nuestro pensamiento; menos ahora, frente a este proyecto, porque [...] bien pudiera mañana esta ley, no solo englobar al Partido Comunista, sino también a otras fuerzas, entre las que estamos nosotros, que somos marxistas doctrinariamente y revolucionarios en nuestra concepción antiimperialista, anti feudal y anti oligárquica (Allende, 1992, p. 147).

La conocida como “ley maldita” sería aprobada, pero ahí quedaba la concepción política de quien en 1970 llegaría a la Presidencia de la República. Un proyecto antiimperialista, anti feudal y anti oligárquico, al tiempo que una vía para

transitar al socialismo. Una propuesta revolucionaria a la que no renunciaría, aún a costa de su vida. En su trayectoria se vislumbra un humanista. En su actividad política, la lucha por la dignidad humana.

En la propuesta Plan de Salud, atención médica y medicina social, la que ustedes leerán a continuación, se halla una afirmación, que sigue vigente. La salud, es la puerta de entrada para una vida plena y debe ser responsabilidad del Estado. Por consiguiente, garantizar una sanidad universal y de calidad será posible democratizando su funcionamiento y ejerciendo un control popular de las instituciones creadas a tal efecto.

Las bases para una medicina integral, como se definió en el proyecto, se focalizan en cinco objetivos. 1) Participación de la ciudadanía en la gestión de la salud; 2) democratización de los servicios públicos de salud, 3) racionalización de la sanidad: descentralización administrativa y una adecuada política de inversiones; 4) trato justo a quienes trabajan en la sanidad: salarios, transparencia en la contratación, los ascensos y mejoramiento de las condiciones laborales; y 5) promover una formación profesional donde la Universidad, los centros de investigación y las instituciones ligadas a la práctica de la medicina, diesen prioridad a programas capaces de superar los déficit de personal cualificado a todos los niveles.

En 1964 se perdieron las elecciones, pero El Plan de Salud, Atención Médica, Medicina Social, mantuvo su vitalidad y se convirtió en la base del proyecto de gobierno de la Unidad Popular en 1970. ¿Cómo no ver la huella de este documento fundacional en la acción del Gobierno de Salvador Allende? De las llamadas cuarenta medidas básicas destacan la prevención social para todos, la mejor alimentación para la infancia, el medio litro de leche diario para todos los niños, la creación de consultorios materno infantil de proximidad, la lucha contra el alcoholismo por una vida mejor, una asistencia médica sin burocracia, la medicina gratuita en los hospitales, así como el combate a la estafa en el precio de los medicamentos.

En pleno siglo XXI, constituyen reivindicaciones insatisfechas, de ahí la importancia de un documento que permite reflexionar sobre un sistema de sanidad público, gratuito e integral. Su recuperación por el ISSSTE es un gran acierto. No solo por su actualidad; lo es por abrir la puerta a conocer un Salvador Allende, médico cirujano, cuya práctica profesional condicionó su pensamiento político, siendo uno de los aspectos más desconocidos de su militancia socialista.

Veamos. Salvador Allende ingresa en 1925 a la escuela de medicina; en 1927 será electo presidente de su centro de alumnos; y en 1930, ocupa la vicepresidencia de la Federación de Estudiantes. En el año 1932, se licencia en medicina y ejerce como médico de asistencia pública. En 1933, a la edad de 25 años, formará parte del grupo fundacional del partido socialista. Como diputado, en 1937, presenta los proyectos de ley de protección a la madre y el niño y la ampliación del Seguro Obrero.

Eran los años treinta y Europa vivía el auge del nazifascismo. En América Latina, las clases dominantes se adherían a sus postulados. La lucha antifascista cobra vida. En su desarrollo, la estrategia de crear frentes populares se generaliza. Tres verán la luz. Dos en Europa: España y Francia y uno en América Latina: Chile. Su historia fue disímil. En España, la derecha protagonizaría un golpe cívico-militar, dando pie a la guerra civil y posterior dictadura del general golpista Francisco Franco (1939-1975). En defensa de la II República y el Frente Popular, México ocupa un lugar de honor. El Gobierno del general Lázaro Cárdenas abrió sus puertas a los republicanos españoles que partieron al exilio.

En Francia, el Frente Popular tendrá un corto recorrido. Ganará las elecciones en el año 1936, pero su debilidad provoca la renuncia de su presidente, León Blum, disolviéndose dos años más tarde. En 1940, ya en plena II Guerra Mundial, Francia sería ocupada por los nazis.

En Chile, la historia es diferente. El Frente Popular, creado en 1936 por socialistas, comunistas y el partido radical, se mantuvo en el poder entre 1938 y 1952. El último Gobierno, encabezado por Gabriel González Videla, quien promulga la ley maldita en 1948, conlleva su ruptura. En 1938, bajo la candidatura de Pedro Aguirre Cerda, ganará la presidencia. Su jefe de campaña, Salvador Allende. El nuevo presidente verá en el joven médico, recién cumplidos los treinta años, a la persona idónea para el cargo de ministro de Salubridad. Ahí se inicia el camino de Salvador Allende como un artífice de la salud pública en Chile. Entre sus primeras medidas: la reforma del Seguro Obrero Obligatorio y la creación del Colegio de Médicos. Como ministro, tendrá ocasión de comprobar las condiciones de vida de las clases populares, donde la muerte por tuberculosis, desnutrición y enfermedades derivadas de un inexistente sistema de salud pública constituyen parte del problema. Para dar visibilidad pública, el ensayo La realidad médico-social de Chile. En sus páginas, por vez primera, se relaciona las tasas de morbilidad con la enfermedad, la salud y las condiciones

sociales de vida. Entran en liza factores considerados aleatorios: salarios, alimentación, vestuario, vivienda, educación, acceso al agua potable, alcantarillado o tiempo de ocio. Veamos:

> Con respecto a la morbilidad, el salario influye en una escala difícil de apreciar en toda su intensidad, pero de indudable efecto, desde el momento que él determina las condiciones de vida del asalariado. Tiene importancia en todos los estados mórbidos, derivados de una nutrición insuficiente o inadecuada; en la evolución de enfermedades infecciosas, de las enfermedades por enfriamiento, pero en especial, en la tuberculosis que, como sabemos, es la enfermedad que más gravemente afecta a las clases trabajadoras (Allende, 1939).

Más adelante, alerta sobre la alimentación de las clases populares:

> [...] a pesar de que trabajador chileno invierte en alimentación y la de su familia, una cifra aproximadamente al 90% de su salario, que en capas de extrema pobreza puede llegar al 100%, él está mal nutrido y la mayoría de la población sufre hambre fisiológica [...] El organismo desnutrido se convierte en presa fácil de todas las infecciones tuberculosas, tíficas y agudas, sin contar las enfermedades directamente producidas por la mala alimentación con los trastornos intestinales de los lactantes, principal causa de mortalidad infantil, raquitismo, enfermedades nerviosas. etc. (Allende, 1939).

Y en este camino, algo poco común, desechado como un factor determinante en la trasmisión de enfermedades por enfriamiento o piel como son el resfriado, el tifus o la sarna, entre otras. Tras dichas enfermedades, dirá el ministro de Salubridad, Salvador Allende, se esconde una falta de vestimenta adecuada:

> En verdad, ante las exigencias perentorias del hambre, todas las demás, incluso el vestido, pierden importancia [...] El tifus exantemático es otro de los aspectos de la morbo-mortalidad chilena, que está estrechamente relacionado con la higiene del vestido. Su agente trasmisor, el piojo, vive principalmente en las ropas, y la condición del vestuario popular es uno de los mayores obstáculos para luchar contra él [...] Se calcula que unos sesenta mil niños de las escuelas sufren de sarna, enfermedad que es el punto de partida de perturbaciones y afecciones renales gravísimas. Para poder luchar contra ellas con éxito se requieren mudas limpias de ropa interior y de cama, de la que por cierto carecen la casi totalidad de los niños afectados y que junto a los alimentos de aseo dan completa posibilidad de curación (Allende, 1939).

Salvador Allende tiene en mente una visión holística, donde la enfermedad se entiende como producto de una política sanitaria. En esta perspectiva, las condiciones de vida, y en especial el acceso a la vivienda, forman parte del problema y abordarlo constituye parte de la solución. Así lo expresa en su informe:

> los datos y estadísticas que hemos transcrito permiten formarse una idea cabal de las malas condiciones de vivienda de nuestro pueblo que se traducen en la promiscuidad y aglomeración excesiva, en su insalubridad debido a la mala ubicación y emplazamiento, como asimismo a la falta de espacios libres; a la construcción deficiente y la falta de servicios higiénicos y sanitarios, alcantarillado, etc. Todo ello, como ya hemos expresado, ha tenido que influir en forma decisiva en los elevados índices de morbilidad y mortalidad del país (Allende, 1939).

En 1940, presentará su renuncia al cargo, pero no deja de pensar en la necesidad de crear un sistema de sanidad con acceso gratuito y de la calidad para las clases populares. En 1950, será elegido presidente del Colegio de Médicos y en 1955 el Senado aprobará su proyecto de creación del Servicio Nacional de Salud y la Seguridad Social. Estas son las bases sobre las cuales se levanta el Plan elaborado en 1964. De ahí la importancia de su rescate.

Si hacemos abstracción de las estadísticas, las peculiaridades del país y la coyuntura, nos encontramos con una reflexión que pone sobre la mesa los grandes temas que, desde una posición de izquierda, observan cómo, tras años de reformas neoliberales, han terminado por destruir y desmantelar los sistemas sanitarios, convirtiendo la enfermedad en un buen negocio. Michael Sandel (2012), en su obra Lo que el dinero no puede comprar. Los límites morales del mercado, llama la atención a este hecho:

> la sanidad es otra área donde los incentivos económicos están en boga. Cada vez es más frecuente que médicos, compañías aseguradoras y empleadores paguen a la gente por estar sana [...] Se podría pensar que prevenir una enfermedad o evitar los alimentos nocivos para la salud serían motivaciones suficientes. Pero, sorprendentemente, muchas veces no es el caso [...] Cuando su situación empeora, el resultado general son miles de millones de dólares anuales en gastos sanitarios adicionales. Por eso, los médicos y aseguradoras están ofreciendo incentivos

económicos con el fin de motivar a los pacientes para que tomen medicinas.

En pleno siglo XXI, no podemos dejar de mencionar el negocio de las empresas farmacológicas. La pandemia del Covid-19 evidenció el papel de las trasnacionales en el control de las vacunas y el proceso de investigación, mientras los Estados se hacían cargo de sus costes. Otro tanto ha sido la crisis de la oxicodona y el analgésico OxyContín en Estados Unidos, cuyo empleo, por adicción, produjo la muerte de más de 500 mil personas entre 1999 y 2019.

Igualmente, la disminución del gasto público en sanidad, la privatización de los servicios esenciales o su externalización profundiza la brecha que separa la sanidad de las clases dominantes y las clases populares. Vicenç Navarro, especialista en políticas públicas, uno de los asesores de Hillary Clinton para la reforma sanitaria, refiriéndose al proceso de privatización de la sanidad en España subraya:

> el bajo gasto público sanitario también conlleva una gran extensión de la medicina privada, reproduciéndose una polarización social: la burguesía, pequeña burguesía y las clases medias de renta alta utilizan servicios médicos privados reciben un trato preferencial en la pública, mientras las clases medias de renta media y baja y las clases trabajadoras utilizan la sanidad pública. (Navarro, 2006, pp. 54, 55).

Así, tenemos una sanidad privada que crece a costa de la sanidad pública. Ni siquiera el aumento en el gasto público es una garantía para evitar el deterioro de la sanidad pública. Los nuevos fondos se trasvasan a empresarios que especulan con la salud y han descubierto, en la enfermedad un nicho para acrecentar sus fortunas. Nace la medicina concertada cuyo auge guarda relación directa con la destrucción de los centros de salud de atención primaria, la falta de contratación de especialistas, los bajos salarios y un desprecio hacia la atención integral. Un proceso de deshumanización en la atención médico-paciente donde el único ganador es el capital transnacional.

Pensar la salud desde la izquierda no es tarea fácil. Los obstáculos son múltiples. Se trata de unir los aspectos técnicos y políticos en un todo. Ese fue el objetivo trazado en el Plan de Salud, atenció médica y medicina social, presentado por la candidatura del Frente de Acción Popular en 1964. Su lectura nos permite hoy entender el significado de una medicina preventiva: una sociedad sana que mejore los índices de igualdad, acceso a los medicamentos, los diagnósticos, salud bucodental, y ser

tratados con dignidad. con dignidad. ***«El pueblo conquista su derecho a la salud»*** fue el lema del Plan. Así nadie se vería excluido. Para dar mayor relevancia se acuñó la frase: «ningún enfermo sin su doctor».

Los sistemas de sanidad pública, denostados durante las reformas neoliberales, son desmantelados y sus servicios privatizados. Pruebas diagnósticas, servicios de emergencia, atención primaria y centros de salud, se dejaron morir. Los efectos del Covid-19 no han servido para tomar conciencia de pensar la salud, la atención médica y la medicina social como parte de un proyecto integral de desarrollo. Para el capitalismo, la salud será siempre un negocio. Quien paga, puede beneficiarse de buenos hospitales, excelentes médicos, personal auxiliar profesionalizado, medicinas y un trato digno.

La sociedad de mercado ha trastocado el significado de la enfermedad, la salud y, por ende, el ejercicio de la medicina. Esto lo vemos cuando se trata de analizar las enfermedades de nuevo signo producto de la contaminación atmosférica, la comida chatarra, el estrés. Hoy conviven enfermedades de pobres, que se han cronificado en los países del llamado tercer mundo, como el cólera, la tuberculosis, o el sarampión, entre otras, con las propias de las sociedades de la opulencia, como son las patologías cardiovasculares, los diferentes tipos de cáncer, el asma, las alergias.

> Lo que ocurre es que, en las sociedades más prósperas, las enfermedades que antes eran propias de 'los ricos' han pasado a caracterizar a los pobres. Algunas, como las cardiopatías, las embolias y la obesidad eran frecuentes entre la población rica. Por ejemplo, las dolencias cardiacas solían considerarse propias del hombre de negocios, y antes los ricos eran los 'gordos' y los pobres 'flacos'. [...] En definitiva, las enfermedades que antes eran comunes entre los más favorecidos, ahora cunden entre los pobres (Wilkinson, 2019, p. 29).

Si pensamos la salud bajo un supuesto alejado de las leyes del mercado, el Plan de Salud, Atención médica y medicina social, (1965-1971), constituye una herramienta que anima a considerar la sanidad como parte de la acción de un Gobierno donde la igualdad social, la justicia y los valores democráticos se alzan como sus principios irrenunciables.

Es el momento de hacer frente a una concepción de la salud, comprendida como un bien de lujo sometido a la ley de oferta y

la demanda, dando lugar a la emergencia de especuladores, inversores inescrupulosos, empresas farmacológicas, universidades privadas, centros de investigación y compañías de seguros. Solo enfrentándolos a ellos, se podrá recuperar el sentido de una práctica social de la medicina.

Por último, quisiera agradecer al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), sobre todo a su director general, Martí Batres Guadarrama, quien ha recibido la iniciativa de esta publicación como parte del debate democrático que guía su mandato. En este sentido, tampoco puedo dejar de mencionar a la Dra. Juana E. Suarez Conejero, coordinadora de Asesoras y Asesores de la Dirección General, por su apoyo y amistad, sin cuya perseverancia este prólogo no sería posible. Espero, sinceramente, que la lectura del Plan de Salud, Atención médica y medicina social, elaborado por el equipo de campaña de Salvador Allende Gossens para el período 1965-1971, cause la misma ilusión y esperanza por construir un proyecto integral de salud como puerta de entrada para una vida digna. Parafraseando a Pablo González Casanova, se trata de pensar para ganar, romper las dinámicas de la explotación y el colonialismo interno.

Marcos Roitman Rosenmann

1

INTRODUCCIÓN: SALUD Y GOBIERNO POPULAR

MAX NOLFF
Director Ejecutivo de OCEPLAN

DR. CARLOS MONTOYA
Coordinador del Grupo de Salud de OCEPLAN

Cada año fallecen en Chile cerca de 40.000 personas que no debieron morir, porque sus enfermedades eran evitables y tratables. En 1962, 33.000 niños no alcanzaron a sobrevivir el primer año de su vida y de ellos 10.000 murieron por diarreas infantiles. Año a año, 4.000 vidas de hombres y mujeres, en pleno período de actividad, son sesgadas por la tuberculosis y cerca de 10.000 personas enferman de tifoidea, enfermedad extirpada en muchos otros países.

Este intolerable sacrificio de vidas humanas es soportado, en su mayor parte, por la clase obrera de Chile. Se calcula que el 77% de la mortalidad infantil —es decir, 25.000 muertes— ocurren en los hijos de obreros y campesinos. El sarampión, enfermedad benigna en la clase acomodada, ocasiona en Chile

2.500 defunciones, que forman la mitad de toda la mortalidad por enfermedades transmisibles agudas en el país.

¿Cómo se explica esta realidad tan dramática como injusta?

SALUD Y GOBIERNO POPULAR

La salud es un estado de bienestar personal y de eficiencia material y social, que resulta de la relación entre el hombre y su medio ambiente. Si bien la salud depende en parte del potencial biológico con el cual nacen a la vida los seres humanos, el factor decisivo en determinar el nivel de salud de un pueblo es la calidad del ambiente que exista durante la gestación, en el hogar, en la escuela, en el trabajo y, en general, en toda la sociedad. Será el ambiente el que facilite o el que detenga el desarrollo de las vastas potencialidades que cada ser representa al ser concebido. En otros términos, la ley fundamental de la salud consiste en que ella es función del nivel de vida en conjunto y de cada uno de sus componentes: la alimentación, la vivienda, la vestimenta, el saneamiento, la educación, la recreación, la seguridad social, las condiciones del trabajo, la armonía entre las personas y la atención médica.

A su vez, el nivel de vida o nivel de consumo de la población depende de la cuantía de la producción nacional y de la forma más o menos justa de distribución de esa producción. Por lo tanto, la salud es función también de la economía del país y de su estructura social. Y puesto que el Gobierno es el instrumento que una nación posee para dirigir su desarrollo económico y social, resulta que la salud colectiva de los países en desarrollo es responsabilidad gubernamental en gran medida. Se ve claro que la buena o mala salud de un pueblo está en relación estrecha con su régimen de gobierno. En países en desarrollo como Chile, solo un Gobierno auténticamente popular, capaz de remover a fondo los factores que determinan la injusta distribución de la riqueza y del bienestar en la población, y resuelto, asimismo, a liberar los inmensos recursos de la comunidad para que ella participe en su lucha por una vida mejor, puede asegurar un mejoramiento efectivo del nivel de vida del pueblo.

Obsérvese que la atención médica es solo uno de los componentes del nivel de vida: no es el único factor, por lo tanto, que determina las condiciones de salud de la población. El esfuerzo sanitario consciente tiene mayor o menor importancia según la región del país y el problema específico de salud de que

se trate. Pero, como lo prueban los hechos en Chile, es ilusorio esperar que la acción médica aislada logre un mejoramiento persistente y extendido del nivel de salud. Ella no puede modificar por sí sola los factores básicos que lo determinan y, además, mientras el nivel general de vida sea bajo para la mayoría de la población, los problemas de salud serán siempre graves y los recursos disponibles siempre escasos.

Pero, aparte del nivel de salud colectivo, la atención del ser humano enfermo representa en sí una necesidad imperiosa, sentida por todos.

En este sentido, la atención médica eficiente, oportuna y humana es un derecho universal y su satisfacción es impostergable.

2
LA SITUACIÓN ACTUAL Y SUS PRINCIPALES CAUSAS

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE CHILE EN MATERIA DE SALUD Y DE ATENCIÓN MÉDICA?

En el área de la salud del país existen profesionales con un alto nivel técnico; pero la atención médica tiene serias deficiencias en su aplicación a la mayoría de la población, en especial a la masa obrera y campesina. Todavía un tercio de los niños chilenos nace sin atención profesional y un tercio de los chilenos mueren sin haber recibido esta asistencia en su última enfermedad. Hay regiones, como Chiloé, en que ambas cifras suben más del 70%. En cuanto a atención dental, en la propia zona de Santiago se proporciona solamente el 0.26% de la atención dental que se estima necesaria. En el aspecto preventivo, 51% de la población carece de agua potable y el 65%, de alcantarillado. La atención que logra recibir otra gran parte de la población, en los Servicios Públicos de Salud, es de calidad deficiente, está viciada por largas esperas y por rechazos indiscriminados y se realiza con recursos insuficientes. Pero, sobre todo, hay discontinuidad en la atención médica, ausencia de actitudes permanentes de

prevención, de educación, de comprensión hacia la persona que consulta y de desvelo por la unidad familiar, actitudes que son todas indispensables para un cuidado médico adecuado. En la capital misma hay servicios donde se espera meses para lograr atención y en las maternidades se ve con frecuencia camas ocupadas simultáneamente por dos mujeres.

No solo está descontento el público con esta atención, sino también los propios funcionarios; las condiciones en que ellos trabajan determinaron diecinueve huelgas en el Servicio Nacional de Salud en 1961.

Es muy revelador que el sector público (Servicio Nacional de Salud y otras instituciones médicas estatales), que es responsable legalmente de la atención médica de aproximadamente un 80% de la población de Chile, tenga acceso al 43% del gasto médico nacional.[1]

Este hecho es un indicador de que impera en Chile una política de salud que no es nacional, sino de clase, de grupo privilegiado. Esta distribución injusta de los recursos de atención médica que favorece a un estrato minoritario, pero dueño del poder, en desmedro del estrato mayoritario, es la clave de las deficiencias anotadas. Otro ejemplo: el Servicio Nacional de Salud dispone del 30% del tiempo de los médicos pediatras del país, en circunstancias en las que tienen la obligación de atender al 70% de los niños de Chile, hijos de obreros y campesinos.

La injusta satisfacción del derecho a la salud en los estratos de nuestra población, en estos "dos Chiles", se refleja también en una injusta distribución geográfica de los recursos. En tanto que Santiago dispone, por cada 1.000 habitantes, de 2.1 horas-médicas, 1.2 horas-enfermeras, 5.1 camas hospitalarias y E° 21.28 por habitante; Cautín tiene solo 0.7 horas-médicas, 0.2 horas-enfermeras, 1.4 camas y E° 4.20.

Similares contrastes se observan dentro de Santiago mismo, si se compara, por ejemplo, el Área Sur, con gran población obrera, con la acomodada Área Oriente. Esto contribuye a que haya en el país grandes sectores de población sin acceso a la atención médica.

Además de mal distribuidos, algunos tipos de recursos son escasos, particularmente el personal profesional y, en muchas

[1] El sector privado, en cambio, con menores responsabilidades en número de habitantes, consume alrededor del 57% de este gasto nacional.

localidades, los edificios y el material médico. El personal, en general, mal informado y entrabado en sus funciones por la burocratización de los servicios, no participa con todas sus potencialidades en el cuidado médico de la población.

También se desdeña el indispensable y valioso recurso que es la población misma, a la cual no se le da acceso a la gestión ni a las actividades de los Servicios de Salud. La clase dominante ha estado interesada en impedir la formación de una conciencia del pueblo sobre sus derechos y deberes sociales; con este fin, ha limitado los recursos para la educación y ha deformado sus contenidos. El resultado es una deficiente capacitación de los ciudadanos para el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes en materia de salud.

Asimismo, hay un insuficiente rendimiento de estos recursos mal distribuidos y escasos, por defectos serios de organización. A nivel nacional, existe una multiplicidad de organismos públicos de atención médica (Servicio Nacional de Salud, Servicio Médico Nacional de Empleados, Servicios Médicos de diferentes Cajas de Previsión, etc.), los cuales no actúan en forma coordinada. A nivel local, no hay una definición clara de las unidades ejecutivas, que deberían diferenciarse según las condiciones regionales. De este modo, las estructuras de los diversos niveles no corresponden estrictamente con las tareas más urgentes, como, por ejemplo, la atención médica rural o la atención médica en ciudades de provincias. La relación y división del trabajo entre los diversos niveles adolece de un excesivo centralismo burocrático, enmascarado bajo el nombre "delegación de atribuciones y deberes". Este nombre viene a significar, en la práctica, que la autoridad más alta tiene en su mano todos los hilos del poder y debe preocuparse directamente de un enorme cúmulo de detalles.

El personal es uno de los recursos más importantes para dar atención médica. Por ello es decisivo el hecho de que hoy esté tan descuidado. No hay una planta ni escalafón racional a ningún nivel. Las remuneraciones de 5.000 funcionarios del Servicio Nacional de Salud están bajo el sueldo vital y las superiores a este mínimo no obedecen a una política consciente de estímulo al sacrificio y a la eficiencia. La "política del personal" más clara que hoy se observa es la de la "influencia" de los partidos de gobierno en los ingresos de nuevos funcionarios y en las promociones.

Por otra parte, las condiciones técnicas en que trabaja el personal de las instituciones públicas son manifiestamente inadecuadas. Hay situaciones nocivas para la salud del personal que no han sido nunca subsanadas. Los locales, el material y el equipo no se proporcionan en cantidad ni en calidad suficientes; la escasez de personal lleva, en muchos casos, al exceso de trabajo y al deterioro de la atención médica del enfermo. En el caso de la sala de hospital, terminan por no cumplirse, debido a imposibilidad material, normas elementales de diagnóstico, de tratamiento y aún de simple limpieza. Todo esto conduce a la desmoralización y al agotamiento y es fuente de conflictos entre el personal y con los pacientes.

La formación del personal no solo es insuficiente en cantidad. Es, además, injusta, como lo es todo el sistema educacional chileno, puesto que solo pueden ingresar a los niveles profesionales quienes pertenecen a familias con recursos holgados. Dentro de la institución, es extremadamente raro que una empleada de servicio pueda pasar a auxiliar, una auxiliar a enfermera o una enfermera a médico, aunque la persona posea la inteligencia, la madurez y la vocación necesarias.

El bienestar del personal también está descuidado: la atención médica de ellos y de sus familiares no funciona con fluidez; en relación con los nombramientos y pagos hay toda suerte de tramitaciones burocráticas; no hay suficiente cuidado de la seguridad del personal, por su alimentación en horas de trabajo, ni por la atención a los hijos de las funcionarias.

Tal es la situación de la atención médica dentro del régimen de injusticia distributiva que soporta Chile. Con todo, y refiriéndose al Servicio Nacional de Salud, se ha señalado con verdad que las atenciones que presta han crecido desde que entró en funciones en 1953, a una velocidad algo mayor que el aumento de la población. Ello prueba que se ha tenido éxito en la tarea de fusionar los servicios preexistentes, sin dañar la atención médica que la población ya recibía. El éxito es digno de encomio por cuanto se ha logrado, a pesar de múltiples problemas administrativos derivados de la fusión, y a pesar de que el primer decenio de vida del Servicio ha coincidido con un período de estancamiento económico y de inestabilidad monetaria.

Este es un producto, en buena parte, del sacrificio de los trabajadores de la salud en todos los niveles. Es también, una

consecuencia de la visión de los legisladores de la izquierda chilena y de los miembros más progresistas del gremio médico. Fueron ellos, con Salvador Allende a la cabeza, los que obtuvieron la creación del Servicio Nacional de Salud y del Servicio de Seguro Social. Ellos lograron el financiamiento para la leche en polvo que se distribuye en los consultorios; la Asignación Familiar, la Asignación Familiar Prenatal, las Pensiones de Viudez y de Orfandad. Ellos han presentado una y otra vez el proyecto de la Ley de Seguro Social para los Accidentes del Trabajo y las Enfermedades Profesionales. Puede afirmarse que sin la actuación de la izquierda, la situación sería mucho peor de lo que es en la actualidad.

Sin embargo, el Servicio Nacional de Salud no ha tenido el éxito esperado, salvo en áreas o programas limitados, en cuanto a aprovechar las posibilidades que brindó la fusión para lograr una mejoría cualitativa de la atención médica. Por otra parte, la atención médica es insuficiente cuantitativamente: los niveles actuales significan dar poco más de una consulta en promedio al año a la población que el Servicio debe atender, en circunstancias que las necesidades reales mínimas son dos a tres veces mayores.

Esta experiencia muestra, de un modo muy dramático, cómo una buena doctrina de salud con proyección social fracasa en su aplicación, cuando es realizada por un sistema político en el cual el poder, los recursos y el propio bienestar se concentran en una minoría. La gestión de los servicios de salud heredará, así necesariamente, las taras de tal política clasista. Y como tampoco un Gobierno de esta especie puede pretender eliminar los factores económicos y sociales que son la fuente de tanta enfermedad y tanta muerte, sufridas por una clase que constituye la mayoría de la población, es claro que ninguna solución médica puramente técnica puede resolver el problema. Por eso es vital el ascenso al poder de un Gobierno Popular, de tal modo que los planteamientos técnicos tengan una efectiva realización y trascendencia.

Así se explica que más de diez años de experiencia de operación del Servicio Nacional de Salud no hayan disminuido significativamente los elevados daños de salud en nuestra población. Siguen muriendo cada año 120 de cada 1.000 nacidos vivos antes de cumplir un año de edad. Siguen muriendo cada año cerca de 4.000 personas por tuberculosis y sigue habiendo epidemias de difteria y de poliomielitis y una alta endemia de

tifoidea. Todavía nueve de cada diez chilenos sufren de lesiones dentarias. Siguen muriendo 10.000 lactantes por diarreas infantiles, como crueles índices de desaseo, de desnutrición y de negligencia gubernativa.

Tal mortandad ocurre en los mismos chilenos que, sin casa, sin dieta suficiente y sin escolaridad, reciben poco o ningún cuidado médico. Este es el Chile postergado, aquél cuyos niños mueren con una frecuencia seis veces mayor que los niños de clase acomodada.

En tales condiciones, trabajar en salud es arar en el mar. La situación actual de los médicos, del personal de colaboración médica y de todos los trabajadores de la salud es de permanente frustración, puesto que, en el mejor de los casos, ellos están salvando vidas humanas para entregarlas a una existencia de sufrimiento y oscuridad.

3
LO QUE HARÁ EL GOBIERNO POPULAR

3.1 ORIENTACIÓN GENERAL: LA POLÍTICA DE SALUD DEL GOBIERNO POPULAR

El defecto fundamental que vicia las acciones de salud (de carácter público) en Chile es la falta de claridad y de consistencia en los propósitos y en las líneas generales para alcanzar esos propósitos. **NO EXISTE UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD**.

La izquierda chilena comienza por afirmar que la política de salud no puede considerarse aislada. **ES PARTE INTEGRANTE** de una política nacional de desarrollo que garantice al pueblo un nivel de vida económico y cultural satisfactorio. Tal es requisito fundamental para una mejor salud; su realización depende de un Gobierno capaz de emprender todos los cambios económicos y sociales que dicha política implica, y de coordinarlos en un organismo central de planificación.

3.1.1 PROPÓSITOS Y PRINCIPIOS

Los **PROPÓSITOS ESPECÍFICOS** de la política de salud del Gobierno Popular son:

A. La elevación del nivel de salud a través, primero, del aumento del nivel de vida de las masas; y segundo, de medidas preventivas mantenidas continuamente a nivel útil.[2] Se propone el lema: *«EL PUEBLO CONQUISTA SU DERECHO A LA SALUD».*

B. La extensión de la atención médica al total de la población, con prioridad absoluta del sector estatal para con aquellos sectores que actualmente carecen por completo de atención y que constituyen más de un tercio de la población: campesinos, pescadores, trabajadores de la pequeña y mediana minería, escolares, preescolares, habitantes de la periferia de las ciudades. También deben crearse mecanismos para atender dignamente a los sectores de empleados, comerciantes, pequeños industriales y otros que, teniendo ingresos de nivel intermedio, enfrentan un angustioso problema frente a la enfermedad. Se propone el lema *«NINGÚN ENFERMO SIN SU DOCTOR»*.

C. La progresiva aplicación de los principios de atención médica integral expuestos más adelante.

La extensión de la atención médica estatal hacia los estratos medios se considera justa y urgente, social y técnicamente. Se realizará de modo que, por un lado, se respete la libertad de los profesionales y de los pacientes para dar y recibir una atención de carácter voluntariamente convenido; y de manera que, por otro lado, cada sector asuma la parte que le corresponde de financiamiento de la atención médica. Debe terminarse, por ejemplo, con la irresponsabilidad tanto de los patrones, como de los organismos de previsión de los empleados, y con el abuso que hoy representa la utilización fraudulenta de recursos del Servicio Nacional de Salud. Este será el marco para resolver rápidamente el tan tramitado ofrecimiento de atención médica para los empleados particulares (véase, además, los requisitos establecidos en 3.1.4: financiamiento).

Se respetará el sistema de medicina liberal, del cual podrán hacer uso todos aquéllos que, teniendo los recursos necesarios, lo prefieran.

---

[2] Se entiende que se habla de "nivel útil" para las condiciones nacionales y regionales de Chile.

Los **PRINCIPIOS GENERALES** que permitirán realizar esos propósitos del Gobierno Popular son:

a. La participación de las masas en la gestión y realización de las gestiones de salud a todo nivel.
b. La democratización de los Servicios Públicos de Salud, es decir, la participación de todos los funcionarios en el conocimiento y la evaluación crítica de los objetivos y del funcionamiento de los Servicios.
c. La racionalización del sector salud, introduciendo una reorientación del gasto médico, el que tiene hoy una injusta distribución entre las clases sociales y entre las regiones geográficas; integrando entre sí los diversos Servicios Públicos de Salud; aplicando efectivamente las técnicas de programación que permitirán una verdadera descentralización; y adaptando la estructura nacional y local a las principales tareas de la etapa actual y a la coordinación con otros sectores.
d. Un trato justo al personal de todas las categorías, en los aspectos de: escalafón funcional, remuneración y bienestar.
e. Una adecuada formación del personal.

3.1.2 DESARROLLO Y FORMAS DE APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL GOBIERNO POPULAR

Los verdaderos dueños de los consultorios, hospitales y servicios médicos son los vecinos que allí se atienden. Ellos son los que pueden apreciar mejor las bondades y defectos de la atención.

La salud de cada persona es, en último término, responsabilidad de cada uno y de todos. El organismo técnico orienta y da servicios, pero, en general, no puede realizar todo lo necesario para cuidar la salud de cada persona. De ahí que el público tiene interés en comprender y ayudar, y tiene el deber de educarse para ello. Y no hay mejor educación para la salud que aquella que se logra interviniendo en la preparación de las acciones de salud y ayudando en su ejecución. Esta ayuda, bien orientada, representa una suma inapreciable de recursos, aparte de satisfacer en sí un propósito educativo. Es una fuente de energía latente, comparable a la que se desencadenará al democratizar el servicio.

Para formalizar la participación popular en las tareas de salud, será necesaria la coordinación a todos los niveles, nacional, regional, provincial y local, con las organizaciones de masas (sindical, femenina, juvenil, agrarias, Cruz Roja, pobladores, etc.).

En todos estos niveles se constituirán "Consejos Populares de Salud" formados por los responsables de salud de las diferentes organizaciones de masas y por personal directivo del respectivo escalón de los Servicios de Salud. En dichos Consejos Populares de Salud, se producirá un intercambio de información, en el que los representantes de la población aportarán lo que ésta siente como necesidades y como deficiencias en la atención, lo que ella sugiere y lo que ofrece aportar en la vía de las soluciones; y los técnicos de salud explicarán los programas del servicio, las causas de las deficiencias, lo que proponen en cuanto a soluciones y darán la orientación para el mejor aprovechamiento de la colaboración de la masa. Las obligaciones que las organizaciones de masas contraigan aquí serán cumplidas por ellas de acuerdo con sus peculiares características y utilizando sus propios mecanismos.

Al nivel más descentralizado de la organización popular, se encontrarán los Comités Populares de Cuadra o de pequeño poblado campesino. Cada uno de ellos tendrá un encargado (y tal vez una Comisión de Salud). También habrá un encargado de salud en cada escuela, sitio de trabajo, Centro de Madres, club deportivo designado por la respectiva base de la organización de masas correspondiente. Estos encargados de salud del nivel más descentralizado se relacionarán, formando Consejos Populares de Salud, con los equipos de atención médica de los "sectores" (en la ciudad) o de los hospitales rurales (en el campo).

El aporte del pueblo en las tareas de salud debe ser orientado a cumplir los requisitos más exigentes de un alto grado de organización. Las normas se dictarán a nivel nacional. Se impulsará su aplicación a nivel regional de acuerdo con las características propias de cada provincia y se ejecutarán en los niveles locales.

Concebida en estos términos, la participación activa de las masas organizadas en las tareas de salud será fundamental para el desarrollo de los planes y el cumplimiento de las metas del Programa de Salud del Gobierno Popular.

3.1.2.2 RACIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

El país gasta, actualmente, en salud algo más del 5 por ciento de su Producto Nacional. Esta proporción es comparable a la de países más desarrollados y no parece susceptible de ser aumentada de manera importante. En otros términos, la disponibilidad de mayores sumas absolutas per cápita para salud dependerá del aumento que experimentará la producción nacional por habitante.[3]

Pero en salud, como en otros sectores de la economía nacional, existen grandes posibilidades de aumentar y mejorar a breve plazo la producción de servicios, si se utilizan adecuadamente los recursos que hoy se derrochan o se administran mal.

Cinco son las principales áreas que deben abordarse en una racionalización destinada a aprovechar mejor los recursos que actualmente gasta el país en salud.

a. **INTEGRACIÓN DE TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO:** Para armonizar sus diferentes políticas y evitar la posibilidad de duplicación de prestaciones, la multiplicación de aparatos administrativos y la de equipos

   técnicos que suelen permanecer ociosos durante gran parte del día. La integración debe avanzar gradualmente, comenzando por la formulación de una política común por parte de un organismo superior, que debe ser el Ministerio de Salud; luego debe venir, sucesivamente, el planteamiento de programas integrados; la utilización conjunta de recursos técnicos y administrativos; la creación de amplios programas sucesivos de integración, hasta llegar, finalmente, a un Servicio Único de Salud.

b. **MEJOR UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SECTOR PRIVADO:** Un 57% del gasto total en salud se hace en Chile a través de la empresa privada. Ello representa en

   sí una utilización deficiente, ya que esa masa de dinero se destina a la atención de la minoría menos necesitada y se hace al margen de toda planificación nacional, encareciendo el costo de la atención por el espíritu de lucro de los empresarios.

[3] El Grupo Plan Global de OCEPLAN ha propuesto, como marco de referencia, la meta de obtener un aumento anual de alrededor de 7% en el producto por habitante.

Sin embargo, el Gobierno Popular respetará el sistema de atención dado por los médicos en sus consultas privadas. El progresivo mejoramiento de los Servicios Públicos de Salud y la diferente formación y extracción social de los futuros profesionales, a parejas con el desarrollo natural de la nueva sociedad, serán los factores que determinarán, a largo plazo, el destino del ejercicio privado de la medicina.

El Gobierno Popular también aceptará la contribución de clínicas, laboratorios y otros servicios privados o de seguro voluntario a la atención de ciertos grupos de la población, siempre que se atengan a las normas técnicas, financieras y de trato al personal que se establezcan.

Pero el Gobierno Popular detendrá el gran drenaje de recursos que significa la situación actual en el comercio de los medicamentos. Los gastos en farmacia representan el 40% de los gastos en salud del país (Instituto de Economía de la Universidad de Chile). En contraste, en la zona de Santiago del Servicio Nacional de Salud ellos solo significan el 5.8% (1962). La nacionalización del comercio exterior, que efectuará el Gobierno Popular, permitirá resolver un aspecto del problema, al determinar la importación de todo lo necesario, y solamente de lo necesario; ello, en los mercados más convenientes y en las formas menos onerosas (drogas en sustancia sin envasar, por ejemplo). El desarrollo de la industria farmacéutica nacional, bajo la orientación del Gobierno, y con base en el Laboratorio Chile y en la Sección Industrial del Instituto Bacteriológico (ver 3.2.2.2.) constituye otra fase de solución del problema. Será necesario, además, controlar los precios de los productores, envasadores, distribuidores y farmacias, asegurando en cada caso utilidades razonables. Se eliminarán los intermediarios superfluos (droguerías). Asimismo, se racionalizará el uso de las fórmulas similares, de combinaciones de medicamentos y de nombres de fantasía; se suprimirá la propaganda engañosa de especies farmacéuticas y la venta sin receta médica de medicamentos, cuyo uso debe ser calificado en cada caso (como antibióticos, quimioterápicos, vitaminas, hormonas, psicofármacos, somníferos, etc.). Se adoptará, frente a las patentes, la política más acorde con el interés nacional. Se elaborará una Farmacopea o Arsenal Farmacéutico Nacional en que se incluirán todos los productos que realmente se necesitan. Finalmente, se establecerá una

tributación adecuada y, en relación con ella, precios justos para la venta de medicamentos al público.

Estas medidas permitirán que la población ahorre alrededor de la cuarta parte de los recursos que actualmente gasta en salud. Pero como no se trata de reducir el gasto en salud, sino de reorientarlo para que rinda más y mejores prestaciones, esta suma deberá recuperarse hacia los Servicios Públicos de Salud, obedeciendo al criterio de justicia distributiva.

No debe olvidarse que el sector privado emplea —y el sector público no se esfuerza actualmente por hacerlo— una proporción muy importante, algo más de la mitad del tiempo de los médicos de Chile; sabemos que este es un recurso escaso y de formación lenta. Por ello, el Gobierno Popular procurará, a través del establecimiento de una carrera funcionaria y de estímulos justos (véase más adelante), incorporar a estos profesionales al régimen de jornada completa en la mayor proporción posible, especialmente, al comienzo de su vida médica. Por otra parte, se darán amplias facilidades para la extensión de la jornada a 8 horas (con tiempo para estudio y perfeccionamiento dentro de esta jornada), toda vez que se trate de satisfacer reales necesidades de servicio. Con estas medidas será posible utilizar a plenitud tanto al personal médico, que es escaso y de lenta formación, como a equipos materiales costosos que hoy no rinden todos los servicios que deberían.

c. **CONSTRUCCIÓN Y HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS:** Se revisará la política actual en este aspecto, ya que ella ha conducido a costos excesivos, a plazos de entrega muy demorados y a edificios poco flexibles. Esta revisión se aplicará tanto a la Sociedad Constructora de EE. Hospitalarios como a las construcciones menores que se efectúan por contratistas y a las compras de mobiliario e instrumental, y debe incluir las fuentes de financiamiento.

   Se estudiará especialmente la posibilidad de coordinación directa con el Ministerio de Obras Públicas y con los sectores pertinentes de la industria nacional.

d. **PROGRAMACIÓN:** Las medidas generales indicadas permitirán utilizar los recursos en forma verdaderamente

planificada. La política general del Gobierno Popular ensamblará esta planificación en salud con la planificación general de la economía nacional.
Las bases de la planificación serán: a) las necesidades de la población, y b) la capacidad de la sociedad para satisfacer aquellas necesidades. El Gobierno Popular podrá planear de acuerdo con los recursos siempre crecientes que la economía en desarrollo pondrá a su disposición y teniendo al ser humano como objetivo central.

La planificación se hará a corto y a largo plazo, asimismo, se empleará el método de subir los programas y presupuestos desde el nivel ejecutivo local hasta el nivel zonal y el nivel nacional, para volver luego a bajar con proyectos más elaborados, recibir observaciones al nivel ejecutivo y subir, finalmente, para su integración con los demás planes sectoriales del Gobierno. Una consecuencia importante de una verdadera planificación será una más justa distribución de los recursos. El Gobierno Popular no disminuirá el nivel de la atención médica en ninguna área del país; pero los recursos que queden liberados con la racionalización, y los nuevos recursos que se creen, se distribuirán de manera que se pueda suprimir la indigencia médica en que actualmente se hallan grupos humanos como los campesinos, los pequeños comerciantes, los artesanos, muchos empleados, los escolares, entre otros. Desaparecerá rápidamente la postergación en que se hallan la mayoría de las provincias y toda la zona rural, así como los barrios periféricos que ocupan los obreros en las ciudades grandes.

La otra consecuencia fundamental de la planificación, ya señalada, consiste en que es una de las bases de una verdadera descentralización administrativa en los servicios: con normas claras, con planes traducidos en presupuestos locales bien calculados y con una supervisión ágil (cualquier director de establecimiento podrá tener atribuciones para utilizar sus recursos, para nombrar, comprar, etc., sin peligro para la marcha de los servicios).

e. **UNA ESTRUCTURA NACIONAL ADECUADA A LA POLÍTICA Y A LAS TAREAS DE SALUD:** Si la atención a la salud va a constituir responsabilidad del Gobierno y va a integrarse a una planificación nacional, llegará a desaparecer la necesidad de mantener simultáneamente

un Ministerio de Salud, una Dirección General de Salud y atribuciones de supervisión de una Superintendencia de Seguridad Social. Tales duplicaciones, originadas como un esfuerzo para proteger a los Servicios de Salud de la injerencia indebida de la politiquería de los partidos de derecha no se justificarán en un régimen democrático y popular. Es conveniente que la misma persona que dirige ejecutivamente el Servicio participe en el organismo gubernativo superior, para integrar la salud a la política de desarrollo nacional.
Dentro del Ministerio, las subsecretarías corresponderán a las tres funciones principales que encara nuestra medicina: Atención Médica de las Personas, Prevención a nivel de Comunidad (Protección y Fomento), Planificación y Administración. De estas subsecretarías dependerán las secciones y oficinas que se especifican en el organigrama anexo. El subsecretario de Atención Médica se desempeñará como suplente del ministro. El proceso de integración de aquellos Servicios de Salud que actualmente existen en el sector público, al margen del Servicio Nacional de Salud, se efectuará bajo la responsabilidad inmediata del subsecretario de Atención Médica, dado el carácter restringido que hoy tienen esos servicios (Figura 1).

No habrá separación entre lo normativo y lo ejecutivo en este nivel. Cada miembro del Ministerio será un inspector-asesor cuando se relacione con los organismos regionales y locales.

Por otra parte, en todos los organismos de dirección deberá imperar el principio del trabajo colectivo que presupone un amplio sistema de cooperación y coordinación. El método no descansa solo en el trabajo colectivo de los integrantes del grupo, sino, al mismo tiempo, en el contacto estrecho con la periferia mediante el conocimiento de la realidad en el terreno y el intercambio de ideas con otros niveles.

Como se señaló anteriormente, la descentralización ejecutiva será facilitada por la planificación real, por la democratización y por una dirección eficiente. Tal como en las demás instituciones, el Gobierno Popular tenderá a la simplificación administrativa de los Servicios Públicos de Salud. Para que desaparezca el actual desorden administrativo, también hay que eliminar las funciones no médicas que actualmente tienen los organismos de salud,

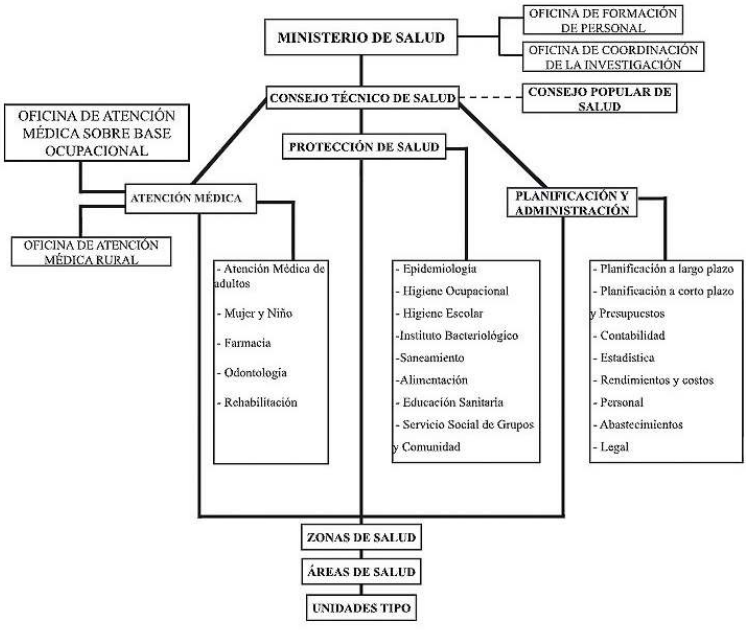
como gerencia agrícola, gerencia de otras propiedades de renta, cementerios, etc., trasladándolas a las reparticiones correspondientes.

Las funciones administrativas deben recibir toda la atención que por su importancia les corresponde. Las primeras medidas deben ser: un rápido inventario de los recursos humanos y materiales existentes; la elaboración de Unidades Tipo para las reparticiones administrativas; y la capacitación acelerada del personal mediante cursos y a través de la acción de una unidad de auditoría administrativa "volante".

La Sección de Farmacia adquirirá esencial importancia en relación con lo planteado en 3.1.1.2. b) ("Mejor utilización de los recursos del sector privado"). El jefe de esta sección pertenecerá al Consejo Técnico Nacional de Salud.

Las profesiones de colaboración médica estarán representadas en cada una de las secciones pertinentes.

FIGURA 1
ANTEPROYECTO DE ORGANIGRAMA NACIONAL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



En la Subsecretaría de Atención Médica, deben existir oficinas para "Atención Médica sobre base ocupacional" y para "Atención Médica Rural". Estas Oficinas tendrán la misión de coordinar y agilizar, durante los primeros años de funcionamiento del sistema, todo lo relativo a estos dos aspectos, que son los más abandonados dentro de la organización actual: la atención al obrero y al campesino.

A nivel del Ministerio debe crearse, además, una Oficina de Formación del Personal y una de Investigación Científica, que se relacione con las universidades y otros Centros de Enseñanza e Investigación pertinentes, así como con los propios organismos de salud, en cuanto que en ellos pueden y deben efectuarse investigaciones.
Debe quedar claro que el movimiento popular aplicará las reformas estructurales de nivel nacional en el momento oportuno, cuando ellas sean indispensables para el desarrollo de los demás componentes de la política de salud; la experiencia señala que nada debemos esperar de cambios aislados en los organigramas.

f. UNA ORGANIZACIÓN LOCAL ADECUADA: Las divisiones geográficas de la atención médica deben corresponder con las divisiones político administrativas que los planificadores determinen.

Esto tiene por objeto permitir la integración del Sector Salud en los Gobiernos regionales y locales, donde estarán, además, representados los otros organismos técnicos estatales y las organizaciones de masas. Estimamos inconveniente el que se modifiquen las actuales Zonas de Salud antes de lograrse dicho acuerdo intersectorial.

En las regiones, existirá un nivel directivo que adaptará la política de salud y las normas nacionales a la realidad regional, para lo cual deberá contar con los elementos técnicos necesarios; tendrá una organización similar a la nacional (inclusive Oficinas Regionales de Planificación), pero simplificada.

A la organización local —Áreas de Salud— debe corresponder la ejecución de todas las acciones de salud, aplicando los principios de la medicina integral. Su dirección también seguirá un esquema similar a la del Ministerio, con las adaptaciones necesarias. En toda Área

con más de 150.000 habitantes, el médico jefe deberá dedicarse exclusivamente a esta jefatura y la dirección del hospital más importante del área estará en manos de otro médico; de todos modos, la jefatura de área, así como las asesorías de los diversos programas, tendrán su sede en dicho hospital.

La integración exige, además, que cada establecimiento tenga un director con plenas atribuciones y responsabilidad y un presupuesto propio, de modo que el trabajo se realice en equipo y en función de la población a servir, dentro de una política nacional y regional de salud y con normas técnicas precisas. Esto significa que, al nivel local, no debe existir una departamentalización vertical por profesiones o especialidades, al menos en la consulta externa. Junto a esa autonomía, habrá coordinación entre los distintos establecimientos y niveles, para poner al servicio de cada paciente los mejores recursos de que disponga el país.

Se elaborarán esquemas tipo de unidades ejecutivas técnicas y administrativas, adaptadas a las tres "realidades" geográfico-demográficas de Chile: las grandes ciudades, las capitales de provincia y departamentos, así como las áreas rurales.
Al exponer el programa específico de atención médica, se complementarán las ideas relativas a la organización local.

3.1.2.3 DEMOCRATIZACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN EJECUTIVA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

El personal estará adecuadamente informado de las decisiones que le afectan y tendrá la oportunidad de participar en estas decisiones. Desde el ministro hasta el empleado de servicio, debe existir una corriente bidireccional, fluida, de comunicación, sin reservas ni desconfianza. Para hacer operativo este principio, será necesario crear o fortalecer algunos organismos:

A. Legalizar y fortalecer la organización sindical, dándole injerencia en lo relativo a bienestar, remuneraciones, seguridad social, estímulos y sanciones. También debe participar y tomar iniciativa en relación con la elección de las mejores formas de cumplir las tareas señaladas por la política popular de salud. Los Comités Gremiales de Profesionales y Técnicos, a diversos niveles, deben ser

revitalizados con fines similares.

B. Crear en cada establecimiento Consejos Administrativos con la participación del director, jefes de servicios y dirigentes sindicales, a fin de examinar los problemas relativos a la participación del personal en las acciones de salud y a las remuneraciones, calificaciones, estímulos, sanciones, perfeccionamiento, condiciones de trabajo y bienestar. Crear Consejos Administrativos de composición y con funciones equivalentes, a nivel de área, zonal y nacional.

C. Realizar periódicamente, en cada establecimiento, Asambleas de todo el personal con presencia del director y jefes de servicios, para evaluar la marcha de la organización, en una atmósfera de información y franca autocrítica.

Solamente la democratización de los servicios permitirá hacer realidad el principio de descentralización ejecutiva. Ésta será posible gracias a la actitud de confianza de los funcionarios, actitud de colaboración y de capacitación, misma que implica la democracia institucional. A ello tendrá que sumarse el abandono del nocivo supuesto de la delegación de atribuciones y deberes, ya mencionado, y su reemplazo por la tesis de que cada nivel posee derechos y deberes intransferibles. Esto permitirá a los niveles directivos dedicarse, efectivamente, a las funciones directivas (planificación, supervisión, evaluación).

La descentralización debe efectuarse a todo nivel. La democratización es la vía regia para la descentralización de los servicios. Ambos principios son interdependientes: por ejemplo, si un Director local no tiene atribuciones no puede dar participación al sindicato en las decisiones que deba tomar.

La materialización de la democracia en los servicios se complementa con la política de personal que se define más adelante. La izquierda insiste en la democratización de los servicios de salud, como insiste, por otra parte, en la democratización de toda la vida nacional, porque su filosofía le señala que el éxito o el fracaso, así como la obtención de las metas, no dependen de un puñado de dirigentes, sino de lo que hagan todos y cada uno de los funcionarios. Pensemos, por ejemplo, en los médicos: son 4 mil profesionales del más alto nivel universitario, 4 mil líderes en potencia, cuya capacidad se pierde, si se los maneja como piezas de una gran maquinaria.

El sistema democrático, al entregar a cada cual la plenitud de la responsabilidad por sus funciones, liberará una enorme energía hoy ignorada, una verdadera energía nuclear; y dará satisfacción a las vocaciones profesionales que hoy sufren un estado crónico de frustración.

3.1.2.4 UNA POLÍTICA JUSTA DEL PERSONAL

A. CARRERA FUNCIONARIA

La definición clara de las unidades locales de atención, en cuanto a tipo y número de funcionarios, permitirá fijar una planta racional, y dentro de ella, los peldaños por los que se podrá ascender y la duración, tipo de establecimiento, de localidad y función correspondiente a cada peldaño.

Solamente así, cada persona que ingresa a los servicios podrá tener una idea clara de sus propias perspectivas, de su propio futuro; en lugar de la incertidumbre actual. Además, la planta definitiva logrará el objetivo de que ningún funcionario quede en situación irregular, con jornales o contratos inciertos. Esto significa, por ejemplo, que se regularizará la situación de las enfermeras graduadas en los últimos tres años, todas las cuales se hallan actualmente a contrata (véase además: 3.2.1.1. d) Escalafón de Funciones).

En ciertas categorías, los escalafones serán nacionales. En otras, sin embargo, las perspectivas de superación deben darse dentro de escalafones geográficamente más restringidos, con el fin de favorecer la integración de equipos y el aprovechamiento de la experiencia técnica adquirida por las personas.

El Gobierno Popular implantará también un mecanismo esencial a la democratización de los servicios, determinará cuál es el paso, por mérito y estudios, desde un nivel funcionario a otro; por ejemplo: de empleada de servicio a auxiliar; de auxiliar a enfermera; de enfermera a médico. Los únicos requisitos serán la dedicación al trabajo, la competencia y el interés en aprovechar las facilidades que se darán para completar su educación.

B. REMUNERACIÓN Y OTROS ESTÍMULOS

La remuneración en los Servicios Públicos de Salud se regirá por una escala nacional de salarios que elaborará el Organismo Central de Planificación, sobre la siguiente base:

a. Respeto al mínimo vital.
b. Justicia. Los sueldos en el Servicio Nacional de Salud no pueden ser inferiores a los que se perciban por funciones similares en cualquier otro servicio del sector público.
c. Relación con la responsabilidad, el nivel de preparación, la importancia social y otras características que acompañan a la función desempeñada.[4]

Para fijar la remuneración de los funcionarios se tomará en consideración el resultado de las consultas que se efectúen en los diversos establecimientos. El alza de todos los sueldos inferiores al salario mínimo vital se efectuará inmediatamente asumido el poder por el Gobierno Popular.

El principio de que la compensación debe estar relacionada con la importancia social de la función se traducirá en un "salario adicional" mayor para quienes atienden áreas rurales, provincias alejadas, Servicios de Urgencia y otros, según las prioridades decididas por las superioridades de los servicios.

A este sistema de remuneración se agregarán premios en dinero, otorgados periódicamente a los equipos funcionarios que hayan logrado mejores resultados en la atención de la población a su cargo.

Otra forma de estímulo serán las becas de perfeccionamiento para ascender a líneas técnicas de mayor jerarquía.

La calificación se hará según escalas basadas en normas de comportamiento elaboradas en conjunto con el Sindicato y será de responsabilidad del jefe directo de cada grupo de funcionarios. Además, se creará un mecanismo que permita tomar en cuenta la apreciación de la comunidad (Comité de Salud) acerca del trato y de la eficiencia de quienes los atienden.

En las normas de comportamiento se destacará, en forma especial, la iniciativa, el espíritu creador, la toma de responsabilidades para resolver problemas, dentro del espíritu de audacia y del ritmo rápido del Gobierno Popular.

[4] El grupo de Salud piensa que la escala nacional de salarios debería elaborarse sobre la base de distinguir en la remuneración tres componentes esenciales:

A. Salario mínimo nacional suficiente para subvenir a las necesidades de una persona. Este será el salario de un obrero con la calificación mínima; estudiante de 15 años o más, con padres de bajos ingresos, lo recibirá en forma de beca. El anciano, o el inválido, lo recibirán en forma de pensión mínima de vejez o invalidez.
B. Salario nacional por clasificación funcional, del cual existirá un número adecuado de niveles. Cada trabajador del país será ubicado en alguno de estos niveles, de acuerdo con la responsabilidad, nivel de preparación e importancia social de la función desempeñada. Esta escala será lo bastante progresiva como para significar un incentivo material adecuado al perfeccionamiento y superación de los trabajadores.
C. Salario adicional familiar (o asignación familiar) de monto suficiente e igual para todos.

Estas ideas están sujetas a la discusión por los demás grupos de trabajo de OCEPLAN.

Las sanciones de mayor importancia serán decididas con participación del sindicato del respectivo establecimiento.

C. CONDICIONES DE TRABAJO: BIENESTAR DEL PERSONAL:

» Las condiciones materiales de trabajo y la organización deberán permitir la satisfacción de la atención bien realizada.
» El aumento del personal permitirá hacer menos agotadores los turnos en ciertos servicios.
» Se mejorarán las condiciones de higiene y seguridad en que trabaja el personal.
» Durante los turnos, se dará alimentación en cantidad suficiente y de calidad adecuada.
» Se mejorarán las salas cunas en los establecimientos y se crearán las que faltan.
» Se perfeccionará la atención médica del personal.
» Se tomarán las medidas necesarias para eliminar la tramitación burocrática en los nombramientos.
» Se fomentarán las actividades culturales y recreativas.

Todos estos aspectos del bienestar serán de responsabilidad del servicio. Otros beneficios serán de cargo de un organismo de Bienestar que, a diferencia del actual, deberá incluir a todos los empleados y dependerá de la organización sindical. Entre las actividades de este organismo deberán figurar las cooperativas de consumo y de vivienda, la cuota mortuoria, la asignación por nacimiento de un hijo.

D. CONDICIONES DE TRABAJO EN EL SECTOR PRIVADO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

El Gobierno Popular velará por el cumplimiento de condiciones adecuadas de trabajo para quienes son empleados en el sector privado. Ello se referirá a las remuneraciones, atribuciones sindicales, reglamentación de horarios, condiciones de higiene y seguridad, y previsión social adecuada. En el caso particular de los químicos-farmacéuticos, se hará cumplir la ley que estipula que toda oficina de farmacia debe ser regida por un farmacéutico; y se terminará con la práctica de las fiscalizaciones efectuadas por personal no calificado.

3.1.2.5 FORMACIÓN EFICIENTE Y DEMOCRÁTICA DE TODO EL PERSONAL NECESARIO

La atención a la salud necesita de mayor cantidad de técnicos y profesionales. Por ejemplo, los supuestos que se presentarán en este programa, como base del esquema de atención médica,

representan una necesidad de alrededor de 6.360 médicos trabajando a tiempo completo (para la población de Chile en 1971) y una producción anual de alrededor de 450 médicos (actualmente es de 250), a objeto de alcanzar y de mantener ese nivel. El número de egresados anuales de enfermería debería de ser de 500 cada año, para alcanzar una cifra —medianamente satisfactoria— de por lo menos 6.000 enfermeras en el plazo de diez años. La formación de auxiliares de enfermería debe alcanzar la cifra de mil por año.

También se requiere aumentar rápidamente el número de matronas, tecnólogos, fisioterapeutas, dietistas, nutriólogas, asistentes sociales, educadores sanitarios, estadísticos, auxiliares de enfermería, funcionarios administrativos.[5]

La formación de este personal está considerada a través de los siguientes mecanismos:

a. Incrementar la matrícula de la Escuela de Medicina de Valparaíso y la complementación de su enseñanza con los ramos clínicos.
b. Creación de una nueva Escuela de Medicina dependiente de la Universidad de Chile, en Santiago.
c. Reforzamiento de presupuesto y personal de las actuales Escuelas de Enfermeras, Matronas, y Tecnología Médica.
d. Utilización acentuada de los Colegios Universitarios Regionales, en coordinación con los Hospitales Regionales, para la multiplicación de escuelas en provincias.
e. Cursos de Auxiliares de Enfermería, para trabajo urbano y rural, en todas las zonas del país.
f. Cursos técnicos en "servicio" para el personal de servicio.
g. Cursos breves e intensivos para formar elementos directivos de diversos niveles, tanto de la línea técnica (de salud) como de la administrativa.

Tan importante como la cantidad de egresados es su calidad, particularmente en lo que respecta a su actitud, que debe ser de servicio a la colectividad, de responsabilidad (comprometerse en el servicio que se presta al prójimo), de comprensión científica de la realidad total, de capacidad para resolver los problemas, y de coraje para impulsar el cambio que dicha solución requiera.

[5] Se suele mencionar el problema del posible éxodo de cierto número de profesionales al comienzo del Gobierno Popular. Aparte de que nada, en la realidad, justificará el éxodo, ya que las condiciones de trabajo y de vida de los profesionales mejorarán, hay que hacer notar que es en el actual régimen que existe un éxodo creciente, motivado por la falta de estímulos económicos y vocacionales. El Gobierno Popular facilitará el regreso de estos profesionales para que contribuyan a la reconstrucción de su propio país.

Hay dos mecanismos fundamentales para mejorar la actitud de los nuevos profesionales. El primero de ellos es la participación del Ministerio de Salud en la orientación de la política de formación de estos cuadros, con el objeto de que se produzcan profesionales capaces de afrontar inmediatamente las tareas asistenciales, en la cantidad y tipos que determina nuestra realidad. Recíprocamente, las universidades deberán participar más activamente en la elaboración y ejecución de los planes y programas de salud, en todos los niveles.

El segundo mecanismo, a la larga el más importante, consiste en la democratización de la enseñanza; es decir, en el lograr que la condición económica y social de las personas no sea un obstáculo para que ingresen al servicio y para que dentro de él alcancen hasta los niveles más calificados. Para concretar este mecanismo, se crearán progresivamente las becas necesarias y se estimulará el paso por méritos y cursos desde cada nivel funcionario a otro más calificado: de empleada a auxiliar, de auxiliar a enfermera, de enfermera a médico, para citar algunos ejemplos. Cuando los médicos y otros profesionales sean, en su mayoría, hijos de obreros, campesinos y empleados modestos, la humanización de la atención médica estará resuelta en el sentido de una comunión cultural entre los técnicos y la masa.

Al hacer los cambios aquí delineados y al racionalizar los planes de estudio y los períodos de vacaciones, se pueden lograr profesionales mejores —con respecto a nuestra realidad— aún a pesar de que se abreviase la duración de los estudios en Medicina y otras carreras. Los cambios que se proponen no intentan deteriorar el nivel profesional en salud. Como una buena ilustración, se plantea para discusión el caso de Enfermería y de Obstetricia. Las actuales profesionales tendrán pleno y mejor uso en el Gobierno Popular, con la función de dirigir y formar todos los cuadros técnicos ahora inexistentes o escasos. Se trata, al mismo tiempo, de formar, aceleradamente y en gran número, técnicos capaces de cumplir las actividades de colaboración médica y de satisfacer, en un nuevo marco social, necesidades urgentes e injustamente postergadas.

Las enfermeras y matronas actuales egresan con una capacitación correspondiente a los niveles de supervisión, asesoría o docencia. Muchas veces esta capacidad no es debidamente utilizada: se percibe la falta de un escalón previo correspondiente a enfermera básica (o "intermedia") y a matrona básica, para funciones curativas y preventivas habituales. Estas

nuevas profesionales tendrían instrucción secundaria completa y dos años de estudio. Después de un período determinado de trabajo, podrían perfeccionarse a través de alguna de las siguientes líneas que requerirían dos años más de estudios conducentes a las siguientes categorías:

a. Enfermera supervisora, asesora o docente.
b. Matrona supervisora, asesora o docente.
c. "Ayudante-médico": Profesional polivalente para la atención médica integral de áreas rurales y periféricas.

Cierta proporción de las "enfermeras básicas" podría hacer un curso de Obstetricia de seis meses; y cierta proporción de las "matronas básicas" podría hacer un curso de enfermería de seis meses. Esto con el objeto de contar con profesionales de amplia capacidad, para servir en postas y hospitales rurales.

Existen, en el país, lugares adecuados para la formación básica y clínica que actualmente no son aprovechados: universidades y colegios universitarios, Hospitales Regionales, Hospital Sanatorio "El Peral", etc. Se deberá reorientar, en consulta con la Universidad, con el Servicio Nacional de Salud y con sus profesores y ex alumnos, a la Escuela de Salubridad, en el sentido de colocarla al servicio del Plan Nacional de Salud.

Al planear la formación profesional se tomará en cuenta que se necesitan equipos de salud y no meramente un tipo determinado de profesionales; esta idea debe hacer ajustar apreciablemente los índices tradicionales. En general, la formación profesional en salud deberá contemplar como básicos los siguientes principios:

a. Enseñanza integrada de las diversas asignaturas dentro de un plan.
b. Experiencias de trabajo en terreno urbano y rural, y en equipo multiprofesional.
c. Énfasis en los aspectos preventivos y sociales.

3.1.3 POLÍTICA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN SALUD

Hacemos nuestras las claras palabras de Andrés Bello:

> *Pocas ciencias hai que para enseñarse de un modo conveniente no necesiten adaptarse a nosotros, a nuestra naturaleza física, a nuestras circunstancias sociales.*

¿Buscaremos la hijiene i patolojía del hombre chileno en los libros europeos, y no estudiaremos hasta qué punto es modificada la organización del cuerpo humano por los accidentes del clima de Chile y de las costumbres chilenas? ¿I un estudio tan necesario podrá hacerse en otra parte que en Chile? Para la Medicina, está abierto en Chile un vasto campo de exploración, casi intacto hasta ahora, pero que muy presto va a dejar de serlo, i en cuyo cultivo se interesan profundamente la educación física, la salud, la vida, la policía sanitaria y el incremento de la población.

La Medicina investigará las modificaciones peculiares que dan al hombre chileno su clima, sus costumbres, sus alimentos, se desvelará por arrancar a las epidemias el secreto de su germinación y de sus actividades devastadoras i hará, en cuanto sea posible, que se difunda a los campos el conocimiento de los medios sencillos de conservar i reparar la salud.
ANDRES BELLO
Memoria del Rector de la Universidad de Chile
29-X-1848

El Gobierno Popular, a través de sus organismos de salud, estimulará y coordinará las investigaciones científicas en campos relativos a la salud y que tengan atingencia con las necesidades del país. Los técnicos de izquierda consideran que el avance científico es indispensable para el desarrollo más adecuado de la política de salud del país.[6] En virtud de estas ideas, estimamos que parte importante de la investigación en Medicina se debe desarrollar en los propios centros asistenciales; especialmente aspectos administrativos, clínico-epidemiológicos y terapéuticos (véanse también los programas específicos).

Es necesario fundar un Instituto de Atención Médica destinado a la recopilación de antecedentes, a la coordinación de investigaciones y a la elaboración de proposiciones en relación con la mejor manera de aplicar los beneficios del conocimiento médico a la población chilena; en él, debe tener especial relieve la sección destinada a estudiar la atención de la mujer y el niño. La labor del Instituto será multidisciplinaria, con participación de sociólogos, economistas, antropólogos, educadores, demógrafos, especialistas en planificación, expertos en racionalización administrativa y profesionales de la salud.

[6] Se suele mencionar el problema del posible éxodo de cierto número de profesionales al comienzo del Gobierno.

3.1.4 FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

El financiamiento de los Servicios de Salud Pública, de la atención médica y medicina social recibirán una atención preferente en el Gobierno Popular, como factor esencial del bienestar de la población. Su estudio constituye un problema intersectorial a cargo de la Oficina Central de Planificación, en la que participa el Grupo de Salud; allí se efectúan los cálculos de costos y se determinan las fuentes de financiamiento. En todo caso, la decisión del Movimiento Popular es la de alcanzar, como mínimo, las metas que en este proyecto se señalan.

Así como todos tendrán derecho a recibir atención médica, todos los habitantes que tienen un ingreso económico deben contribuir a costearla. Dicha contribución debe ser progresiva en relación con el ingreso. Ella puede captarse en forma creciente por vía tributaria (recuérdese que hoy el SNS se financia en un 75% de los Fondos Generales de la Nación); pero algunos sectores de la población pueden preferir inicialmente el aporte a través de organismos de Seguro Social Obligatorio (Medicina pre pagada), lo cual es aceptable en la medida en que no perturbe la racionalización de los servicios; por ejemplo, que no signifique atención discriminada o en establecimientos especiales.

Existen, además, fuentes directas o indirectas de ahorro o de producción de recursos, que serán generados por la puesta en marcha del plan y que deben ser reorientados para su mejor aprovechamiento en la atención médica. Estas fuentes se relacionan con:

a. La racionalización de los servicios:
- En cuanto al sector privado, control de los medicamentos con posibilidad de ahorro de una cuarta parte de lo que gasta el país en salud;
- en cuanto al sector público, mayor rendimiento de presupuestos, personal y equipos gracias a la integración de los Servicios Públicos de Salud, a una verdadera planificación y al funcionamiento de los establecimientos durante todo el día.

b. La participación de las masas en las tareas de salud; y

c. la mayor eficiencia del cuidado médico:
- Reducción de los riesgos ocupacionales, con ahorro eventual de una suma equivalente, aproximadamente,

al 2% del Producto Nacional;
- reducción de otra morbilidad evitable;
- reducción de hospitalizaciones evitables;
- reducción del ausentismo y elevación de la eficiencia en el trabajo, por concepto de mejor estado de salud.

El rendimiento económico total de las acciones de salud preventiva se estima en sumas del orden del 3 al 4% del Producto Nacional, como mínimo. La posibilidad real de un gran avance inmediato, en el campo médico, estará dada por el hecho de que el Gobierno Popular dispondrá, desde el primer año, de recursos extraordinarios provenientes de la nacionalización de las minas, de los bancos, del comercio exterior, y de la supresión de la especulación y los monopolios.

En lo inmediato, el presupuesto de salud crecerá a la par con el Producto Nacional, cuyo incremento en el Gobierno Popular se estima en un 7% por habitante al año.

3.2 BASES DE LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

3.2.1 PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL DE LAS PERSONAS

3.2.1.1 EL PROGRAMA EN GENERAL

a. Concepto de Atención Integral

Al enunciar la política de salud de la izquierda, se ha planteado que la atención médica[7] deberá ser integral en el más breve plazo posible, este propósito va más allá de las decisiones parciales incorporadas en la literatura del SNS por influencia nuestra, las cuales no han sido verdaderamente eficaces. La diferencia entre nosotros y la línea oficial actual radica en que tenemos la decisión absoluta de realizar dicha atención integral y en que el Gobierno y el pueblo nos darán todas las herramientas para ello.

La izquierda cree fundamental definir lo que entiende por medicina integral y ha resumido su tesis en los diez postulados del Anexo 1. Encarecemos la discusión de este Anexo, que concentra la mejor experiencia chilena y una dilatada observación internacional.

[7] Se utiliza el término "atención médica" en el mismo sentido que "atención de la salud".

En síntesis, queremos una atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente. Más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, se dirige al ser humano en su totalidad física y mental, en continua adaptación a su medio ambiente socio-cultural. Atención descentralizada, próxima al hogar o al sitio de trabajo, a cargo de un equipo funcionario bien integrado, en estrecha armonía y continuidad con el Hospital Base y con todos los organismos locales. Atención que integra, en cada prestación, los aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo social, y las acciones preventivas y curativas. Por fin, atención planificada y con permanente intención educativa.

Esto es lo que la izquierda entiende por humanización de la atención médica, satisfaciendo los mejores fines de una libre elección y de una positiva relación médico paciente, a la vez que elimina la oposición artificial e interesada entre médicos "tratantes", "administrativos" y "docentes".

b. Metas Generales

Se trata, en primer término, de elaborar marcos de referencia con respecto a la cantidad, tipo y distribución de prestaciones médicas que se consideran como un objetivo mínimo adecuado a ser cumplido en un plazo corto. A continuación se explicarán los marcos de referencia correspondientes a la composición y rendimiento adecuados de los instrumentos técnicos con los cuales se estima que deben proporcionarse aquellas prestaciones. Esto implica un total de recursos de que debe disponerse en el plazo aludido.

La población considerada en este programa es la población total del país, pues toda ella deberá recibir atención, por una vía u otra, pública o privada, de parte un mismo fondo general de recursos a ser creado y pagado por el país en su conjunto.

El plazo considerado es, en general, (y salvo que se indique expresamente lo contrario) el de un sexenio; es decir, esto es lo que se planea para comienzos de 1971, en un Chile con una población estimada como mínimo en 9.500.000 habitantes. La atención cerrada (hospitalizaciones) y la atención externa (consultas y visitas domiciliarias) son las dos grandes formas de asistencia médica.

Actualmente, el Servicio Nacional de Salud, la principal institución médica del país, otorga a sus "beneficiarios" 1.4

consultas per cápita al año. El Gobierno Popular se propone lograr que la población obtenga el doble; es decir, 2.8 consultas por persona al año en 1971,[8] y 3 consultas en 1973, distribuidas de acuerdo con las necesidades y no de acuerdo con la capacidad de pago. El promedio de tres consultas se acerca a la experiencia de lo que es la demanda en los países más adelantados. Una aproximación a ese nivel puede alcanzarse pronto con medidas adecuadas de organización. Piénsese que si 5.000 médicos proporcionan, cada uno, 20 consultas diarias en promedio (lo cual significa alrededor de media jornada), durante 250 días al año se obtiene una oferta de 25.000.000 de consultas; es decir, cerca de 3 por cada uno de 9 millones de chilenos. La mayor y más rápida formación de profesionales, con un período de latencia largo en el caso de los médicos y odontólogos, pero menor en el caso de enfermeras y matronas, logrará alcanzar la meta señalada.

La atención "cerrada" comprende hoy en el país 600.000 hospitalizaciones anuales, que se efectúan en 35.000 camas, la mayoría de las cuales pertenecen al SNS. La política de salud del Gobierno Popular pone énfasis en la atención externa y en la protección de la salud colectiva. Ésta es medicina más oportuna y menos costosa que la atención cerrada y al ser practicada con eficiencia evitará, o abreviará, muchas hospitalizaciones, particularmente en Medicina Interna, en Pediatría y en Infecciosas.

Agréguese el hecho de que en provincias y regiones rurales hay camas desaprovechadas por falta de personal. Por ello, el Gobierno Popular no se fija como meta un aumento tan drástico de las camas o de las hospitalizaciones, como en el caso de las consultas. Sin embargo, se construirán nuevas camas en aquellas especialidades en que su necesidad es evidente, como Psiquiatría, Traumatología, Cirugía Infantil, Maternidad, Cancerología y, además, Pediatría y Tuberculosis en las provincias; también se construirán hospitales en ciertos sitios de Chile en que su déficit es angustioso, o en que su calidad es ya muy deficiente, por ejemplo, en el Área Sur de Santiago, en Antofagasta, San Bernardo, San Antonio, Rengo, San Fernando, Curicó, Valdivia, Osorno, Puerto Montt, etcétera. Se terminará y habilitará el Hospital de la Asistencia Pública de Santiago; se completará el Hospital "Félix Bulnes" del Área Poniente. Se reemplazará el Hospital "Deformes", de Valparaíso.

[8] Véase cuadro 1 y anexo 4 para la fundamentación de este cálculo.

La meta será disponer en el país, para 1971, de 48.000 camas aproximadamente; es decir, 5.1 por cada 1.000 habitantes.

El Área Sur de Santiago y las áreas rurales serán declaradas en estado de emergencia sanitaria y se volcará hacia ellas, en los primeros meses, la cantidad necesaria de recursos para elevar masivamente el número de atenciones que ahí se prestan. Los servicios se entregarán, de acuerdo con la política de salud expuesta, tomando en cuenta, en cada localidad, la distribución etaria, geográfica, ocupacional y cultural de la población. A estos factores se adaptará la composición y ubicación de los equipos humanos y materiales de atención, evitando el absurdo derroche de hoy en edificios inconclusos o sin dotar por años.

El esclarecimiento de la cantidad precisa de recursos que se van a necesitar se basará en la organización local, flexible y adaptada de los servicios, como se esboza a continuación.

c. Ideas para la organización local: Unidades Tipo

Hay en Chile por lo menos tres realidades geo-demográficas diferentes, a las cuales deben corresponder tres Modalidades Tipo de Atención con seis Unidades Tipo de Atención (UTA), a saber:

a. Modalidad Tipo de gran ciudad: comprende cuatro Unidades:
  1. Unidad Tipo Hospital General (o Grupo Hospitalario)
  2. Unidad Tipo Consultorio Distrital.
  3. Unidad Tipo de Base Ocupacional.
  4. Unidad Tipo de Establecimiento Especializado.

b. Modalidad Tipo de capitales de otras provincias y departamentos; comprende una Unidad Tipo:
  1. Hospital-Consultorio

c. Modalidad Tipo de área rural o semi rural; comprende una Unidad Tipo.

d. Unidad Tipo Hospital Rural con su sistema de Postas Rurales y apoyado en un establecimiento mayor.

A continuación se exponen las características de las Unidades Tipo de Atención:

UNIDAD TIPO N° 1. *Hospital General:* El punto crítico de

los Hospitales Generales (o grupos hospitalarios) es su consultorio externo. La situación actual representa una difícil transición desde el hospital con policlínicas generales atestadas de público con patologías de todas clases, hacia el hospital moderno que recibe solamente pacientes referidos para interconsultas especializadas.

Ya en el inicio del Gobierno Popular se completará esta transformación, ya que ella es una de las bases de una mejor organización en la gran ciudad. Naturalmente, esto se efectuará en forma planificada; no se trata (como se ha hecho en alguna área actual) de cerrar bruscamente las puertas del hospital a los pacientes ambulatorios, sino de producir su desplazamiento, rápido pero consciente, hacia una atención más descentralizada en Consultorios Distritales suficientemente dotados.

En cuanto a la atención cerrada, que en muchos aspectos técnicos tiene un nivel satisfactorio, será mejorada en el sentido de: educar al paciente, atender a su rehabilitación (una Unidad de Rehabilitación se creará en cada área de la gran ciudad), y cuidar de su adecuado seguimiento después del alta. En todos los servicios se introducirá la auditoría médica, como técnica valiosa para superar constantemente la calidad de la atención.

El hospital base de cada área será la sede del médico jefe de área, (distinto del director del hospital), de las asesorías de cada programa, incluyendo los programas de prevención a nivel de comunidad, y de los Comités o Consejos Técnico y Administrativo del área.

Al delimitar la función del hospital, entregando a los Consultorios Distritales la responsabilidad por el cuidado permanente de la salud de la población, él podrá acentuar su papel central en cada área, desde el punto de vista de supervisión, asesoría técnica y perfeccionamiento del personal que trabaja en todos los establecimientos del área, además de ser el encargado de solucionar los problemas más difíciles de diagnóstico y tratamiento.

UNIDAD TIPO N° 2. *Consultorio Distrital (CD).* Esta Unidad Tipo es la pieza eje de la aplicación de los postulados de la Medicina Integral en las ciudades grandes.

En los Consultorios Distritales (CD), actuarán equipos multiprofesionales integrados, responsables de la atención externa en un área geográfica perfectamente definida con 10 a 12 mil habitantes. Este equipó será un "médico de familia pluripersonal", formado, al nivel de recursos de un futuro próximo, por dos pediatras, dos internistas[9] y un obstetra ginecólogo con cuatro horas cada uno, así como una o dos asistentes sociales, una enfermera, una matrona y cuatro auxiliares. En cada CD funcionarán tres o cuatro de estos equipos complementados con un psiquiatra, un psicólogo y un "tecnólogo médico". La función del equipo consistirá en resolver la mayor proporción posible de los problemas de salud de la población que les corresponde: deberán reducir al mínimo las hospitalizaciones, las referencias a especialistas, los exámenes de laboratorio no indispensables y evitar toda "tramitación" a los pacientes. El control de enfermedades transmisibles ("epidemiología") a nivel de cada sector, será responsabilidad de los médicos y enfermeras del respectivo equipo, como parte permanente de su atención normal, y contando con la asesoría de un especialista ("epidemiólogo") ubicado en la jefatura del área hospitalaria.

La Educación Sanitaria y el Servicio Social de Comunidad, a nivel de sector y a nivel de distrito, también serán de responsabilidad de todos los profesionales, asesorados por los especialistas respectivos de la dirección del área. La promoción y control del saneamiento ambiental estarán a cargo de una oficina técnica situada a nivel de la jefatura del área. Ella deberá coordinarse estrechamente con los Consultorios Distritales para su labor de terreno, en cuanto a lo que se refiere a los problemas locales; asimismo, debe tenderse a que el inspector sanitario sea un integrante más del equipo de sector.[10]

Los CD se apoyarán en el hospital base para obtener atención cerrada, diagnóstico o tratamiento especializado, orientación técnica y servicios administrativos. El hospital tendrá tuición normativa técnica sobre los CD del área

respectiva: pero no limitará las atribuciones de cada

[9] Estos internistas deberían tener las funciones de médicos generales de adulto, con excepción de los aspectos gineco-obstétricos.

[10] De esta descripción y del Anexo 1 (concepto de Atención Médica Integral) se deduce que el grupo funcionario tendrá una "población a cargo". Como este término ya se está utilizando (con mayor, o menor propiedad) y empieza a desprestigiarse, debemos señalar que este modo de organización, como cualquier otro, carece de propiedades milagrosas y, por lo tanto, tiene un alcance muy limitado, si no se aumentan los recursos a un nivel similar al que aquí se señala.

director de consultorio para elaborar y dirigir la aplicación de programas previamente aprobados en un comité de área, ni absorberá sus presupuestos o recursos.

La coordinación entre el hospital y los CD se facilitará porque los médicos de éstos serán en gran parte médicos de los Servicios Hospitalarios, repartiendo su jornada entre uno y otro establecimiento.

Los CD serán organismos de la comunidad, con participación de ésta en su Dirección y, junto con otros organismos locales, deben buscar la elevación del nivel de salud y, en general, del nivel de vida en el distrito.

Todo CD será dirigido por un médico clínico con los conocimientos básicos de salud pública (adquiridos en los cursos actualmente existentes o, si el caso lo requiere, en cursos cortos e intensivos susceptibles de complementarse posteriormente) y que continúe atendiendo pacientes durante algunas horas al día.

En las condiciones de Santiago, cada área reunirá de diez a doce CD; sus directores formarán parte del Comité de Área, organismo máximo de este nivel, donde participan, además, los jefes de servicio del Hospital-Base y los demás especialistas asesores de los programas básicos.[11]

Es conveniente puntualizar las ventajas que tendrá el realizar el grueso de la atención médica de ciudades grandes en Consultorios Distritales Suburbanos bien dotados y bien dirigidos. Veamos:

El PÚBLICO tendrá la gran ventaja de tener a médicos para toda la familia en un mismo lugar, cerca de la casa y con la garantía que da el especialista.

EL HOSPITAL verá desaparecer la congestión de consultorios y recibirá enfermos ya seleccionados y orientados; confeccionará una ficha dirigida a problemas por los cuales el médico de sector pidió la hospitalización;

[11] Clínicas de Sector: Dentro del Distrito de 30 a 50.000 habitantes que corresponde a un CD, se irán creando gradualmente y una vez completada la red de los CD, "Clínicas de Sector", enclavadas, por ejemplo, en poblaciones algo alejadas y en las cuales el "Equipo de Sector" (el sector comprende 10 a 12 mil habitantes) pueda realizar algunas actividades de enfermería (cursos de auxiliares voluntarios, inyecciones, curaciones. primeros auxilios), de Servicio Social, de Educación Sanitaria; control de niño sano, dación de leche y Atención Odontológica. Estos establecimientos menores dispondrán de teléfono y acceso a movilización y compartirán el local con otras actividades de carácter social o cultural que interesan a esa población, por ejemplo: Comité de Vecinos, Centros de Madres, Salas-Cunas, Centro de Cultura, etc. La Clínica de Sector dependerá en todo del CD respectivo.

éste deberá enviar un informe suficiente con los datos que conoce del enfermo; desde el alta, toda la responsabilidad vuelve al CD. Desde el punto de vista técnico, el CD permitirá continuidad de atención, y atención de toda la familia y de todo un vecindario por el mismo equipo, con evolución de todos los miembros de una familia en una misma "ficha familiar" permanente, la cual seguirá a la familia en sus cambios domiciliarios y será más completa que la mejor ficha hospitalaria, ya que representará la acumulación de muchas observaciones sucesivas de varias profesiones. El equipo del CD conocerá muy bien a su clientela, en sus aspectos físicos, mentales y sociales. Conocerá bien el ambiente en que aquella vive y que condiciona su nivel de salud; podrá diagnosticar precozmente las enfermedades crónicas, ya que la mayoría de las consultas serán verdaderos "exámenes de salud de presuntos sanos"; evitará hospitalizaciones innecesarias y obtendrá sin dilación las que sean urgentes; eliminará el problema del "domicilio falso" y del "cambio de domicilio", haciendo posible localizar a un paciente dado y seguirlo, lo cual es inmanejable desde el gran hospital.

Los funcionarios lograrán la realización vocacional: los médicos, por ejemplo, tendrán una actividad variada en el hospital, el consultorio y la comunidad, manteniendo en todos estos lugares continuidad con la misma clientela.

El Gobierno Popular construirá y habilitará los CD que faltan para contar con uno por cada 30 a 50.000 habitantes; serán del tipo "Barrancas", dotados de laboratorio elemental y de Rayos X, y modificados según la experiencia aconseje. En la carrera o escalafón de los funcionarios, se contemplarán estímulos materiales justos para el personal de los CD, además del estímulo que significa la satisfacción vocacional proporcionada por este tipo de trabajo.

Lo más importante, aquí y en los otros puntos del programa, es que la izquierda es capaz de difundir claridad acerca de las perspectivas del trabajo local en salud, y es capaz de llevar a la práctica esos objetivos.

UNIDAD TIPO N° 3. *Sobre base Ocupacional:* Las unidades ya explicadas tienden a cubrir toda la población sobre base residencial; teóricamente esto sería posible. Sin

embargo, gran parte de la población adulta, especialmente masculina, se halla concentrada durante casi todo el día en sitios de trabajo. Aparte del problema de horario que puede tener para concurrir al CD del barrio en que habita (problema que es en gran parte remediable a través de turnos vespertinos en los CD), hay otros hechos que obligan a crear para ella un sistema de atención paralelo al sistema residencial; sus acciones serán: atender emergencias médicas, hacer tratamientos simples, exámenes masivos de salud, control sanitario del ambiente de trabajo, programas de rehabilitación.

Es probable que los sitios de trabajo con pocos empleados obtengan más convenientemente la solución de sus emergencias médicas y de sus problemas leves a nivel del Consultorio del Distrito en que están ubicados.

Las industrias medianas deberán contar por lo menos con una Posta Industrial a cargo de un auxiliar de enfermería.

Las industrias mayores deberán tener un Consultorio en que atenderá un médico preparado para el tipo de problemas que deberá afrontar, y un odontólogo.

A nivel de las Jefaturas de Áreas de Salud de las ciudades industriales y mineras, existirá una Oficina de Higiene y Medicina Ocupacional con, por lo menos, un ingeniero y un médico especializados. La Oficina se ocupará de establecer coordinaciones adecuadas para asegurar la atención médica de los obreros y empleados que trabajan en el área; se ocupará también de supervisar los Consultorios y Postas Industriales del área; de programar y ejecutar los exámenes de salud colectivos de las industrias grandes y medianas del área; de controlar la seguridad del ambiente de trabajo y del funcionamiento de los programas de rehabilitación, en lo relacionado con la reubicación de convalecientes o ex inválidos en el campo laboral (en forma integrada con la Comisión de Rehabilitación del Área o de la región; ver más adelante).

En el caso de industrias grandes que cuentan con un conjunto habitacional para los trabajadores y sus familias, construido en las inmediaciones, se evita todo paralelismo de atención. Ahí se instalará un Consultorio Integral cerca del local de trabajo, y él tendrá el carácter doble de

Consultorio Industrial y de Consultorio Distrital para la población respectiva. Será una situación muy satisfactoria desde el punto de vista de la integralidad de atención médica.

Finalmente, casos especiales que requieren organizar la atención médica sobre base ocupacional son: la flota mercante y la Armada.

Organización de la Atención Médica Escolar. Los escolares presentan un problema que tiene algunas similaridades con el de los obreros. Sin embargo, no es, en este caso, indispensable vulnerar el sistema de base residencial y familiar, para la atención de su morbilidad, examen anual de salud e inmunizaciones de rutina. Estos aspectos serán de responsabilidad del equipo de sector, sea del Consultorio Distrital de gran ciudad o sea del Hospital-Consultorio de Provincias o Departamentos. Estos organismos locales de salud se encargarán, además de realizar, en las escuelas de su distrito, los programas de educación sanitaria, el control de los locales escolares, la organización de pequeñas postas de emergencia y la atención odontológica. También participarán en la coordinación de las acciones locales de salud y educación.

Todo esto debe ser de responsabilidad de pediatras y enfermeras bajo la orientación del director del Establecimiento de Salud. Pero el hecho de ser el escolar un grupo actualmente abandonado, lleva a plantear la necesidad de tener en cada Arca de Salud (o Región, según la población) un higienista escolar que actúe asesorando, coordinando y activando las acciones respectivas; su lugar será el de ayudante del asesor-jefe de Pediatría, y actuará además en coordinación estrecha con el educador. Lo dicho se aplica igualmente a los pre-escolares que asisten a Jardines Infantiles (ver Programa de la Mujer, Niño y Adolescente).

UNIDAD TIPO N° 4. *Establecimiento especializado.* Su problema es más de recursos que de organización; será, por tanto, abordado al plantear programas técnicamente diferenciados dentro de la atención médica de las personas.

UNIDAD TIPO N° 5. *(Hospital Consultorio de capital de*

provincia o depto.) Consideramos aquí la situación de las ciudades que tienen entre 12 y 70.000 habitantes; es decir, aquéllas que van desde el tamaño de Taltal, Vallenar, La Ligua, Talagante, Lebu, Purranque o Puerto Natales hasta el de Iquique, Rancagua, o Valdivia; suman aproximadamente ochenta centros.

A causa del ámbito reducido del área urbana a la que sirven, no surge la necesidad de consultorios separados, o a lo sumo, la de tener uno o dos. Hospital y consultorio forman un solo establecimiento, un verdadero "Hospital-Centro de Salud". Esos establecimientos forman el eslabón intermedio —y que debería ser el más armónico— de una cadena nacional. Ellos se apoyan en los hospitales de las grandes ciudades para resolver los problemas más especializados, y a la vez se apoya en ellos todo el sistema rural y semirural.

El Gobierno Popular considerará la situación de cada uno de estos Hospitales-Centros de Salud, para elevar a todos los que están en situación desmedrada en cuanto a recursos, a un nivel mínimo que permita cumplir dignamente todas las funciones propias de un área de salud: atención médica y dental, cerrada y externa de las personas; el control de enfermedades transmisibles; la promoción y control de saneamiento ambiental; la Educación Sanitaria, y el Servicio Social de comunidad, con las respectivas funciones técnicas y administrativas auxiliares de las funciones directas (Farmacia, Enfermería, Servicio Social de casos y de grupos, Alimentación, Laboratorio, Rayos X, Banco de Sangre, Fisioterapia, pago de subsidios), y con los servicios generales (dirección, personal, contabilidad, estadística, bodega, talleres, vehículos, calefacción y lavandería).

UNIDAD TIPO N° 6. *Hospital y Postas Rurales.* El Hospital Rural se ubica en una población pequeña que sirve de centro a un área rural que suele incluir entre 5 mil y 30 mil habitantes. Coinco, Chanco, Pitrufquén, Calbuco son ejemplos característicos. En total, más de 2 millones de chilenos (población de 1970) deberían ser atendidos por las Unidades Rurales.

Actualmente, muchos de estos Hospitales son servidos

por un solo médico y no es raro que el cargo esté vacante durante períodos largos. La creación de médicos generales de zona por el SNS no ha resuelto el problema de una manera integral, ni es compatible con una planificación adecuada.

El Gobierno Popular dotará a cada Hospital Rural de dos médicos como mínimo: un cirujano obstetra y un pediatra internista; además, progresivamente, de una matrona, dos odontólogos, una enfermera, un técnico laborante y el número suficiente de auxiliares. La dotación de dos médicos se entiende para hospitales con un ámbito de atracción de 10.000 habitantes o menos: se agregará un médico más (en la primera etapa) por cada 5.000 habitantes adicionales en el radio de atracción. La instalación material debe incluir un pequeño número de camas, suficientes para atender partos, emergencias, hidratación infantil y otras similares. En lugares muy aislados respecto del hospital (N° 5) el número de camas sería mayor. También comprenderá laboratorio elemental, rayos X y habitación para el personal. Especial importancia reviste el contar con medios de transporte adecuados a la geografía local y con medios modernos de comunicación. Por ejemplo, en la zona de los canales y las regiones de la Cordillera de los Andes y de la Cordillera de la Costa, en todo el centro-sur de Chile, serán dotados de aviones y helicópteros que sirvan como ambulancias y para otros fines de servicio público.

Los recursos citados esbozan un equipo con posibilidad de idoneidad técnica, de cierta autonomía y de continuidad en la atención. La coexistencia de varios profesionales en una comunidad pequeña representa un apoyo intelectual, técnico y moral recíproco, que soluciona el problema de aislamiento y soledad, que es quizá el obstáculo más grave para que el médico joven acepte ir a pueblos pequeños o quedarse ahí. En este caso, la dotación representará un estímulo poderoso para hacer más atractivo el ejercicio funcionario rural, sin menoscabo de mantener y perfeccionar los alicientes materiales ya existentes en virtud del reglamento de médicos generales de zona y de que se proporcione el material indispensable para actuar. Por otra parte, se debe reestudiar el criterio con que se han adjudicado las asignaciones de estímulo en los hospitales rurales del país.
Con todo, la experiencia internacional señala que es

ineludible, aunque insuficiente como factor aislado, el hacer de la estancia rural para los médicos recién egresados (Servicio Médico Social Rural) un requisito indispensable para ocupar cargos públicos, si se quiere solucionar definitivamente la atención médica rural. Por lo demás, los que han vivido el sistema declaran que ha sido el período de mayor riqueza humana en toda su vida.

La duración mínima obligatoria de la estancia, debe ser de uno o de dos años; al cabo de ésta el médico podrá decidir quedarse por un período más largo, en cuyo caso recibirá adecuado estímulo; o podrá proseguir su carrera funcionaria en otros niveles, de ser así tendrá toda clase de garantías para obtener una plaza acorde con las aptitudes demostradas en su "Servicio Médico Social". Aún si solo un porcentaje muy pequeño decidiera quedarse, la generación anual actual de 250 egresados bastaría para cubrir permanentemente los 120 establecimientos rurales, lo cual significaría más que duplicar la cifra actual de esos organismos. Para asegurar el éxito del plan, se proveerá supervisión técnica frecuente, a través de un médico supervisor de dedicación exclusiva a cada diez hospitales. Este supervisor tendrá su sede en el Hospital Regional correspondiente y será responsable, además, de promover la coordinación entre los Hospitales Rurales y el Hospital de Capital de Provincia o Departamento; dará, además, apoyo suficiente en cuanto a recursos y a regionalización. Se exigirá que las asignaturas de Obstetricia, Pediatría, Ginecología y Traumatología den a los pregraduados una práctica suficiente.

El internado incluirá períodos cortos de adiestramiento rural, con residencia en áreas vecinas a las ciudades universitarias, y bajo supervisión por las Cátedras respectivas. El Servicio Médico Social Rural será reconocido como razón para eximir a los estudiantes del Servicio Militar. Posteriormente, todo el internado y aún escuelas completas de medicina podrán tener ubicación en los Hospitales Regionales mejor dotados.

El Hospital Rural deberá cumplir el grueso de la atención médica de todos los grupos de población a su cargo, así como las labores de protección de la salud a nivel de la comunidad y la coordinación con otros organismos locales para promover el desarrollo comunal, el saneamiento

básico rural y la educación sanitaria. No debe olvidarse que el grueso de la patología está formada por problemas susceptibles de tratarse a ese nivel: partos normales, infecciones, carencias, neurosis, accidentes de mediana gravedad y leves, climaterio, reumatismos, insuficiencias cardíacas, etc.

Los enfermos con problemas que requieran mayor estudio u hospitalización en un centro mejor dotado, serán llevados a dicho centro; enfermos en que se requiera más bien examen clínico y opinión del especialista, podrán ser vistos en el Hospital Rural por un especialista que venga desde un centro mayor en días convenidos. En algunas oportunidades, los médicos de hospitales rurales podrán reunirse en localidades adecuadas, a fin de intercambiar experiencias y mejorar su nivel técnico. La labor total del Hospital Rural será supervisada quincenalmente por un médico especialmente dedicado y preparado para esta tarea. También se dará a los médicos de Hospitales Rurales la oportunidad de hacer periódicamente estancias cortas en el hospital mejor dotado más próximo.

Dentro del radio de acción del Hospital Rural, existen Postas Rurales ubicadas en cada núcleo poblacional (aldeas, comunidades agrícolas o pesqueras, haciendas o grupos de haciendas). Se crearán las Postas que faltan, y se tenderá a colocar, en cada una, a una matrona o enfermera-matrona, o "ayudante-médico" residente; mientras ello no sea posible, estarán a cargo de un o una auxiliar rural, debidamente adiestrada para atención permanente consistente en: control de peso de los niños, inmunizaciones, promoción del saneamiento, curaciones y cirugía menor, atención del parto normal, primeros auxilios, atención de patología simple, sospecha y notificación de infecciosas y selección de aquellos enfermos que requieran ser enviados al Hospital Rural, para ser examinados por el médico.

El encargado o encargada de la Posta Rural contará con un buen sistema de comunicaciones, para informar de toda emergencia al hospital respectivo; y éste, a su vez, contará con medios adecuados de movilización para enviar a buscar y a dejar a los enfermos. Ello es preferible al sistema de "rondas" médicas asistenciales de bajo rendimiento. Los profesionales del Hospital Rural sí deberán asumir

la responsabilidad de supervisar periódicamente a las Postas, preocupándose del perfeccionamiento de los respectivos auxiliares y de la educación sanitaria de las respectivas poblaciones. (Es obvio que algunas Postas Rurales, según su situación geográfica, pueden depender de algún hospital de gran ciudad o de ciudad menor).

La mejoría en transportes, caminos, comunicaciones y otros servicios comunitarios que producirá el Gobierno Popular, aumentará el rendimiento de la atención rural y, en algunos casos, reducirá el número de hospitales necesarios, ya que el radio de acción de cada uno se mide, no en términos de distancia, sino en términos del "tiempo promedio necesario para trasladarse con los medios de locomoción habituales en la comunidad". En estos términos, el radio de acción máximo será de dos horas.

Ahí donde hay núcleos de población de 1.000 personas o más, ubicados a no más de media hora del Hospital Rural por buen camino, puede resultar conveniente que vaya diariamente un médico por dos horas: se trata de una Posta-Consultorio Rural, ya que además residirá ahí un funcionario auxiliar o de colaboración médica.

El Movimiento Popular considera que dar atención médica efectiva a campesinos, pescadores y mineros debe ser una de sus primeras medidas; aquí se pone a prueba aquel propósito primero de la atención médica que dice que: "nadie que se sienta enfermo debe dejar de disponer de un técnico responsable a quien consultar".

d. Planta y escalafón de funciones. Modalidad de trabajo funcionario

Las carreras funcionarias son un elemento básico de la política de salud, sobre el cual volvemos ahora,[12] porque para abordarlo era necesario definir previamente las Unidades-Tipo de Atención Médica.

Vamos a señalar aquí el razonamiento que se sigue para llegar a determinar un escalafón de funciones[13] verdaderamente racional. El objeto de esto es facilitar la discusión y el aporte de sugestiones de liarte de los interesados. Al mismo tiempo, quedarán más claros los marcos de referencia que conviene

[12] Ver 3.1.2 "Una política justa del personal".

[13] Se sugiere el término "escalafón de funciones", para evitar confusión con el escalafón de grados y categorías del Estatuto Administrativo actual.

utilizar para llegar a determinar la organización local de los servicios, dentro de un Gobierno de planificación verdadera.

DETERMINACIÓN DE LA PLANTA ESQUEMATICA

El primer paso consiste en determinar la Planta Esquemática Nacional. Para ello hay que conocer:

- **a.** La cantidad, tipo y distribución de servicios que se decide ofrecer a la población. En nuestro caso, se trata de los servicios indispensables para cumplir con los siguientes principios: "Ningún enfermo sin un técnico de salud responsable a quien recurrir"; "medidas preventivas permanentemente a nivel útil"; y "aproximación creciente a una calidad integral de la atención".
- **b.** El grado de utilización y el rendimiento de cada recurso.[14]
- **c.** Las Unidades-Tipo de Atención y la combinación óptima de recursos de atención en el caso de cada Unidad-Tipo.
- **d.** El tamaño promedio de la población a servir por cada Unidad-Tipo de Atención: "Unidad-Tipo de población atendida".

De estos elementos resulta la cantidad de recursos de cada clase que se necesitan para el conjunto del país y, por lo tanto, el costo de la atención.

Referida al elemento humano, esta suma de recursos —diferenciados por profesiones y especialidades, ubicación geográfica y funciones—, constituye la planta esquemática nacional.

En el Anexo 1, se presentan dos ejemplos de combinación de recursos de atención (composición de instrumento); se han elegido los casos de la Unidad-Tipo N° 2 (Consultorio Distrital de gran ciudad) y de la UT N° 5 (Hospital-Consultorio de capital de provincia o departamento). Es simplemente una base de discusión: tanto las definiciones de la UT como las respectivas combinaciones de recursos deben ser examinadas a nivel de cada región, y así adaptadas para llegar a tener por aproximación sucesiva "tipos" o estándares que constituyen marcos de referencia realmente operativos, verdaderos "módulos" que facilitan la planificación.

[14] Se llama "grado de utilización" al cuociente: recurso utilizado partido por recurso pagado o disponible. *V.gr.* el índice ocupacional de camas.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA PLANTA ESQUEMÁTICA DE LOS MÉDICOS

En el **Cuadro Nº 1**, se desarrolla un modelo, también provisorio, de la "planta nacional", tomando como ejemplo solamente el caso del personal médico. Aunque es solo un borrador, el cuadro ya plantea algunos problemas generales que es necesario aclarar. Por ejemplo, se aprecia que los servicios, que aspiramos a prestar a la población en 1971, exigen un mínimo de 6.357 médicos.

CUADRO Nº 1:

PROGRAMA PRELIMINAR DE PLANTA MÉDICA NACIONAL PARA ENERO DE 1971

UNIDADES-TIPO DE ATENCIÓN (UTA) 1	TAMAÑO PROMEDIO DE LA POBLACIÓN A CARGO DE UNA UTA 2	N°DE UTA DE CADA CLASE EN EL PAÍS 3	POBLACIÓN TOTAL CUBIERTA EN EL PAÍS POR CADA CLASE DE UTA 4	ESPECIALIDAD 5	N° DE MÉDICOS EN CADA ESPECIALIDAD EN UNA UTA 6	N°DE MÉDICOS DE CADA ESPECIALIDAD EN EL TOTAL DE UTA DE TODA CLASE 7	TOTAL DE MÉDICOS 8
Hospitales Rurales y Postas dependientes	10.000 hbs.	206	2.060 000	Médicos rurales Supervisores rurales	2 0.1	412 21	433
Hospitales de Provincia y Departamentos (250 camas para población tipo)	45.000 hbs. (12.000 – 80.000)	80	3.600.000	Internistas Pediatras Cirujanos Cirujanos infantiles (solo en 14 hospitales) Traumatólogos Obstetras ginecólogos Psiquiatras Otorrinolaringólogos Oftalmólogos Radiólogos laboratoristas Transfusores anestesistas Anátomo patólogos Directores	8 6 3 2 1 2 1 ½ ½ 1 ½ ¼ 1	640 480 240 28 80 160 80 40 40 80 40 20 80	2.008
Sectores de Consultorios Distritales de las grandes ciudades	12.000 hbs	310	3.720.000	Internistas Pediatras Obstetra-ginecólogos Psiquiatras	2 2 1 ¼	620 620 310 78	1.628

Unidades convencionales de Hospitales Generales (o grupos hospitalarios) de gran ciudad (427 camas incluyendo: 200 de medicina y cirugía, 100 de pediatría, 87 de maternidad)	100.000 hbs	37	3.720.000	Internistas Pediatras Cirujanos Cirujanos infantiles Traumatólogos Obstetras ginecólogos Otorrinolaringólogos Oftalmólogos Neurólogos Dermatólogos Radiólogos Laboratoristas Anestesia y pabellones Anatomía patológica Banco de sangre Fisioterapia Director o subdirector	8 4 6 3 2 4 3 3 2 2 2 1 1 1 ½ ½ 1	296 148 222 111 74 148 111 111 74 74 74 37 37 37 18 18 37	1.628
Establecimientos especializados: Psiquiatría 2000 camas Cáncer 500 camas Enfermedades b. pulmonares 2.500 camas Ortopedia y Rehabilitación 500 camas Neurocirugía 200 camas	Toda la población			Psiquiatras Cancerólogos Médicos para establecimientos broncopulmonares Ortopedistas y especialistas en medicina física y rehabilitación Neurocirujanos	100 50 120 50 40	100 50 120 50 40	360
Administración superior y protección de la salud a nivel de la comunidad	Toda la población			Directores y asesores Epidemiólogos Especialistas en medicina ocupacional	63 19 18	63 19 18	100
Educación médica (ejercicio en forma exclusiva o predominante)				Docentes ramos básicos Docentes ramos clínicos	100 100	100 100	200
TOTAL			**HABITANTES** **9.500.000**				**MÉDICOS** **6.537**

NOTAS DEL CUADRO Nº 1

1. Uno de los médicos tratantes del Consultorio Distrital debe actuar como director del establecimiento.

2. La mayoría de los médicos del Consultorio Distrital trabaja media jornada en el Hospital General de gran ciudad y no han sido incluidos de nuevo en este rubro. Por lo tanto, el efectivo de médicos que trabajan en estos hospitales es de 1.628, más una parte de los 1.628 profesionales asignados a los Consultorios Distritales. En Pediatría, por ejemplo, si las tres cuartas partes de los pediatras de Consultorios Distritales ejercen, además, media jornada en sala, ello permite contar con una hora pediátrica cada dos camas, aparte de doce pediatras disponibles a tiempo completo

para jefaturas, subespecialidades, interconsultas y residencia, en un servicio de 300 camas (como el Área Occidente de Santiago).

3. Los psiquiatras asignados a Consultorios Distritales permiten contar con 8 a 10 de estos especialistas en cada área del tamaño de las de Santiago. Así, al localizar media jornada de cada uno de ellos en el Hospital Base del Área, se puede organizar un servicio de Psiquiatría para interconsultas y hospitalizaciones.
4. Uno de los supuestos del cuadro es que los médicos enumerados deben absorber las funciones de residencia y el Servicio de Emergencia para la población. En comparación con los recursos actuales, los que se proponen son suficientemente holgados como para permitir aquéllo con menos sacrificio que en la situación actual.
5. La mayor parte de las camas para tuberculosis se considera incluída entre las camas de los Hospitales Generales a través del país.

Con la ayuda de las proyecciones de B. Viel y de S. Morales, estimamos que hay, en 1964, 4.875 médicos en el país y que, si no se amplía la admisión a las Escuelas de Medicina ni se adoptan otras medidas habrá, en 1971, 5.925 médicos. Ello significa un déficit considerable respecto a la meta mínima planteada. Por lo tanto, es indispensable echar mano de otros recursos:

a. Un mejor aprovechamiento de tiempo de los estudios médicos, que permita abreviar la carrera en un año a partir de los que iban a egresar en mayo de 1970, y que ahora egresarían en enero de 1969. Se ganan así 240 médicos sobre el pronóstico (ver Anexo 3).

b. Un aumento de la matrícula, en los primeros años, desde los 355 estudiantes actuales a 500. Para esto se necesita crear una segunda Escuela de Medicina en Santiago con capacidad para 60 alumnos; ampliar la Escuela de Valparaíso para que admita y lleve a término a unos 70 alumnos (ahora admite 25); admitir 40 estudiantes más en la actual Escuela de Medicina de Santiago de la Universidad de Chile; y ampliar los recursos de la Escuela de Concepción, para que pueda llevar a término los estudios de todos los postulantes que admite. Estas medidas permitirán llevar la cifra de egresados a 450 por año desde enero de 1971, siempre que se cumpla la siguiente medida.

c. Reducción de la "mortalidad académica", desde el actual 20 a un 10%, a través de una mejor selección, una mejor

pedagogía y la eliminación de la causa económica como motivo de abandono de los estudios.

Según se desprende del Anexo 3, estas medidas permitirán que el número de médicos alcance a 6.355 en enero de 1971; dicho de otro modo, aproximadamente la cifra mínima que se requiere. Es decir, las soluciones posibles madurarán recién en 1971; esta es la razón por la cual el esquema de Planta Médica se ha referido a la población de ese año. Desde 1971 hasta 1980, la relación médico-habitante mejorará progresivamente. La proyección a 1990 demuestra, sin embargo, que es probable que se necesite un nuevo aumento de la matrícula en las escuelas médicas en el decenio 1971-80, a fin de evitar un deterioro de la situación en la década siguiente.

Entre 1965 y 1971, el déficit de médicos se podrá disminuir solo por contrato de médicos extranjeros, se entiende que por término definido y para funciones especificadas.[15]

Además de las consideraciones sobre cantidad, se desprende del Cuadro N° 1 la necesidad de lograr la redistribución de los médicos, para obtener la composición "óptima" de las Unidades-Tipo. También debemos decir que el cuadro se basa en el supuesto de que la mayoría de los médicos trabaje de seis a ocho horas en los establecimientos indicados. Lo contrario supone menor rendimiento y, por lo tanto, el requerimiento de mayor cantidad de médicos en el país. El médico joven, en los primeros diez años de profesión, debería trabajar ocho horas en los Servicios Públicos de Salud; pero esto debe ir acompañado de una remuneración adecuada, que garantice un nivel de vida digno, de estímulos vocacionales y de perfeccionamiento. Después de diez años de profesión, el horario completo puede ser optativo, dentro de modalidades que varíen con la especialidad y la función; entre estas modalidades es interesante el sistema llamado "Tiempo Completo Geográfico".

El borrador de planta debe ser considerado a la luz de las nuevas condiciones del trabajo médico, que se caracterizará por un mayor rendimiento derivado de la creación de personal de colaboración médica en cantidad mucho mayor que la actual; por la creación de instalaciones y equipos materiales suficientes; por la mejor distribución de los recursos; por el funcionamiento de los hospitales de modo uniforme en la mañana y en la tarde,

[15] El Anexo 5 presenta información que sugiere la magnitud del problema en cuanto a redistribución por especialidades. El Anexo 6 indica la magnitud en cuanto a redistribución geográfica.

para lo cual debe tenderse a la jornada completa de los jefes de servicio y jefes de sala; por la reducción de interconsultas y hospitalizaciones superfluas; por una creciente educación del público en lo referente a autodeterminar cuándo necesita realmente solicitar atención.

Se tenderá a que el médico no atienda consultas externas durante más de cuatro horas diarias; aquéllos que no tengan jornada completa en el consultorio, dedicarán las demás horas a visitas domiciliarias, trabajo con la comunidad, dirección y perfeccionamiento de los equipos de sector. Las cuatro horas diarias de consulta externa "de choque" se fraccionarán, en lo posible, en dos períodos de dos horas, aunque ello signifique adaptar especialmente el horario en las salas de hospital. Asimismo, se debe dar valor al Consultorio Distrital en cuanto a sitio de perfeccionamiento técnico, adoptando medidas como: reuniones clínicas, equivalentes a las efectuadas dentro del hospital; continuidad de atención, con posibilidades de investigación, asistencia del médico a las interconsultas y asesoría por especialistas en el consultorio; seguimiento de los pacientes del sector que se hospitalicen, en lo posible mediante la admisión en las camas que el propio médico atiende.

En diversas especialidades, se hará plena utilización de las posibilidades de personal no médico: "tecnólogos" en el Laboratorio Clínico, en Radiología, Banco de Sangre, Oftalmología, Anatomía Patológica; enfermeras en Anestesiología; matronas en Obstetricia; kinesiólogos, farmacéuticos, etc. También las formas de la especialización médica deben adaptarse a la política nacional de salud; por ejemplo, se requerirán obstetras-ginecólogos, radiólogos-laboratoristas; se necesitará una integración mucho más funcional entre Medicina Interna y Cirugía General. etc.

> ***Nota:*** *Al entrar en Prensa este documento hemos conocido la más reciente proyección de población del CELADE, todavía inédita. El nuevo cálculo es de aproximadamente 10 millones de personas en 1971. Ello significa que las metas planteadas en este plan, en términos de recursos y servicios por habitante, se alcanzarán en una fecha aplazada en uno o dos años; y para 1971, se reducirán en aproximadamente un 5%. Esta nueva información, sin cambiar el sentido ni la metodología del plan, solo acentúa la urgencia que hay en adoptar las medidas señaladas en él.*

DETERMINACIÓN DEL ESCALAFÓN DE FUNCIONES

Una vez elaborada la Planta Esquemática Nacional, se conocerá la cantidad de cargos de cada tipo que hay que llenar. Esta será la base para confeccionar el escalafón. Sin embargo, para llegar a esta finalidad hay que determinar, además, los siguientes factores:

- **a.** La secuencia lógica de los peldaños del escalafón (por ejemplo, en el caso de los médicos: una estancia rural es, lógicamente, previa a una estancia de perfeccionamiento en los grandes centros; y ésta, a su vez, previa al ejercicio con mayor responsabilidad en un hospital provincial, etc.).
- **b.** Las alternativas ofrecidas en cada estancia.
- **c.** La ubicación de los cursos de perfeccionamiento.
- **d.** La cantidad de personas que ingresan anualmente a cada profesión, categoría técnica u oficio. Este elemento, confrontado con la cantidad de cargos de cada tipo a llenar, nos proporcionará la permanencia promedio de las personas en cada peldaño.

Nuevamente, a modo de ejemplo, se presenta (**Cuadro Nº 2**) un borrador de "Escalafón de Funciones" para los médicos, el cual guarda relación con el borrador de "Planta Esquemática".[16]

Está claro que, una vez cumplido el tiempo promedio de permanencia en una etapa, no habrá dificultades para pasar a la siguiente. Sin embargo, en casos de competencia por una misma vacante y en otras circunstancias especiales, se decidirá con base en los antecedentes de los candidatos. Estos antecedentes, empero, se valorarán en un sentido distinto al de los actuales concursos, tratando de tomar en cuenta los valores y los problemas de cada funcionario como persona integral. Serán muy importantes en la promoción los cursos de perfeccionamiento realizados y éstos, a su vez, estarán engranados con los planes de salud.

3.2.1.2 PROGRAMAS DE ATENCIÓN A GRUPOS ESPECÍFICOS O A ASPECTOS DE LA SALUD

A. ATENCIÓN DE LA MUJER, DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

a. Introducción (el problema). La mujer chilena comparte las

[16] Respecto a las demás líneas funcionarias, no médicas, subgrupos del equipo de salud de OCEPLAN están elaborando borradores de planta y de escalafón de funciones; todos ellos serán sometidos a la crítica de los grupos interesados.

deficientes condiciones de salud que hemos descrito para el conjunto de la población: muere precozmente, sufre un exceso de enfermedades infecciosas y la subnutrición y subeducación le impiden desarrollar todas sus potencialidades mientras vive; entre otras cosas, le impiden llenar con plenitud las diferentes fases de su papel de madre.

La salud de la mujer está íntimamente ligada a la función maternal. Se sabe que si la madre no está dotada de una capacidad física adecuada en cuanto a talla, buen desarrollo del esqueleto (caderas) y un completo estado de salud, no responderá bien a las exigencias del embarazo y es posible anticipar un parto difícil y el nacimiento de un niño no bien desarrollado y con menores expectativas de vida. El buen o mal desarrollo de la niña de hoy es vital para la suerte de la generación siguiente. Es conveniente saber, además, que la mujer santiaguina no amamanta a su hijo, en promedio, más allá de tres meses.

La maternidad lleva consigo riesgos especiales para la salud, y éstos son injustificadamente altos en Chile, donde mueren anualmente por causas relativas a aquel estado 900 mujeres, lo cual representa una proporción diez veces mayor que la mortalidad materna de países desarrollados. Cerca de la mitad de esas muertes corresponden a complicaciones de abortos provocados. El problema del aborto es uno de los más graves en la salud del país. Investigaciones recientes hacen estimar que se producen en Chile aproximadamente 150.000 abortos al año (más de uno cada dos nacimientos), lo cual representa una de las tasas más altas del mundo. Si se analizan las estadísticas de los últimos años, se comprueba el hecho alarmante de que la cifra de abortos aumenta a ritmo acelerado y afecta en proporción mayoritaria y creciente a la mujer casada, especialmente de clases modestas. Las investigaciones aludidas demuestran que se recurre al aborto principalmente por motivos económicos, porque la mujer desea tener sus hijos en forma consciente, dándose la posibilidad de ofrecerles un futuro mejor.

Las mujeres están sujetas a todas las molestias y riesgos que implica la morbilidad ginecológica. Esta morbilidad afecta hoy, en una u otra forma, a la gran mayoría de las mujeres en Chile. El problema está muy abultado entre nosotros, debido a las infecciones ginecológicas de diversos tipos, así como por factores derivados de la falta de educación y de la falta de atención médica oportuna. Por ejemplo, muchos casos de

cáncer del cuello uterino, que serían curables en países más desarrollados, no lo son aquí por falta de examen médico oportuno.

La mujer está expuesta, entre nosotros, a ciertas perturbaciones particularmente frecuentes en la tranquilidad necesaria para su buena salud mental, de donde deviene una prevalencia relativamente alta de neurosis y de afecciones psicosomáticas. Ello tiene indudable relación con cuatro órdenes de factores: los problemas económicos que ella, como eje de la familia, tiene que afrontar a diario en este régimen; luego, los problemas de conducta del cónyuge, especialmente el alcoholismo y la irresponsabilidad en el cumplimiento del rol de jefe de hogar, relacionados también con fallas de nuestra sociedad; tercero, la falta de información y de recursos institucionales que la amparen, para afrontar los problemas que plantea la buena crianza de los hijos; y cuarto, los temores e inseguridad relacionados con el embarazo y el parto en las condiciones actuales.

Ya se ha señalado que los recursos de atención médica son escasos. Frente a 270.000 partos anuales (en Chile nace un niño cada dos minutos), se necesitarían a lo menos 5.000 camas de maternidad para la población obrera y campesina y 3.500 profesionales capaces de atender el embarazo y el parto; hoy hay solamente 3.000 camas de maternidad (SNS), mil matronas y alrededor de 300 obstetras. A causa de ello, 77.000 niños nacieron en 1963 privados de atención profesional; de Arauco a Chiloé, del 60 al 80% de los partos carecen de dicha atención. En la mayoría de las maternidades del SNS, las condiciones en que se atienden los partos son médicamente inaceptables.

En cuanto a los controles prenatales, son en su mayoría insuficientes, y también evoluciona sin control la inmensa mayoría de los puerperios. Aunque existen en el país alrededor de cien ginecólogos, las atenciones de este tipo que se proporcionan en el SNS son evidentemente insuficientes en relación con la demanda.

b. Los objetivos

CONSULTORIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

El Gobierno Popular, desde su inicio, propone dar prioridad a los Consultorios para la Mujer, con atención obstétrica (del embarazo y puerperio y ginecológica). En la gran ciudad, esta

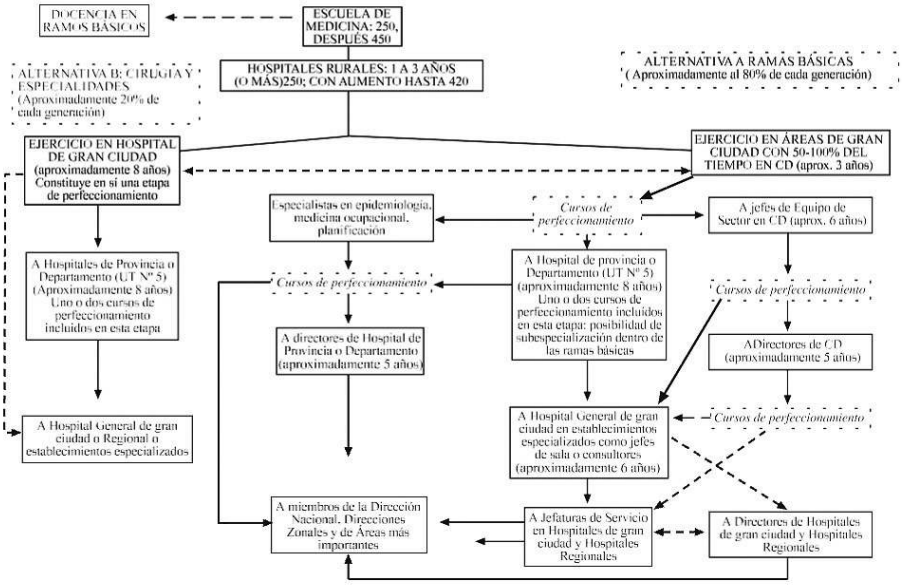
atención se efectuará en los Consultorios Distritales; en la ciudad menor, en el Consultorio del Hospital; en áreas rurales, en el Sistema Hospital Rural-Postas Rurales. Esa atención se integrará con las que se describen más adelante y que se refieren a las funciones de protección a la familia.

La combinación de obstetricia y ginecología en la atención descentralizada tiene los siguientes fundamentos:

1. La importancia de la ginecología, especialmente entre nosotros, por:

- Volumen de la morbilidad respectiva.
- Repercusión de esta morbilidad en el bienestar general de la mujer y en su función materna.
- Posibilidad de hacer prevención con respecto a gran parte de esa morbilidad, en la cual las infecciones ocupan el primer lugar.
- Contribución del examen ginecológico al diagnóstico precoz del embarazo.
- Posición insustituible del examen ginecológico en el diagnóstico oportuno de los cánceres genitales femeninos.

CUADRO Nº 2:
EJEMPLO DE ESCALAFÓN DE **FUNCIONES: MÉDICOS**



NOTAS DEL CUADRO Nº 2

- Por "ramas básicas" se entiende: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia- Ginecología, y Psiquiatría.
- Con línea entera se han dibujado las direcciones que deberían predominar; con líneas de puntos, algunasalternativas secundarias. Siempre existirán otras posibilidades abiertas de carácter excepcional.
- La duración aproximada de permanencia en los peldaños que se indica es solo un promedio y se ha colocado únicamente a título ilustrativo.
- El escalafón de funciones es una meta a la cual se llegará por aproximaciones sucesivas, teniendo en cuenta que se parte de un hecho consumado: la actual distribución de médicos. Tampoco se pueden ignorar las vocaciones y los intereses justos de las personas.
- El escalafón de funciones es una meta móvil (como todas las metas en planificación) en el sentido de que, en años sucesivos, debe ajustarse a los cambios de población y a los cambios de la oferta de recursos.

CD: Consultorio Distrital UT: Unidad tipo de atención

- Los recursos hospitalarios actuales son muy insuficientes. La forma más atinada de ampliar los recursos, dado el gran volumen de necesidades, es la de ubicarlos junto al control materno, que tradicionalmente se da en forma descentralizada: que la Ginecología sea, como la Obstetricia, la Pediatría y la Medicina Interna, simultáneamente una especialidad y un aspecto de la medicina general o "de choque".
- La similaridad de los recursos que se necesitan en la consulta obstétrica y en la ginecológica. Muchos profesionales, en Chile y en países más desarrollados ejercen —en la práctica privada— conjuntamente ambas especialidades.
- Se mejora el cumplimiento de uno de los postulados de la atención médica integral: la continuidad en la asistencia de la mujer.
- Aumenta la condición de "Integralidad" del Consultorio Externo (es decir, el porcentaje de problemas de salud que es capaz de resolver sin referencias). Se ha comprobado que el obstetra-ginecólogo resulta un eficaz apoyo para el internista del equipo.

Para el éxito de la atención combinada se requiere, en primer

lugar, una formación profesional adecuada del egresado de Medicina, particularmente en el internado de aquellos que se orienten hacia la combinación Cirugía-Obstetricia-Ginecología (Ver Atención Médica Rural"). Se necesita, además, y particularmente en la primera etapa, que los jefes de los servicios hospitalarios de Obstetricia y Ginecología den normas y supervisión técnica suficiente a los consultorios, a todo lo largo del país. En tercer lugar, la atención debe apoyarse en una acción permanente de educación sanitaria dada por el médico y la matrona, como método preventivo para reducir la morbilidad infecciosa y la psicosomática, que son las más frecuentes. La experiencia existente señala que las metas adecuadas son:

- Dar siete consultas (cinco prenatales y dos puerperales; cuatro por matrona, y tres por médico) y dos visitas de matrona en promedio por cada embarazada inscrita, procurando una inscripción del 100% de las gestantes (70% de ellas antes de cumplir cinco meses) y un control del 80% de los puerperios. Proporcionar recursos para practicar en toda embarazada el examen de Kahn, exámenes de orina y de grupo Rh; realizar una abreugrafía a toda puérpera, proporcionar atención dental completa a toda embarazada; entregarle leche y otros suplementos nutritivos; efectuar educación sanitaria, la que debe centrarse, en todos los casos posibles, en torno a la ejecución de un curso de parto sin dolor.
- En Ginecología, hay experiencias que indican que la cifra de una consulta ginecológica anual por cada tres mujeres adultas es adecuada como meta provisoria; esto, sin contar con que cada alta de puerperio representa la realización de un examen ginecológico preventivo.
- Los recursos necesarios para ejecutar esta atención, pueden calcularse teniendo en cuenta un grado de utilización del tiempo profesional de 90%, un rendimiento promedio de cuatro consultas por hora para el médico, incluyendo educación individual; y de 4.5 consultas por hora y 2.7 visitas por hora para la matrona. Resulta, entonces, un requerimiento de 4 horas médicas por cada 12 mil habitantes, a la brevedad posible y de una matrona por cada 12 mil habitantes.
- Una ciudad como Santiago requerirá alrededor de 150 obstetra-ginecólogos de medio tiempo y 150 matronas, en los consultorios. Las cifras no son exageradas, si se toma en cuenta que se reducirá el trabajo de sala y de consultorios especializados en los hospitales, y que éstos podrán estar

servidos en gran parte por el otro medio tiempo de los mismos médicos. Se trata de metas adecuadas para la atención externa prenatal, postnatal y ginecológica en medios urbanos, y que se alcanzarán en 1970 o antes; en efecto, el problema de las ciudades consiste más en una mala distribución de los profesionales que en una aguda escasez de ellos.

- En cuanto a la atención rural, estos aspectos estarán a cargo de los médicos del Servicio Rural y, mientras se forman matronas y profesionales polivalentes en número suficiente, a cargo de auxiliares de salud, especialmente preparados.

ASPECTOS MÉDICOS DE LA PROTECCIÓN DE LA FAMILIA

La izquierda considera que, en todas las clases sociales de Chile, la familia es la institución básica de la sociedad y, por lo tanto, debe recibir del Estado protección económica, social y biológica. La meta del Gobierno Popular será la obtención de familias bien constituidas, en cuyo seno se desarrollen tantos hijos sanos y deseados como sea posible. El resorte más importante para lograrlo es, en este aspecto, como en todo el campo de la salud, la elevación del nivel de vida de toda la población. Diversos elementos de la política de salarios de bienestar y de seguridad social podrán ser esgrimidos mejor que hoy en defensa de la familia.

Los Servicios de Salud participarán en la solución de diversos problemas agudos que sufren hoy las familias chilenas, y particularmente el binomio madre-hijo; a veces, en forma ejecutiva; a veces, con carácter asesor. En general, serán los equipos médicos de sector, que conocerán de cerca a su clientela, los que realizarán la función de "clínicas de familia"; lugar destacado que corresponderá a la Asistente Social del sector, al equipo ginecológico-obstétrico y al consultor de salud mental. Las funciones de protección médica a la familia como institución serán para nuestro país, en la actual etapa, las siguientes:

1. **PREVENCION DEL ABORTO:** Durante la primera etapa, será una de las funciones más destacadas entre las de protección biológica de la familia, en vista de las trágicas proporciones del problema. Se educará en métodos anticonceptivos a toda consultante y se facilitará el uso de dichos procedimientos.

El propósito es dar a toda mujer, democráticamente, el derecho a la libertad de decidir conscientemente la concepción de los hijos que desea, según el principio de que el Gobierno Popular protegerá a la familia, la estimulará, si ello es necesario, pero nunca impondrá a la mujer sacrificios que vayan en contra de la realidad cultural y económica. Cuando aumenten la riqueza y la cultura de Chile, los hijos que vengan serán hijos deseados por la patria y por la familia.

Debido a que la educación en medidas anticonceptivas requerirá de tiempo para que se manifieste su efecto pleno, se espera que sigan produciéndose embarazos no deseados que la mujer interrumpirá recurriendo a la clandestinidad. Ahora bien, el aborto clandestino tiene un riesgo de muerte 20 a 50 veces mayor que el aborto inducido por médicos en hospitales, y es causa de un elevado número de días-cama de hospitalización. Por lo tanto, el Gobierno Popular, paralelamente con la más intensa educación en medidas anticonceptivas, dispondrá la investigación científica de la tendencia del aborto provocado en los diversos grupos de población, y, en caso de que tales abortos continúen siendo una causa significativa de enfermedad y de muerte, se modificará la legislación vigente, con base en una amplia discusión en que participen todos los sectores interesados.

Debemos aclarar que el objetivo fundamental de la izquierda, al propugnar la difusión de los métodos anticonceptivos, es la eliminación de un método brutal de control de la natalidad: el aborto. Nosotros denunciamos la teoría de los imperialistas de que será preciso reducir la natalidad para elevar el nivel de vida en nuestros países. El problema de Chile no consiste en que falte tierra, o riquezas para sostener a una población mayor. Bien sabemos que nuestro nivel de vida se elevará únicamente cuando esa tierra y esas riquezas se distribuyan con justicia entre los chilenos. La elevación del nivel de vida traerá, como en todas partes y como subproducto, una disminución de la natalidad, contribuyendo, entonces, a alejar todavía más un problema demográfico que hoy día está muy distante en nuestro país.

2. **PREVENCIÓN DEL ABANDONO DE LA MUJER Y DEL NIÑO:** El 15% de los nacidos cada año son hijos de madre

soltera. Otro gran número de niños se agrega al grupo denominado "en situación irregular", luego de disolverse la familia y quedar la esposa y los hijos abandonados. La viudez de la mujer obrera o campesina también es hoy causa de desamparo para ella y sus hijos Las desavenencias conyugales constituyen un rubro importante de la patología familiar; suele ser el antecedente de la separación conyugal y daña siempre a la formación conductual de los hijos.

Bajo el Gobierno Popular se abordarán las causas de estos problemas, a saber: la falta de educación de los jóvenes para sus roles de cónyuges y de padres; el alcoholismo, y la insuficiencia económica que hace insegura y amarga la vida familiar.

Los Servicios de Salud, a nivel nacional y local, en conjunto con las instituciones educacionales, se preocuparán de que los jóvenes reciban la educación necesaria para cumplir adecuadamente las funciones del ser humano adulto, incluyendo la oportunidad representada por el examen prematrimonial voluntario. En cuanto al alcoholismo, será el propio Gobierno el que tome a su cargo la tarea de erradicarlo, tocando para ello los múltiples resortes que intervienen en la mantención de este hábito nefasto (ver más adelante). En uno y otro objetivo, así como en todas las esferas del progreso nacional, serán las propias masas —orientadas por el Gobierno Popular— las que le den a su cumplimiento un carácter de campaña arrolladora y permanente.

En los casos de abandono ya producidos o que aún se produzcan, el Gobierno Popular dictará todas las medidas conducentes para ubicar y responsabilizar al hombre que cause un embarazo fuera de vínculo o que desampare a su hogar. Sin perjuicio de ello, asegurará la subsistencia digna de la madre soltera y de la madre abandonada con sus hijos.

El Gobierno Popular impulsará, a través de los propios organismos de masas, la realización de matrimonios legales en los casos de convivencia marital estable; y removerá las trabas formales que hoy suelen existir para dicha legalización. Entre estas trabas se halla, con frecuencia, la inexistencia entre nosotros del divorcio y el costo prohibitivo —para las masas populares— de aquella versión fraudulenta del divorcio para clases

acomodadas: la anulación del matrimonio. También es una exigencia democrática que el Gobierno Popular revise esta legislación clasista e inmoral.

3. **PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES DE LOS NIÑOS:** Frecuentemente está entre nosotros la vagancia infantil o la delincuencia infantil o juvenil, el beber excesivo de los adolescentes y muchas alteraciones de la conducta infantil que son menos llamativas, pero que pueden dañar la educación de los niños y deformar su personalidad futura.

   La protección fundamental ante estos riesgos de la salud individual y social es el apoyo económico, legal y cultural a la familia, tal como se ha delineado más arriba. Específicamente, en los programas médicos y educacionales del Gobierno Popular figurará, en un lugar importante, la enseñanza del arte de criar y orientar a los hijos —la puericultura— a las madres y a las jóvenes escolares.

   Los equipos médicos del sector de los consultorios son —una vez más— los más indicados para orientar esta enseñanza y para contribuir a impartirla.

   Los pediatras y enfermeras deberán, además, proporcionar orientación a las madres en todos los problemas específicos que ellas les planteen. La eficacia del equipo, en este terreno, aumentará con la asesoría del psiquiatra del consultorio y con la posibilidad de referencia al Servicio Psiquiátrico del Hospital respectivo.

   Factor muy importante en la ayuda a la madre, en el terreno de la prevención de alteraciones emocionales de sus hijos, será la creación de Jardines Infantiles suficientes para los niños que los requieren (Ver más adelante).

PERSONAL Y CAMAS DE MATERNIDAD

Como se señala más arriba, el programa del Gobierno Popular da prioridad, en la creación de nuevas camas, a las de Maternidad; la meta a 6 años plazo consiste en tener una cama cada 55 egresos anuales (41 partos anuales)[17] como promedio nacional: alrededor de 7.000 camas, en vez de las 3.000 que tiene hoy el Servicio Nacional de Salud.

[17] Con estancia media de 5.5 días y ocupación de 85%.

Con ello se evitará el hacinamiento, el rechazo de madres en trabajo de parto y el alta exageradamente precoz. Los requerimientos son proporcionalmente menores en la ciudad y mayores en el área rural. En la etapa actual, la meta debe ser la atención profesional del 100% de los partos. En las ciudades, esta atención debe concentrarse en los hospitales, tomando en cuenta las deficientes condiciones de vivienda y la mayor seguridad y economía de la atención institucional; en el campo, una parte importante de la tarea debe, necesariamente, quedar en manos de matronas y de auxiliares residentes en las Postas Rurales. En el conjunto del país, la meta a seis años plazo debe ser el atender en hospital el 85% de los partos.

Esta mayor atención exigirá formar, aceleradamente, al personal necesario en las siguientes categorías: médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología (faltan no menos de 150); matronas (faltan no menos de 1.000); adiestramiento de enfermeras en la atención de partos; adiestramiento de auxiliares rurales. Como medida de emergencia se construirán, a través del país, salas de puerperio de edificación rápida y barata, y que tengan menor costo de operación que el núcleo de atención de "agudos". También se prescribirá que en ninguna ciudad se destine a Obstetricia menos del 16% de las camas de los establecimientos no especializados del SNS (ver cuadro 1 y anexo 2); cuando este mínimo no se cumpla, como ocurre hoy en muchos lugares (el promedio nacional es 10%), se procederá a la redistribución respectiva.

En cuanto a la calidad de la atención en las maternidades, se designará una comisión técnica con el cometido de efectuar una inspección de las condiciones a través del país y de formular recomendaciones prácticas, las cuales deberán ser cumplidas en un plazo perentorio. Después de los primeros diez años, se espera que el ritmo de crecimiento de las necesidades disminuya por:

a. Reducción de los abortos complicados, y
b. mejoría de las condiciones de vivienda, que permita efectuar, con seguridad, cierta proporción de los partos en el domicilio.

LA SALUD DE LA MUJER QUE TRABAJA

La atención especial a la mujer que trabaja, tanto obrera

como empleada, se centrará en torno al siguiente aspecto: es necesario establecer, en coordinación con los planificadores de los recursos humanos para la producción, un "ciclo del trabajo femenino" que esté engranado con el ciclo de su vida familiar. En general, las mujeres pueden realizar una jornada completa de trabajo o de estudios hasta la iniciación de su matrimonio; después, deberá reconocerse que necesitan frecuentes licencias completas o parciales mientras tienen sucesivos embarazos y puerperios; una vez que su último hijo ya ha entrado al período escolar, la mujer puede nuevamente efectuar una jornada de trabajo; aunque es conveniente que ésta no exceda de seis horas, a fin de que pueda atender el manejo de su hogar.

Esas licencias, que pueden ser completas, durante períodos de varios años, deben computarse como tiempo trabajado para efectos del monto de la jubilación.

Esta adaptación del trabajo al ciclo vital de la mujer es más útil que una jubilación a edad uniforme y precoz. Dicha adaptación se complementa con la creación de Jardines Infantiles, a los que tendrá prioridad de acceso el hijo de la mujer que trabaja.

Como medidas de transición, en este terreno, pueden considerarse: una mayor flexibilidad en las fechas de permisos pre y postnatales y de feriados, de manera que la madre obrera los pueda aprovechar en la forma que más le convenga; y facilidades reales para amamantar a su hijo. La atención médica y la protección frente a riesgos ocupacionales tienen requisitos similares para la mujer y el hombre que trabajan, y en este documento son tratados en conjunto.

LA SALUD DEL NIÑO

EL PROBLEMA: La salud, en el niño, consiste en la realización plena del crecimiento y desarrollo en todos sus aspectos: físico, intelectual, afectivo y social. Para lograrlo, el niño debe recibir, en cantidad y calidad suficientes de: alimento, protección frente a las infecciones y otras enfermedades, afecto, educación y recreación.

¿Cuál es la realidad del niño en el Chile de hoy? Una gran proporción de los tres millones de niños (menores de 15 años) que viven en el país están mal alimentados; en ciertas comunas proletarias, el 40% de los menores de dos años que se controlan tienen menos que el peso mínimo normal (distrofia); 80% de los

niños que ingresan a los hospitales de Santiago son desnutridos; en las escuelas públicas, se observa cómo el hambre ha creado un déficit promedio de 10 kilos de peso y 10 centímetros de estatura al terminar la infancia. En Chile, no es rara la enfermedad llamada *Kwashiorkor* o distrofia pluricarencial, característica de los países más atrasados del mundo; el raquitismo abunda en las áreas campesinas del sur.

Pese a las disposiciones legales vigentes, es un hecho que los niños chilenos no toman leche en cantidad suficiente (después de los dos años, muchos ya no la prueban), ni reciben tampoco los demás alimentos fundamentales (carne, huevos, pescado, queso, legumbres, frutas y verduras). Los requerimientos de la población de embarazadas y de niños menores de 3 años en el país, en materia de leche en polvo, alcanzan a 19 millones de kilos anuales; en 1963, el Servicio Nacional de Salud distribuyó ocho millones de kilos solamente. Los requerimientos para toda la población materno-infantil suman como mínimo 60 millones de kilos de leche deshidratada al año; el país produce, en total, el equivalente de 80 millones de kilos de leche deshidratada al año.

En la raíz del problema de alimentación está la baja productividad de la agricultura, condicionada, a su vez, por el acaparamiento del 80% de la tierra aprovechable en manos de un 2% de los propietarios. El producto, escaso ya, es además distribuido injustamente, tocando a la clase trabajadora una cuota mínima, debido al escaso poder adquisitivo que les confieren sus sueldos y salarios.

El problema se agrava, finalmente, porque la educación también está distribuida injustamente entre las clases, y las madres proletarias no saben de los regímenes adecuados en cada edad del niño (ver más adelante: Nutrición). Puede decirse que *la salud del niño chileno está esperando la reforma agraria y la redistribución de la renta nacional*.

El niño chileno está expuesto intensamente a infecciones a causa de la deficiente vivienda, saneamiento y educación. Las primeras dos causas de muerte en los lactantes son las infecciones respiratorias y digestivas; 10.000 niños menores de un año fallecen cada año por diarrea. Las infecciones contribuyen a la desnutrición del niño y, a su vez, la desnutrición hace más graves los procesos infecciosos, lo cual hace recaer al lactante

en un círculo vicioso que muy a menudo es irremediable y lo lleva a la muerte.

Un 15% de niños chilenos nacen ilegítimos. Muchos otros son abandonados por sus padres o viven en hogares donde el alcoholismo paterno, la miseria, o ambos, crean inestabilidad continua. Éstos carecen, entonces, también del afecto y la educación necesarios para su pleno desarrollo psíquico y social.

Frente a estos factores de riesgo se agrega la falta de recursos para control infantil y atención de la morbilidad. Hay en el país 643 pediatras que dedican solo un tercio de su tiempo al Servicio Nacional de Salud; se calcula que deberíamos tener alrededor de 1.200 pediatras trabajando ocho horas diarias. Existen 3.794 camas pediátricas; se estima que debería haber 8.000 camas.

Como consecuencia de estas condiciones, Chile ostenta una de las tasas de mortalidad infantil más altas del mundo: 120 por cada 1.000; es decir, 33.000 fallecidos menores de un año, cada año. Una guagua chilena muere cada 16 minutos.

El impacto más duro lo reciben los hijos de obreros y campesinos: de cerca de 30.000 muertes infantiles ocurridas en 1957, casi 27.000 afectaron a esos grupos. Por otra parte, la mortalidad es más alta aún para los campesinos: en la zona de Arauco a Chiloé, en tierras de gran latifundio que coexisten con minifundio, la mortalidad es doble que la de Santiago.

Lo más increíble es que la mortalidad infantil chilena no baja desde 1953, sino que tiende a subir. Ello coincide con un descenso en la renta per cápita del sector asalariado, desde esa misma fecha y con la persistencia de la atención médica insuficiente. (Figura 2).

CONSULTORIOS INFANTILES

La atención externa del niño (0-14 años) se efectuará por equipos cuya composición y rendimiento han sido delineados en el capítulo de atención médica. De ese capítulo se deduce que se necesitan para esta atención médica 1.080 pediatras, 620 enfermeras y 2.500 auxiliares, cantidad de personal que deberá formarse aceleradamente.

Según los principios de la medicina integral, la atención infantil debe desarrollarse en forma integrada dentro de la atención completa de la familia. Se desarrollarán plenamente todas las

funciones del Consultorio Infantil, a saber:

a. Control del niño sano realizado, hasta donde sea posible, por médicos, pero aprovechando totalmente la valiosa colaboración que otros profesionales y técnicos de la salud puedan prestar en toda circunstancia. El control se extenderá hasta los 14 años, efectuándose en consultorios, Jardines Infantiles y escuelas. El control incluye la prevención y control de enfermedades transmisibles: la ejecución de inmunizaciones y encuestas epidemiológicas será de responsabilidad absoluta de los equipos del sector, dentro de pautas originadas en la Subsecretaría de Protección de Salud.

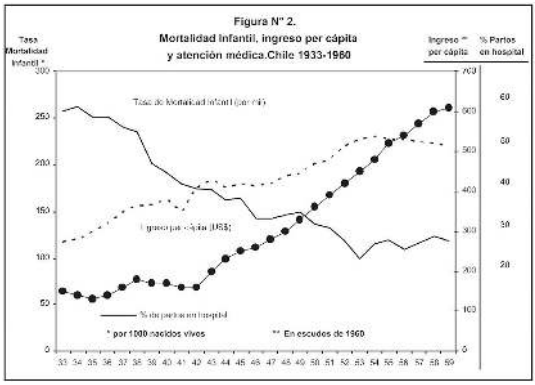
b. Atención de la morbilidad.

c. Educación de las madres en puericultura, a cargo de los profesionales del equipo, en toda ocasión y en conjunto con los maestros del distrito, de acuerdo con lo señalado más arriba.

d. Distribución de leche y otros suplementos nutritivos: se regularizará la entrega de leche y se extenderá a todos los niños que la requieran, a juicio del equipo de sector (médico, enfermera y asistente social). Este programa integrará el suministro de leche a los asistentes a escuelas y centros infantiles. Las madres abandonadas o solteras y sus hijos, así como todo niño en situación de emergencia, recibirán alimentación complementaria. Actualmente, se distribuyen para la población beneficiaria del Servicio Nacional de Salud (a través de este organismo y de las Juntas de Auxilio Escolar), unos 8 millones de kilos de leche deshidratada al año.

Si solo se toma en cuenta a esa población, actualmente beneficiaria, es decir, un 70% de las embarazadas y menores de 15 años del país, la demanda real actual puede estimarse en 43 millones de kilos anuales; la demanda total actual de ese grupo puede estimarse en 62 millones de kilos anuales.[18]

[18] El cálculo se basa en las siguientes cuotas:
» Menores de 1 año: 3 kilos mensuales en los 3 últimos trimestres =27 kilos anuales x 280.000 = 7.560.000 kilos.
» 1-2 años: 2 kilos mensuales = 24 kilos anuales x 420.000 = 10.080.000 kilos.
» 3-14 años: 18 kilos anuales x 2.300.000 = 41.400.000 kilos.
» Embarazadas: 2 kilos mensuales durante 5 meses = 10 kilos anuales x 300 000 = 3.000 000 kilos.
» Total materno infantil = 62.040.000 kilos.



° por 1000 nacidos vivos
°°en escudos de 1960
Fuente: Adaptado de Behm H, (1962), Mortalidad Infantil y Nivel de Vida, Ed. Univ. de Chile.

La magnitud de estas necesidades, en relación con la actual producción del país, equivalente a unos 80 millones de kilos al año, exige incorporar este programa en una política de producción, importación y distribución de la leche, llegando, si es preciso, a la reorientación del consumo de este producto, con el objeto de reservar la cuota necesaria a la población materno-infantil.

Esta política debe comprender, asimismo, el estímulo a toda investigación en el terreno de la nutrición, con el fin de que conduzca a la identificación o elaboración de productos de alto valor alimenticio y de bajo costo, susceptibles de utilizarse en la suplementación en gran escala de la nutrición de individuos en crecimiento.

CON EL GOBIERNO POPULAR LOS ÚNICOS PRIVILEGIADOS SERÁN LOS NIÑOS

En lo que se refiere a salud, esto significa que se dará la primera prioridad a la atención materno-infantil.

CAMAS PEDIÁTRICAS

El Gobierno Popular plantea, como objetivo, el contar con una cama por cada mil habitantes (para niños de 0-12 años). Esto representa hoy 8.000 camas, y para 1971 9.500 camas; hay 3.700. La mayor urgencia por estas camas se halla en las provincias, en los hospitales rurales y de ciudades menores.

JARDINES INFANTILES (ATENCIÓN AL PÁRVULO)

Entendemos por Jardín Infantil un establecimiento destinado a la atención diurna de niños de 0 a 6 años. A nadie le cabe duda que, si bien la asistencia al lactante y al escolar presenta muchos vacíos, es la del preescolar la más abandonada de las edades de nuestra infancia. Ello se ha explicado por la "difícil accesibilidad" del pequeño en esta edad; dificultad artificial, puesto que significa más bien que no se han creado las instituciones que permitan atenderlos.

Si la necesidad es clara, menos definida se encuentra su magnitud y los criterios de prioridad para fijar en cifras las etapas de un plan de creación de Centros Infantiles a ubicarse —como se piensa— principalmente en los barrios residenciales de obreros.

En una investigación reciente, se exponen tres planos diferentes en las necesidades de plazas de Centros Infantiles. El primer orden de requerimientos está constituido por el trabajo de las madres fuera del hogar. El segundo, tiene el carácter de "auxilio social", y está constituido por la miseria: niños que crecen en una vivienda muy deficiente, sometidos a una pobre alimentación y a un medio social en que abunda la promiscuidad y la procacidad; se beneficiarán, evidentemente, con la asistencia a una institución en que haya aseo, alimento y alegría. Dentro de este segundo plano, hay un subgrupo en el cual a la miseria se agregan alteraciones estructurales de la familia: madres solas u orfandad total. El tercer orden de necesidades ha sido planteado por los especialistas en educación de párvulos, quienes sostienen que, ya desde el primer semestre de la vida, todo niño normal se beneficiaría al asistir parte del día a una institución en la cual personal especializado ayude a su desarrollo psicomotor, afectivo y caracterológico. Hay un cuarto grupo, que se refiere a algunos niños con trastornos específicos de conducta, pero no lo tomaremos en cuenta en este análisis, ya que no ha sido aún precisado. Para decidir prioridades, hay que reflexionar acerca de la dinámica de los tres órdenes de necesidades que se han expuesto.

El trabajo femenino tiene un significado no solo para la familia afectada, sino para la sociedad. Las mujeres de Santiago, por ejemplo, están en su gran mayoría dispuestas a trabajar fuera de la casa, siempre que se resuelva el problema del cuidado de los hijos. Una sociedad que entre pronto —como lo esperamos—

en fase de desarrollo industrial, va a requerir del trabajo de la mujer en forma creciente, aumentando del 10 al 15% actual (en Santiago) a un nivel de 25 a 30% (como ocurre en los países en desarrollo de Europa Oriental y otras regiones) en un plazo de algunos años.

La miseria y la necesidad de plazas de Jardines Infantiles es apremiante en lo inmediato, es un dramático llamado. Pero un plan definitivo de Jardines Infantiles —y las cifras que en seguida anotaremos así lo demuestran— es una realización cara, de aquéllas que una economía estancada y deforme, como la actual de Chile, no pueden llevar a cabo, sino en el papel. Un Gobierno realmente capaz de realizar un plan de atención al párvulo, también será capaz de implementar una política de vivienda y un régimen de salarios y de producción que reduzca drásticamente, y en breve plazo, la miseria.

En tales condiciones (pensando en un costo aproximado de E° 800 como inversión inicial por niño atendido en Jardines Infantiles), lo sensato es invertir el dinero en viviendas, para que la familia completa viva mejor en las 24 horas del día, y no en instituciones destinadas a que los niños escapen de la pocilga durante seis horas al día.

El subgrupo de familias en miseria que presenta problemas estructurales, merece ser considerado como un problema que tendrá persistencia mayor. Dichas alteraciones estructurales están frecuentemente asociadas a problemas de conducta y de cultura básica. Los niños de esta categoría sí necesitarán plazas aseguradas en los Jardines Infantiles.

La fundamentación tercera de estos establecimientos, aquélla de carácter educacional, es definitiva y universal. Plantea una meta costosa, que deberá ser alcanzada de modo gradual, al ritmo del desarrollo total del país.

La investigación mencionada reveló que hay, en términos de la población total del Gran Santiago (1961), 28.800 párvulos en la categoría de primera prioridad. De ellos, solo una proporción pequeña está siendo atendida actualmente. Se trata, pues, de crear 288 Jardines Infantiles de 100 plazas cada uno, incluyendo en cada uno alrededor de 30 cunas.

Se conoce, además, la distribución aproximada de las necesidades en las diferentes comunas del Gran Santiago.

Suponiendo condiciones similares en las demás ciudades grandes del país, puede estimarse que las necesidades nacionales urgentes son del orden de las 50 mil plazas y 500 Jardines Infantiles. El costo de construcción y habilitación definitivas se estima en E° 80.000 para cada Jardín Infantil de 100 plazas y el gasto anual de operación en E° 38.500 cada uno. Es decir, el satisfacer las necesidades de absoluta prioridad con establecimientos de construcción definitiva, *ad hoc* y dotados de personal técnico necesario, representa una inversión del orden de los E° 40 millones y un presupuesto anual de operaciones del orden de E° 19 millones.

Estimamos que, en el primer momento, serán los propios organismos de masas y los Gobiernos locales, asesorados por el Gobierno Central, los que habiliten un gran número de esos Jardines Infantiles, en forma provisoria, en locales de los que se pueda disponer inmediatamente. Entretanto, se forman aceleradamente las miles de educadoras de párvulos que se requerirán, se harán cursos cortos para auxiliares; muchas de estas auxiliares pueden ser voluntarias. Una parte de los gastos de operación puede ser absorbida también a través del pago, por los padres, de una tarifa módica que puede calcularse, por ejemplo, como un porcentaje del salario.

Pero, en el futuro, cada nueva población deberá ser planeada con un Jardín Infantil definitivo de 100 plazas por cada 5 mil habitantes, con posibilidades de espacio para aumentar hasta 500 plazas por cada 5 mil habitantes.

De este modo, con las construcciones definitivas de alto costo y las instalaciones provisorias creadas con el esfuerzo popular, se logrará, en un plazo no mayor de cinco años, alcanzar la meta de 500 Jardines Infantiles en las ciudades de Chile.

En lo que respecta a la ubicación de los Jardines Infantiles, la mayoría de ellos debe estar en los barrios residenciales de trabajadores, por varias razones: proximidad a los hogares; evitar viaje de la madre con sus hijos hasta el sitio de trabajo; sectorización más racional de la población a servir. Cierta proporción de plazas se mantendrá y se creará en aquellos lugares de trabajo femenino que tienen horarios especiales como: mercados, hospitales, etc., y también para el pequeño número de lactantes amamantados por sus madres.

La red de Jardines Infantiles de barrios deberá depender, en sus aspectos técnicos, de una Oficina Técnica Nacional en que participen profesionales de las diversas disciplinas interesadas y delegados de las agrupaciones femeninas, sindicales y de pobladores. La administración de los centros mismos deberá ser descentralizada al nivel de los municipios. La atención médica de los niños, la supervisión de la higiene ambiental y de la alimentación y la formación de las auxiliares necesarias serán de responsabilidad de la unidad local de salud respectiva.

ATENCIÓN DEL ESCOLAR Y EL ADOLESCENTE

Al hablar de los sistemas de atención médica local se planteó la forma de organizar la atención médica y dental del escolar. Recientemente, hemos mencionado el derecho de este grupo a recibir leche hasta los catorce años. Agreguemos aquí que la escuela es un lugar muy importante para realizar la educación sanitaria, particularmente en relación con: roles paternos y conyugales, puericultura, alcoholismo, accidentes y enfermedades transmisibles.

La adolescencia es una edad clave para actuar sobre los individuos, mejorando sus propias posibilidades en la vida y mejorando, a través de ellos, las condiciones de los hogares en que nacerá y crecerá la generación siguiente. Las acciones de salud, frente a los adolescentes, se refieren particularmente a salud mental y a educación sanitaria, tocando, entre otros, los siguientes aspectos:

» Educación en roles paternos y conyugales.
» Alcoholismo.
» Nutrición.
» Trastornos conductuales.
» Diagnóstico de tuberculosis.
» Recreación e higiene personal.

El adolescente tiene tal importancia y su problemática es tan compleja que estimamos necesario crear una “Oficina para la Adolescencia y la Juventud”, que integre las acciones de salud con las de educación, trabajo, recreación, justicia, servicio militar, etc. Todas orientadas hacia los individuos normales o enfermos de este grupo de la población, donde quiera que se les encuentre.

En esta labor, los adolescentes no serán únicamente objetos, sino también sujetos, participando a través de sus organizaciones de masas en la solución de sus propias aspiraciones y en la construcción económica, política y cultural del país.

ATENCIÓN DEL NIÑO "ESPECIAL"

Entendemos por niño "especial" a aquel que tiene un daño o incapacidad física o psíquica crónica que perturba su desarrollo y/o su educación.

El problema es amplio y de solución relativamente costosa, por lo cual los objetivos que aquí se enuncian deben alcanzarse en programas de desarrollo progresivo. Una necesidad general en la asistencia al niño especial es la creación de Centros Regionales descentralizados que puedan absorber al grupo de niños de las zonas rurales. Otra característica común es la urgencia de mayor coordinación entre los programas de Salud y de Educación, respecto a estos niños. Señalaremos sus categorías y las medidas que se adoptarán en cada una:

Los retardados mentales: La magnitud de este problema es estimada en el 1% de la población; gran parte de él queda hoy sin atención oportuna o adecuada por falta de plazas y de suficiente personal especializado.

El Consultorio Infantil, tal como lo hemos definido, así como los maestros de Jardines Infantiles y Escuelas, estarán en situación de sospechar oportunamente el diagnóstico y de precisarlo con ayuda de psiquiatras del Consultorio o del Hospital Base. Para los de menor gravedad (cociente intelectual 75-90) deben, además, crearse clases especiales en escuelas corrientes; para los de CI 50-75 se crearán escuelas especiales; los de CI menores de 50 deberán asistir a centros diurnos de adiestramiento y se dispondrá, además, para ellos de Centros para mantención residencial de deficientes por períodos cortos, destinados a permitir a los padres un respiro en la fatigosa tarea del cuidado del enfermo, especialmente con motivo de un parto, de enfermedad o de vacaciones. También habrá internados para deficientes sin hogar.

a. **Retardados del lenguaje:** dejando a un lado a aquellos que son deficientes mentales, psicóticos o sordos, para los demás se crearán "clínicas de lenguaje" a nivel de escuelas o de hospitales infantiles.

b. **Sordos:** se crearán y se dotarán adecuadamente las escuelas especiales que requieren los sordos totales y subtotales; también se dotará a las policlínicas de otorrinolaringología y de foniatría de los recursos adecuados para precisar diagnósticos, educar en lectura de labios y proporcionar audífonos. Su magnitud se estima en el 1‰ de la población.
c. **Ciegos y parcialmente videntes:** serían el 0.2‰ de la población. En parte, su problema se resolverá al obtener acceso adecuado al diagnóstico y tratamiento oftalmológico, a través del Programa de Salud Infantil de cada área de salud. Se crearán y dotarán adecuadamente las plazas necesarias en Escuelas para Ciegos, y en clases especiales de escuelas corrientes, para "parcialmente videntes".
d. **Inválidos motores (niños lisiados):** Se trata, principalmente, de secuelas de poliomielitis, parálisis cerebrales, cardiopatías o secuelas de accidentes. Cierta proporción de ellos requieren de escuelas especiales. Para todos ellos, se dotará de recursos a los Servicios de Ortopedia Infantil y de Fisioterapia; algunos de estos servicios se combinarán con las escuelas especiales mencionadas.
e. **Desadaptados psíquicamente (niños con trastornos de conducta):** se les dará atención en los Consultorios Infantiles, con el apoyo de los Servicios de Psiquiatría y en coordinación con centros infantiles y escuelas; aquellos que lo necesiten, recibirán educación especial, y aún tratamiento cerrado, luego, control posterior por los Servicios para la Juventud.

EL NIÑO EN SITUACIÓN SOCIAL IRREGULAR

Es aquel privado temporal, o definitivamente, de una vida de hogar normal. Es un problema que está actualmente a cargo del Servicio Nacional de Salud, pero que deberá ser objeto de una coordinación progresiva con el Ministerio de Educación, con la Oficina para la Juventud, con el Ministerio de Justicia y con instituciones privadas.

Se dotará al país de las plazas suficientes de colocación familiar (como modalidad de elección para el lactante y preescolar), de hogares de tipo familiar y se crearán las Casas de Menores (centros de observación y tránsito) que faltan en cada región de Chile.

Asimismo, es urgente reformar la legislación referente a la adopción, en el sentido de eliminar las limitaciones rígidas que la ley actual estipula para los adoptantes (edad mínima, ausencia de hijos). La decisión debe ser tomada en cada caso por el Juez de Menores sobre la base de un informe del Servicio Social del respectivo distrito y de los informes médicos pertinentes.

Anteriormente, nos hemos referido a las medidas de protección física y social a la familia normal, a la madre soltera y a la madre abandonada con sus hijos, lo cual representa la acción preventiva en este terreno, acción a la cual se dará la mayor importancia.

B. ATENCIÓN DE LOS INVÁLIDOS: REHABILITACIÓN

EL PROBLEMA: Estudios realizados en nuestro país indican que la existencia de inválidos de todo tipo, menores de 65 años, debe aproximarse a la cifra de 230 mil personas. Otra estimación señala que cada año hay, entre los egresados de nuestros hospitales, unos 60 mil pacientes que se beneficiarían con algún tipo de medidas de rehabilitación. De los inválidos prevalentes, 56 mil se han originado, según cifras oficiales, en riesgos del trabajo.

Poder rehabilitar y emplear al inválido es algo de suma importancia para el individuo, porque se le hace más feliz y se aleja el peligro de la mendicidad; y para la patria, porque el sujeto rehabilitado produce y libera a otros para la producción.

De estos inválidos solo una pequeña parte recibe rehabilitación de algún tipo. Por ejemplo, en el Servicio de Seguro Social, las Pensiones de Invalidez vigentes ascienden solo a 25.000 y —en el período 1952 a 1960— la duración media de las pensiones de invalidez fue solo de 4 años 10 meses: ello es un índice del contraste entre la magnitud del problema y la protección que se está dando. Existe una Sociedad de Protección al Niño Lisiado; hay experiencias de rehabilitación de enfermos cardiovasculares (Valparaíso); los Servicios de Traumatología, Ortopedia, Fisioterapia y Psiquiatría despliegan esfuerzos sobre la base de recursos muy limitados. La Ley de Medicina Preventiva podría engranarse con un plan de rehabilitación de tuberculosos y cardiovasculares. Así lo indicaron sus creadores al estipular la posibilidad de reposo por media jornada: sin embargo, este aspecto no ha funcionado en la práctica.

Los traumatólogos chilenos afirman que una elevada proporción de sus pacientes del SNS quedan con incapacidad a causa de que no reciben atención oportuna; este retraso se debe a la insuficiente dotación de camas e instrumental, a la falta de un número adecuado de especialistas y a defectos de organización.

En síntesis, faltan recursos y, sobre todo, falta un programa nacional que coordine y dé sentido a todos los esfuerzos de rehabilitación que realizan los médicos clínicos y otros profesionales.

CONCEPTO DE REHABILITACIÓN: Pensamos que es útil operar con una definición amplia de la rehabilitación: "Proceso indivisible que comienza con la instalación de la enfermedad o accidente y que continúa a través del tratamiento, hasta que se logra la reubicación final en las más apropiadas condiciones de trabajo y de vida. Debe ser realizado en equipo y con continuidad". Las causas más frecuentes de necesidad de este tipo de servicios son: alteraciones del aparato locomotor (traumáticas, ortopédicas, reumáticas); enfermedades respiratorias crónicas (incluso tuberculosis, bronquitis crónica y silicosis); ceguera; sordera; epilepsia no controlable; enfermedades mentales; afecciones cardiovasculares.

Las acciones de rehabilitación son distintas según las etapas de la enfermedad, distinguiéndose: a) fase aguda; b) convalecencia y recuperación; c) retorno al trabajo.

OBJETIVOS DEL GOBIERNO POPULAR: En cada área de salud debe funcionar un "Consejo de Rehabilitación" que coordine a los diversos servicios y recursos que corresponden a dicha función, focalizándose en los pacientes y, particularmente, en los que egresan. El Consejo debe identificar los casos que se beneficiarían con medidas rehabilitadoras, clasificarlos y distribuirlos: también debe absorber funciones de la Comisión Mixta de Invalidez y las de la Comisión de Medicina Preventiva, ya que son afines. Además, sería útil que supervisara todo lo relativo al seguimiento de los enfermos egresados.

El Consejo de Rehabilitación debe establecer coordinación con los servicios locales de Educación y Trabajo, y mantener estrecho contacto con los sindicatos. A nivel zonal, se crearán los correspondientes Consejos con funciones de asesoría y coordinación.

Empero, para que la rehabilitación rinda el máximo es preciso crear los recursos materiales y de personal especializado que permitan el tratamiento oportuno en la fase aguda y el cuidado eficiente en la convalecencia. Por ejemplo, en el caso de los afectados del aparato locomotor, se habilitará mayor número de camas en todas las provincias, se promoverá la formación de especialistas, y se habilitarán departamentos de Radiología, Medicina Física y Rehabilitación. Posteriormente, se crearán establecimientos especializados para atender e investigar los problemas más complejos de la rehabilitación.

En el Gobierno Popular, se aprovecharán, en forma planificada, los establecimientos termales y otros balnearios del país para complementar el tratamiento de los trabajadores en proceso de rehabilitación física. Se mantendrán y estimularán las iniciativas privadas en el campo de la rehabilitación.

Para la "fase de retorno al trabajo" será necesario crear diversos mecanismos de reubicación gradual y adaptada a la capacidad de cada grupo de pacientes, todos ellos en íntima conexión con los Servicios Médicos, con las empresas, los Servicios del Trabajo y los sindicatos: empleos "protegidos", empleos reservados, trabajo a domicilio, centros de adiestramiento.

Todo este sistema debe obtener la cooperación de los afectados y para ello es preciso que se disponga de ciertos incentivos económicos. Por ello, proponemos la aprobación de una Ley de Rehabilitación dentro del Código Nacional de la Salud, en el que se disponga que en todo paciente, definido por los organismos correspondientes como susceptible de beneficiarse con medidas de rehabilitación post-alta, reciba un "subsidio de rehabilitación" o, si hay invalidez que va a persistir por meses o años, una "pensión de rehabilitación" transitoria o definitiva. Este subsidio o pensión de rehabilitación podría ser pagado, mientras se racionaliza el sistema de Seguridad Social, tanto a imponentes como a no imponentes de Cajas de Previsión y también (con las modificaciones necesarias) a los padres de niños inválidos; se diferenciaría del "subsidio de enfermedad" y de la "pensión de invalidez" en que su pago estaría sujeto al cumplimiento de las indicaciones de rehabilitación y su monto sería no fijo, sino variable en relación con la capacidad de ganar que el paciente va adquiriendo.

Aquél que no quiera rehabilitarse, y tenga incapacidad total

o parcial de ganar, debe recibir solamente una pensión mínima estipulada por la ley para compensar esa incapacidad.

En cuanto a los inválidos totales irreversibles, será preocupación del Gobierno Popular velar por la manutención del mejor nivel de vida posible para ellos, a través de la creación de hogares y del pago de pensiones justas.

C. ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS ANCIANOS. ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL ADULTO

EL PROBLEMA: La individualización de un programa para los ancianos, a ser ejecutado como parte de las acciones de atención médica, se justifica por el carácter especial de las necesidades de salud en este grupo de edad. Ya hoy día, los mayores de 65 años son el 4% de la población, unas 320.000 personas y la proporción de ellos irá en rápido aumento a medida que mejore el nivel de vida. Su morbilidad está dominada por:

a. La arteriosclerosis en sus diversas localizaciones, entre las cuales destaca, por las necesidades asistenciales que determina, la forma cerebral;
b. el cáncer;
c. reumatismo degenerativo;
d. problemas nutricionales y metabólicos, entre ellos la diabetes, y
e. compromiso de los órganos de los sentidos: presbicia, sordera.

Para la asistencia de estas enfermedades faltan, por una parte, conocimientos científicos suficientes; por otra parte, faltan recursos para aplicar los conocimientos que existen. En efecto, no se capta, en los hospitales del Servicio Nacional de Salud, ni la mitad de los casos de cáncer que se estima deben existir en el país (unos 24.000); el número de camas hoy ocupadas por estos casos debería duplicarse para alcanzar un mínimo suficiente; además, es urgente reemplazar 150 camas ya obsoletas del Instituto Nacional del Radium; también se precisan cinco a diez equipos de radioterapia profunda, además de los que existen en el país, incluyendo una bomba de cobalto; también hay que formar al personal profesional y auxiliar suficiente.

Los casos de demencia senil no encuentran cabida por falta de camas para enfermos mentales; y tampoco hay capacidad en los Servicios de Oftalmología y de Otorrinolaringología para

resolver los problemas correspondientes a estas especialidades.

Los problemas de salud de la vejez están estrechamente relacionados con el régimen de seguridad social para este grupo y con sus condiciones de vivienda, trabajo adecuado, reposo y recreación. Por ejemplo, en los países más avanzados existen hogares confortables para ancianos solos.

LOS OBJETIVOS DEL GOBIERNO POPULAR

- Garantizar al anciano la atención adecuada de sus problemas de salud, como parte del cuidado que la nación debe dedicar al bienestar de este grupo.
- Crear nuevas instalaciones para el Instituto del Radium, duplicando el número de camas con que cuenta. Adquirir los equipos de radioterapia necesarios y formar el personal que se requiere.[19]
- Aumentar las plazas para enfermos mentales en Hospitales Generales y en establecimientos especializados, con la correspondiente formación de personal.
- Programar el aumento gradual de la capacidad de los Servicios de Oftalmología, a base del empleo de "tecnólogos médicos" (optometristas), y la de los Servicios de Otorrinolaringología.
- Crear plazas en hogares para ancianos indigentes, así como proveer formas adecuadas de trabajo y recreación.
- Contribuir, en forma adecuada, a las posibilidades del país, a la investigación científica relativa a arteriosclerosis y cáncer.
- Hacer más flexible el límite cronológico del retiro por vejez, introduciendo para ello el examen médico pre-retiro

D. BASES PARA EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

EL PROBLEMA: La salud mental aparece como un todo integrante con:

- La salud general: principio de indivisibilidad físico-mental.
- La vida social de la comunidad: riqueza y menoscabo en salud mental se expresan primariamente en la vida de relación.
- La educación: coinciden los propósitos de lograr la maduración racional de la personalidad; se requieren mutuamente como técnica.

[19] En lo que respecta a médicos: ver Borrador de Planta Esquemática.

En función de lo anterior, existe un área extensa de problemas, cuya consideración requiere conocimientos y recursos en salud mental:

- Problemas médicos generales en que el componente psicógeno es el factor fundamental, estimados en un tercio de las consultas totales.
- Problemas de Patología Social con problemas psíquicos como causa o consecuencia importante: alcoholismo y beber excesivo (5 y 14% de población adulta respectivamente); aborto inducido (130.000 en el país); niños irregulares (estimado en 70.000).
- Problemas de educación especial: deficiencia intelectual, deficiencias pedagógicas, problemas psíquicos.
- Problemas sensoriales (total del 10% de los educandos).

Los problemas de salud mental, en su sentido más estricto, son de gran magnitud y en gran parte desatendidos. Fuentes oficiales estiman que de un 10 a 15% de la población requiere asistencia psiquiátrica por enfermedad mental (psicosis, psicopatía, oligofrenia, neurosis, toxicomanías). El Servicio Nacional de Salud cuenta, actualmente, en su Dirección General, con una sección absolutamente desprovista de recursos.

En el país hay, a la fecha, 4.500 camas psiquiátricas, de las cuales 3.720 están en Santiago y las demás en otras cinco zonas de las trece con que cuenta el país. Existen aproximadamente 120 psiquiatras y 25 psicólogos en el Servicio Nacional de Salud. No hay mecanismo ejecutivo explícito en las áreas o distritos para coordinar las acciones de salud mental.

Existe una conexión normativa muy débil entre especialistas en salud mental del Servicio Nacional de Salud y el resto de los técnicos y servicios, en relación con el problema de alcoholismo (Comisión asesora de la Sección de Salud Mental) e infancia irregular (sección respectiva), no así con respecto al aborto.

El Ministerio de Educación tiene una Clínica Psicopedagógica en la que no participan médicos psiquiatras, ni tiene conexiones con técnicos en salud mental del Servicio Nacional de Salud.

OBJETIVOS:

1. **Extensión de la atención a las enfermedades mentales en general:**

Dado el enorme volumen del problema y la dificultad de obtener a corto plazo una cantidad grande de recursos especializados, será preciso que la atención de los casos más simples (que afortunadamente constituyen la mayoría) sea ejecutada por los equipos de salud descentralizados que se describen en este plan. Ello está, además, de acuerdo con los principios de la atención integral. Los internistas deben abordar, especialmente, el tratamiento del alcohólico y bebedor excesivo en sus aspectos físicos, de consejo y psicoterapia superficial. Los pediatras están en situación de prevenir y de tratar, con consejos adecuados a los padres, muchos de los trastornos de conducta de los niños. La Asistente Social puede jugar un rol importante frente a los conflictos conyugales y a otros problemas interpersonales. Todos ellos deben saber reconocer o sospechar las psicosis y otros trastornos graves, para su referencia inmediata al psiquiatra. El desempeño adecuado de este rol exigirá:

a. Una formación profesional bien orientada.
b. La posibilidad permanente de interconsulta y diálogo con el especialista, para lo cual se contempla que en cada consultorio de gran ciudad y en cada hospital de ciudad intermedia haya un psiquiatra y un psicólogo.

En el plano de la especialidad, la psiquiatría debe ser considerada una rama básica de la medicina: en cada Hospital Base de Área debe haber un Servicio de Psiquiatría (aproximadamente el 10% de las camas). Ello descentralizará la atención respectiva y la hará más eficiente, más rápida, mejor engranada con los recursos de la comunidad.

Toda psiquiatría podrá ser "psiquiatría social"; es decir, tomar en cuenta los antecedentes familiares y ambientales de cada paciente y guiarlo en su rehabilitación después del alta, hasta la "reubicación" en la vida y en la sociedad.

Los establecimientos especializados existentes serán modernizados y dotados de los recursos necesarios para cumplir con su papel de verdaderos centros científicos y asistenciales de envergadura nacional.

2. Programas de atención preferente:

El más urgente e importante de éstos es el de control del alcoholismo. Este programa debe tener un carácter nacional y contar con todo el apoyo del Gobierno Central, para desplegar

las medidas que ataquen al mal en sus diferentes raíces y fases: Educación para la salud, dirigida permanente e implacablemente a todo el país, con énfasis especial en el grupo adolescente masculino. Reorientación de la producción y distribución de bebidas alcohólicas. Adecuada acción judicial y policial. Veamos:

a. Provisión de recursos de recreación, como alternativa al beber.

b. Tratamiento de los alcohólicos susceptibles, dentro del plan descentralizado descrito más arriba. Para facilitar el tratamiento deberán crearse, además, plazas de hospitalización diurna.

c. Seguimiento del alcohólico tratado, con vistas a mantenerlo en abstención y a acelerar su reubicación en la comunidad.

Para este programa se requiere, evidentemente, de la coordinación a todo nivel de los organismos de Salud con los de Educación, Justicia, Trabajo, "Servicio para la Juventud", y con las organizaciones de masas, particularmente con las juveniles y sindicales.

También merecen alta prioridad los problemas psiquiátricos y de patología social en la infancia y adolescencia, así como el rubro de los abortos inducidos; las bases de estos programas fueron expuestas en el capítulo "Atención de la mujer y el niño".

3. Se creará un Instituto de Salud Mental, con el carácter de centro multidisciplinario de investigación, que realice o coordine estudios epidemiológicos, sociológicos, psicológicos y de laboratorio relacionados con la problemática chilena en esta área

El Instituto deberá contar, para la realización de sus fines específicos, con la colaboración de los organismos ejecutivos relacionados con la atención de la salud mental.

Los resultados de sus investigaciones se pondrán a disposición de dichos organismos ejecutivos. El Instituto tendrá también el deber de colaborar con la docencia en las escuelas que preparan profesionales para la salud y para la educación.

E. LA ATENCIÓN DENTAL EN EL GOBIERNO POPULAR

EL PROBLEMA DENTAL: Como en otros aspectos de la salud, la población chilena sufre de una morbilidad oral

extraordinariamente alta: un 90% presenta alteraciones dentarias; y las más importantes entre éstas, las caries, alcanzan la astronómica cifra de 47 millones, en el conjunto de los chilenos.

EL ESTADO ACTUAL DE LA ATENCIÓN DENTAL: Hay en el país 2.625 dentistas (año 1960), es decir, 3.6 profesionales por cada 10 mil habitantes. Un índice comparable al de algunos países desarrollados, como Francia y Canadá. Anualmente, egresan unos 120 dentistas, lo que permite mantener dicho índice.

Sin embargo, los Servicios de Salud del sector público, en conjunto, emplean solo 943 dentistas, con un promedio de 3.35 horas de trabajo: es decir, únicamente el 15% de la capacidad de servicios profesionales odontológicos disponibles en el país. Esto, en circunstancias en que ese sector tiene la responsabilidad de atender a más del 75% de la población. Esta es una clara ilustración de la desigualdad de clase en el derecho a la salud. Este hecho crea un grave déficit en la oferta de servicios a la masa de la población; y también significa, para la mayoría de los dentistas, menos oportunidad de trabajo con remuneración estable, exclusión de la previsión social, en un régimen en que tampoco es satisfactorio el ejercicio liberal de la profesión.

Los recursos materiales con que se ejecuta la labor odontológica, en el sector público, son escasos y de mala calidad. Simultáneamente, hay equipos desocupados por falta de quien los emplee.

Se observa, hasta hoy, la falta de programación uniforme y que tenga un sentido social y racional. El uso de flúor, medida preventiva capaz de reducir un 50% la incidencia de las caries (en un plazo de cinco años), ha sido aplicado con lentitud y aún hoy alcanza solo al 63.1% de la población abastecida con agua potable; es decir, únicamente al 30% de la población del país.

Todo esto se halla en relación con el hecho muy importante de que los odontólogos, dentro de los Servicios Públicos, no participan como debieran en las decisiones y planes que conciernen a la atención dental; con frecuencia, lo relativo a los presupuestos y recursos para esta atención es injustamente postergado. La causa reside en el régimen actual, en el cual se combina la mezquindad de los recursos globales otorgados para la salud, con la falta de dirección colectiva, de democracia y de verdadero trabajo en equipo dentro de los Servicios.

EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL: Para los odontólogos de izquierda, la profesión debe tener como finalidad el logro de la mejor salud oral, como componente del bienestar de los individuos, y esto, para toda la población.

Como los recursos son limitados, es necesario orientarlos hacia aquellos grupos en que su rendimiento en términos de real elevación del nivel de salud oral va a ser mayor. **Las prioridades en cuanto a recuperación**, corresponden a:

- Urgencias (dolor).
- Escolares primarios.
- Embarazadas.
- Varones jóvenes.
- Preescolares.
- Otros grupos.

PROGRAMA DENTAL ESCOLAR: Adoptará el sistema incremental, es decir, el tratamiento completo de extracciones y obturaciones a cada generación que ingresa a primer año primario, con revisión anual posterior para tratar la incidencia (nuevas caries). En los primeros cinco años, se hará también el tratamiento completo de los sextos años. Sobre la base de encuestas de morbilidad dental hechas en Chile, y de los rendimientos aceptados para trabajo odontológico con los equipos actualmente en uso, se calcula que el programa, para todos los escolares primarios chilenos, llegará a requerir, al cabo de tres años (1967), el empleo de 682 odontólogos con seis horas diarias (incluidos supervisores o jefes).

PROGRAMA DENTAL MATERNO: El tratamiento de extracciones y obturaciones de todas las embarazadas de Chile y la colocación a este grupo de las prótesis de importancia estética, requerirá de aproximadamente 424 odontólogos de seis horas.

PROGRAMA DENTAL DE VARONES JÓVENES: Se persigue efectuar el tratamiento completo de extracciones y obturaciones a todo joven chileno, a la edad de 18 a 20 años y la colocación a este grupo de las prótesis de importancia estética. Esto significa ubicarlos a nivel de la industria, del servicio militar, del liceo, de la universidad. Se estima para ello un requerimiento de 330 odontólogos de seis horas, incluidos supervisores o jefe de equipo.

PROGRAMA DENTAL DE PREESCOLARES: Las respectivas obturaciones y extracciones requieren, en escala nacional, 183 dentistas de seis horas.

URGENCIA DENTAL E IMPREVISTOS: No serán, por supuesto, objeto de programas ni servicios especiales, salvo en lo que se refiere a la atención nocturna y de festivos en las grandes ciudades. Pero, en cada programa estarán requiriendo tiempo adicional, el cual se estima provisoriamente en un 10% sobre los programas anteriores: 162 dentistas de seis horas. Esta demanda se reducirá, a medida que surtan efecto los planes preventivos e incrementales, liberando recursos para otros grupos.

ATENCIÓN DENTAL ESPECIALIZADA: (cirugía máxilo facial, ortodoncia). Se calcula un 5% adicional sobre los programas: 81 dentistas de seis horas (incluidos jefes de servicios hospitalarios).

DOCENCIA: Actualmente, se emplea tiempo equivalente a 110 dentistas de seis horas.

PLANIFICACIÓN Y ASESORÍA: En los niveles nacional y zonal, se requieren 17 odontólogos (con preparación en salud pública). En cada zona, estos asesores contarán con un comité de tres consejeros *ad honorem*, elegidos por las organizaciones de los odontólogos locales.

NECESIDADES TOTALES PARA LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS: 1.889 odontólogos de seis horas, a alcanzar a comienzos de 1967. Ello significa cuadruplicar las plazas actuales de todo el sector público. Se entiende que los tratamientos de periodoncia, en los grupos de prioridad, están contemplados en los programas respectivos.

OTROS SERVICIOS: Gracias a la racionalización del trabajo y a la aplicación de medidas preventivas, el Gobierno Popular dispondrá de recursos para proporcionar atención a otros grupos fuera de los mencionados y para efectuar cierto número de otros tipos de atención más costosos, como prótesis y otros. Por ejemplo, de la cantidad de dentistas previstos para los programas de prioridad, muchos quedarán disponibles gracias a:

- La fluoración del agua.
- Los efectos del sistema incremental.
- El uso de equipos de alta velocidad; de mayor rendimiento por empleo de personal.
- Auxiliar suficiente;
- La disminución gradual de las urgencias.

Los dentistas escolares tienen tiempo disponible en las vacaciones escolares, el cual puede destinarse a complementar la atención de obreros y empleados. Finalmente, además de la cantidad de 1.989 cargos previstos, como mínimo, es posible contratar a un número adicional de odontólogos, ya que éstos son 2.600 en el país.

Otros recursos humanos:

» Auxiliares dentales: Es preciso contar con uno por cada dentista de seis horas.
» Higienistas dentales: Se formarán, en cursos cortos (4 meses), con la perspectiva de tener, en corto plazo, una cifra de 200 higienistas.
» Equipos: Se modernizarán. Para dar flexibilidad a la atención de obreros y escolares, se dispondrá de equipos portátiles; para la atención rural, de equipos móviles.
» En caso de ser necesario, se contratará a los odontólogos para prestar sus servicios en sus consultorios particulares.
» Laboratorios dentales: Serán adaptados a las necesidades de la programación.

Las acciones dentales preventivas:

La fluoración del agua potable se acelerará para que alcance en el plazo de un año al total de las personas abastecidas con agua potable. En zonas sin este suministro, se utilizará fluoración tópica en escolares (hecha por higienistas dentales) o administración de tabletas de flúor en escuelas y Jardines Infantiles.

El examen sistemático de la dentadura de los escolares y otros grupos permitirá ejecutar en ellos medidas de profilaxis; éstas pueden ser confiadas, en cierta medida, a higienistas dentales.

La educación sanitaria incorporará, en todos los niveles, tanto en el sistema de salud como en el Ministerio de Educación, nociones relativas a salud dental.

La organización de la atención dental:

Se tenderá a la integración de los Servicios de Salud del sector público, como única manera de planificar eficazmente y de reducir la administración. Dentro de tal servicio, puede plantearse la siguiente distribución geográfica de la atención dental para el total o la gran mayoría de la población.

Medio urbano:

1. En las escuelas: programa escolar.
2. En los Consultorios Distritales: embarazadas, preescolares, atención del dolor, algunos escolares.
3. En las industrias, regimientos, universidades: varones jóvenes.
4. En los hospitales: atención especializada, atención del dolor.

Medio rural:

Uno o dos odontólogos en cada Hospital Rural; esto implica la creación de un Servicio Odontológico Social Rural, en condiciones y con incentivos similares a los de los médicos.

En cuanto a las líneas de autoridad, lo más importante será hacer funcionar el principio de la dirección colectiva en todos los niveles: ello eliminará la subordinación de unos profesionales a otros en materia de planes y presupuestos.

La sección de Odontología, a nivel nacional, tendrá la exclusiva responsabilidad de la preparación de los planes de atención dental dentro del país. Su jefe será miembro del Consejo Técnico Nacional. Los asesores zonales de Odontología tendrán la exclusiva responsabilidad de adaptar los programas de atención dental a la realidad local y de asesorar a todos los odontólogos de la zona.

El programa de salud del Gobierno Popular prevé, además, la participación de los Comités Gremiales de las distintas profesiones en la discusión de los programas y de la marcha de los servicios.

El financiamiento se basará en presupuestos fundamentados en los Programas de Acción Dental, mismos que no podrán ser reducidos arbitrariamente, ni destinados a otros fines. Para la atención de grupos no prioritarios o la prestación de servicios costosos, como prótesis y otros, podrá contemplarse una tarifa, relacionada con los ingresos del cliente.

La formación profesional del odontólogo: Debe ser planificada en relación con las necesidades nacionales, con énfasis en las formas de prevención y tratamiento que se realizarán masivamente, según se desprende del presente

proyecto. El egresado debe estar en condiciones de afrontar inmediatamente todos los tipos de atención de la práctica corriente.

3.2.2 PREVENCIÓN CONSIDERADA A NIVEL DE COMUNIDAD

3.2.2.1 EPIDEMIOLOGÍA

A. ASPECTOS GENERALES

La doctrina y la práctica de la medicina preventiva serán removidas de la posición desmedrada en que han sido mantenidas por los Gobiernos reaccionarios. Un Gobierno Popular comprende que la idea preventiva debe presidir todas las acciones relacionadas con la salud, con los siguientes objetivos generales:

- Mejorar o fomentar la salud general (educación sanitaria y alimentación).
- Erradicar o controlar las enfermedades de mayor importancia, especialmente las enfermedades profesionales y los accidentes, con la sola limitación que la ciencia médica y la técnica actual determinen (Epidemiología y Medicina del Trabajo).
- Modificar sustancialmente el ambiente, de manera que puedan impedir el desarrollo de estas enfermedades por medio de la ejecución de obras sanitarias y la adopción de diversas medidas de saneamiento ambiental, industrial, higiene escolar y control de alimentos.

En un nuevo marco social y ya en las primeras etapas del Gobierno Popular, se espera observar un descenso de las tasas de morbimortalidad y una prolongación de la expectativa de vida. Estos son los mejores indicadores de la eficacia de la acción preventiva.

Conscientes de que las transformaciones o los cambios cualitativos de un organismo vivo son el resultado del juego de factores ambientales sobre el individuo, en último término de los niveles de vida, cualquier plan de acción que se pretenda poner en práctica deberá estar entroncado a acciones paralelas de mejoramiento de estos niveles.

De otra manera, toda acción se va a esterilizar o menoscabar en su eficacia y no podrán conseguirse los cambios epidemiológicos en gran escala que se exigen.

Para cumplir con estos propósitos se requerirá de una organización de los recursos y del trabajo médico-sanitario que satisfaga plenamente las necesidades de salud de la población. Será urgente lograr un cambio en la actitud y en la acción, que rompa los moldes tradicionales y que permita emprender con decisión y con audacia formas de trabajo revolucionarias en su método y destinadas a romper círculos viciosos que conducen a la enfermedad y que traban toda acción efectiva. Al mismo tiempo, el Gobierno Popular aumentará los recursos presupuestarios para acciones preventivas. Solo una acción que conduzca al aprovechamiento máximo de los recursos existentes y de aquellos potenciales que representa el pueblo, será capaz de llevar a cabo una empresa de esta magnitud.

En una primera etapa, será necesario, dada la limitada disponibilidad de recursos actuales, capacitar personal sanitario rápidamente para aquellas zonas donde no exista o lo haya en forma insuficiente. En este aspecto, será indispensable adiestrar en forma intensiva, y en un período corto, a médicos, personal de colaboración médica y auxiliar para cubrir las necesidades en este orden de funciones.

Actualmente, se cuenta en el país con cuatro epidemiólogos de tiempo completo a nivel nacional (que se consideran suficientes); y con cinco a nivel zonal (se requieren trece para cubrir todas las zonas del país). A nivel local (área), se dispone de solo seis epidemiólogos a tiempo completo y dieciocho clínicos que cumplen funciones epidemiológicas en una parte de su jornada. En un plazo corto, parece perfectamente factible la formación de los epidemiólogos zonales que faltan, no así la totalidad de aquéllos de áreas, sin perjudicar otros campos de la Medicina. Se propone ir dotando gradualmente de este personal a las diferentes áreas, dando preferencia a aquéllas más pobladas y a aquéllas con mayores problemas epidemiológicos, mientras en las restantes se entregan estas responsabilidades a un clínico (a tiempo parcial) o al jefe de área.

Paralelamente, será preciso liberar los recursos potenciales que significan las masas organizadas. Será necesario proceder a un adiestramiento intensivo, breve y sencillo en los diferentes niveles en que estas organizaciones actuarán (nacional, zonal y local), para luego entregarles tareas y responsabilidades concretas epidemiológicas que serán controladas y orientadas técnicamente por el personal sanitario. Se señalan algunas de estas funciones, fundamentalmente educativas y ejecutivas:

- Notificación de enfermedades transmisibles.
- Orientación sobre medidas inmediatas a seguir frente a ellas. Divulgación sobre acciones preventivas a realizar.
- Participación activa en campañas o en programas de control (realización de algunas inmunizaciones, comenzando por aquéllas que no ofrezcan riesgo alguno, por ejemplo, vacuna Sabin).
- Participación activa en tareas de sanear el ambiente (eliminación de basuras, moscas, extensión de redes de agua, etc.); y cooperación en otras tareas que el organismo sanitario determine.

Representarán, por lo tanto, elementos permanentes de conexión entre el organismo de salud y su propia organización. Asimismo, la capacitación de personal técnico para las tareas de prevención se hará conforme a las siguientes características generales:

1. Cursos intensivos de duración de entre cuatro y ocho semanas, con acento práctico y utilizando métodos de enseñanza activa.
2. Establecer varios niveles: cursos básicos, de nivel medio y superior. Los egresados de un curso, después de una práctica de terreno, tendrán opción a seguir cursos de nivel superior.
3. Los cursos avanzados y de mayor jerarquía profesional se darán preferentemente en Santiago y otras ciudades mayores. Los cursos básicos y de niveles intermedios se darán preferentemente en la localidad misma donde trabajen los alumnos, a fin de adecuar la enseñanza o identificarla con el medio
4. El Ministerio de Salud y la Universidad de Chile deberán dar atención preferente y destinar recursos crecientes para becas, viáticos, gastos de transporte y otros que hagan factible el desarrollo expansivo de la capacitación.

Para estos fines, las instituciones participantes deberán reducir temporalmente otras actividades docentes de menor urgencia y dar prioridad a las tareas de capacitación rápida a gran escala. Los contenidos educativos serán despojados de toda teoría superflua y académica, para circunscribirse a las necesidades inmediatas. Los métodos de enseñanza deberán ser profundamente modificados, en busca de procedimientos ágiles, activos y prácticos, que estimulen la incorporación de elementos jóvenes a la docencia y una renovación de los

cuadros, en concordancia con la nueva realidad.

La capacitación de personal sanitario y voluntario a gran escala exigirá el empleo intensivo de los actuales recursos docentes (Escuela de Medicina, de Salubridad, de Enfermería, de Obstetricia, Servicio Social, Servicio Nacional de Salud, Instituto Bacteriológico, Colegios Universitarios Regionales, etc.).

A nivel local, jugarán un rol destacado los Comités Populares de Cuadra, las Juntas de Vecinos, Centros de Madres, sindicatos u otras organizaciones que incluyan las responsabilidades de salud entre las diferentes funciones a cumplir.

Se estima que, en los niveles provinciales o regionales, el médico epidemiólogo debe asumir funciones generalizadas de medicina preventiva y constituirse en el técnico en quien confluyen todas las líneas relacionadas con estas funciones: enfermedades venéreas, tuberculosis, zoonosis, problemas de saneamiento ambiental, etc. En esta forma, dotado de una visión integral de los asuntos preventivos que se refieren al binomio hombre-ambiente, este técnico en salud se debe transformar en un promotor de acciones preventivas (higienistas). Para ello, debe utilizar todos los recursos técnicos, humanos y aquéllos que el pueblo mismo le brinde. Si la cobertura resultara exagerada para un solo individuo, nos parece que la solución no consiste en delimitar su campo, sino en multiplicar progresivamente el número de epidemiólogos. Al mismo tiempo, hay que liberarles de tareas burocráticas superfluas que entorpecen y desvirtúan su función. El estímulo que significa un trabajo integrado y la posibilidad de dar cursos breves (8 semanas) hacen pensar que es factible incrementar el número de estos técnicos.

No podrá concebirse un Plan de Salud independiente, aislado, sino como un sector —aunque imprescindible— de un plan nacional, regional o local de desarrollo económico. Por estas circunstancias, y porque los Gobiernos locales serán quienes dirijan estos planes, las acciones en salud, y muy especialmente las de protección, deberán estar permanentemente ligadas a la política local. Los directores de las áreas locales de salud o, en su defecto, los epidemiólogos, deberán formar parte de estos Gobiernos, al igual que otros sectores, como miembros permanentes. De esta forma, la labor médico-sanitaria se desarrollará armónicamente dentro de una política coordinada y realista, que tenga como único fin el bienestar de todo el pueblo. Será posible de esta manera llegar a concebir y realizar

actividades planificadas donde estén representados todos los sectores y donde sean las prioridades las que guíen y distribuyan los recursos. Así, por ejemplo, una campaña contra las diarreas en un momento dado; o de alfabetización en otro, serán las que concentren recursos, esfuerzos y orienten la política a seguir.

Se señalan a continuación aquellos problemas epidemiológicos que deberán ser objeto de una acción inmediata y que con el carácter de campaña a cargo de Comités Ejecutivos *ad-hoc* pueden ser eficazmente controlados. Dentro del complejo mosaico de problemas de salud, se destacan dos: diarreas infantiles y tuberculosis, como aquéllos que reclaman una acción urgente. Se destacan estos dos problemas ateniéndose a varios criterios de prioridad: la magnitud y naturaleza de los daños; la existencia de adelantos científicos que un Gobierno Popular tiene la responsabilidad de hacer llegar hasta las masas postergadas por los Gobiernos anteriores; pero lo más importante, que estos problemas gravitan seriamente sobre el pueblo y es mandatorio acometer acciones a fin de obtener un alivio inmediato. El seleccionar dos problemas de extrema urgencia no significa en manera alguna descuidar las acciones restantes.

B. DIARREAS INFANTILES

Chile tiene una elevadísima cifra de mortalidad infantil, con un total superior a las 30 mil muertes en menores de 1 año. Por lo menos la tercera parte, o sea, 10 mil muertes se deben a diarreas. El impacto de estas infecciones continúa dentro del primer quinquenio, de tal modo que el tamaño real del problema resulta incalculable.

Las diarreas infantiles representan el índice más genuino del subdesarrollo. La prevención de diarreas infantiles debe seguir, bajo el Gobierno Popular, una escala de niveles operacionales en sentido inverso a su historia natural. La secuencia es la siguiente:

(1)	(2)	(3)	(4)
Niño sano	**Infectad**	**Enfermo**	**Muerte**

En un esquema ideal, el conjunto de medidas preventivas debería mantener al niño en la fase primera de salud. Sin embargo, el complejo encadenamiento de factores socio-económicos y culturales, que gravita sobre las diarreas de la

infancia, obliga a plantear niveles de prevención, empezando por evitar las muertes. En consecuencia, los niveles o secuencias de prevención serán los siguientes, en plazos cuya duración dependerá del éxito en los planes integrales de salud y desarrollo económico:

- **Objetivo del primer nivel:** evitar que los enfermos mueran; esto es, salvar vidas.
- **Objetivo del segundo nivel:** evitar que los niños infectados enfermen; esto es, elevar la resistencia frente a los microorganismos patógenos.
- **Objetivo del tercer nivel:** evitar que los niños sanos se infecten; esto es, modificar sustancialmente el ambiente.

Se enumeran las medidas generales sugeridas para el cumplimiento de estos tres objetivos:

1. Primer nivel de prevención:

Se hace presente que las diarreas infantiles presentan un brote estival, que se inicia en noviembre y cubre todos los meses cálidos hasta marzo del año siguiente. En consecuencia, el primer problema de magnitud nacional que deberá encarar el Gobierno, en el orden cronológico y por su importancia, será el brote estival del período 1964-65. Este será un desafío para la nueva organización, que pondrá a prueba su capacidad realizadora.

Para este brote y los sucesivos, mientras se vayan afinando las técnicas de control, resulta ineludible poner en juego una serie de medidas destinadas a salvar vidas infantiles con los recursos existentes y en el estado de organización que exista al comienzo del Gobierno Popular. Será preciso para ello desplegar las siguientes medidas:

i. Declarar, a nivel de la Presidencia de la República, que las diarreas infantiles son un problema nacional de primera prioridad.

ii. Coordinar todos los recursos de salud y de otros sectores estatales (comunicaciones, educación, carabineros, ejército, empresas, etc.), hacia el fin común de evitar muertes por diarrea infantil.

iii. Reforzar los Servicios Asistenciales:

» Aumentar dotación de camas y reforzar los consultorios externos, asegurando el máximo aislamiento de los casos.

» Aumentar horas pediátricas y de personal de colaboración médica.

» Registro semanal de las muertes por área y por

establecimiento, a fin de corregir oportunamente las deficiencias.
» Evitar la disminución de oferta asistencial derivada de las vacaciones del personal, habitualmente concentradas en el verano.

iv. *Stock* de suero y antibióticos.
v. Amplia ayuda a las madres proletarias y campesinas de: biberones, detergentes, jabón y escobillas,
vi. Campaña educativa en todos los niveles, utilizando radio, cine, televisión, prensa, *afiches*, lienzos, volantes, charlas, altoparlantes, concursos.
vii. Lo más decisivo, movilización popular en torno a la consigna de salvar vidas.

2. Segundo nivel de prevención

Una vez superada la etapa anterior, cuando empiece a declinar el brote epidémico estival de diarreas infantiles, deberían ponerse en marcha sin dilación la acción permanente y progresiva de los equipos descentralizados de salud, suplementada con las siguientes medidas tendientes a mejorar el estado nutritivo de la población infantil:

a. La puesta en práctica del programa (esbozado en 3.2.1.2 a) de distribución de leche suficiente a las embarazadas y a los niños, reservando para este grupo la cuota necesaria dentro de la producción nacional: estanco de la leche.
b. Establecer a lo largo del país una cadena de cocinas de leche, para fines de demostración y educación de las madres en materia de higiene de la alimentación infantil.
c. Programa sostenido de educación sanitaria, a través de todos los medios de vasto alcance popular (prensa, radio, televisión, cine).

3. Tercer nivel de prevención

Paralelamente con las acciones anteriores, se debe impulsar la ejecución de medidas de mejoramiento ambiental, en primer lugar, aquéllas de bajo costo en que la población puede colaborar, seguidas de aquellas otras medidas que forman parte de un plan integral de desarrollo (Véase 3.2.2.3.: Saneamiento Ambiental).

Ello debe ser complementado con:

a. Rebajar los costos de cocinas, refrigeradores y toda

suerte de utensilios relacionados con la alimentación infantil.

b. Corrección de defectos en las viviendas y plan general de construcciones que proporcione alivio, en plazos mínimos, a la angustiosa situación actual: ocupación de casas deshabitadas, habilitación de viviendas colectivas, expropiación de inmuebles que no cumplen función social.

Paralelamente a estas acciones prácticas, deberá estimularse el desarrollo de estudios clínicos, epidemiológicos y bacteriológicos que contribuyan a perfeccionar el cuadro diagnóstico de la situación, a evaluar los cambios producidos y que permitan una mejor orientación de las técnicas de control.

C. TUBERCULOSIS

En este campo, la organización actual ha sido incapaz de cumplir con los objetivos esenciales de un programa, objetivos que son:

a. Disminuir sustancialmente los casos existentes;
b. evitar la producción de nuevos casos, y disminuir los focos extrahumanos.

Para cumplir el primer objetivo, se necesita, ante todo, lograr la pesquisa de todos los casos, para lo cual el Movimiento Popular pondrá en juego toda la colaboración y la educación de las masas, así como los recursos técnicos indispensables.

Todo enfermo activo pesquisado será tratado. La hospitalización será la regla en el caso de los enfermos residentes en áreas rurales. En cambio, la proporción de hospitalizados residentes en áreas urbanas se mantendrá o reducirá, gracias a un perfeccionamiento en la indicación y en el control de tratamientos ambulatorios y domiciliarios. La educación de los enfermos, la colaboración de los voluntarios responsables de salud y la adopción de las más modernas técnicas terapéuticas, con apoyo constante de la radiología y el laboratorio, permitirán el éxito de dichos tratamientos ambulatorios. Para permitir hospitalizaciones oportunas, se repararán y habilitarán los edificios hospitalarios actualmente desocupados, especialmente en provincias. En otros lugares, se construirán pabellones de material ligero para completar la capacidad necesaria.

El tratamiento de los enfermos debe estar a cargo, fundamentalmente, de internistas y pediatras, en lo que se refiere a su respectiva población a cargo. El tisiólogo debe ser

considerado como un especialista que actúa en determinados centros de mayor jerarquía técnica, donde resuelve interconsultas, trata casos de mayor complejidad y asesora programas regionales o locales.

El segundo objetivo, evitar la producción de nuevos casos, exigirá: el examen y control médico de los contactos, tanto en área rural como en área urbana:

a. El examen anual de todos los escolares;
b. el examen anual de los nuevos contingentes de trabajadores;
c. la aplicación de BCG en las maternidades y Consultorios Infantiles, y el examen tuberculínico anual de los lactantes y preescolares;
d. el examen radiológico, como parte del control de puerperio. De mucha importancia para poner en ejecución estos procedimientos es la preparación en esta materia de suficientes auxiliares de enfermería.

Un miembro del Departamento de Epidemiología debe ser jefe nacional de la acción antituberculosa, con las atribuciones necesarias. De él dependerá un Servicio Central de Radiología y un Registro Nacional de Tuberculosis. Dispondrá de un presupuesto suficiente, en moneda nacional y extranjera, para la adquisición de medicamentos, BCG y PPD.

En los niveles regional y local, la responsabilidad del programa estará en manos de los epidemiólogos (higienistas), de los jefes de Servicios de Medicina y de Pediatría, de los directores de Consultorios Distritales y de los supervisores rurales.

D. OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El bajo nivel de vida, en sus múltiples componentes, favorece la producción y el mantenimiento de cifras altas de enfermedad y muerte debidas a enfermedades infecto-contagiosas. A pesar de cierto descenso experimentado en los últimos años, estas enfermedades alcanzan índices inaceptables en un medio civilizado.

DIFTERIA:

Como expresión de hacinamiento, desnutrición y de la migración de masas rurales a los centros urbanos, el país ha venido sufriendo un estado epidémico de difteria, con sobre 1.000 casos y 800 muertes anuales. Para remediar la situación, el SNS

ha hecho un esfuerzo considerable por vacunar masas de niños. Sin embargo, los resultados no guardan relación con el esfuerzo, porque necesariamente se siguen los moldes tradicionales de trabajo, luchando contra las trabas burocráticas y la escasez de recursos, sin poder incorporar activamente al pueblo mismo en la tarea. Será preciso estudiar un plan intensivo que en plazo corto permita vacunar a la masa de niños susceptibles, utilizando vacuna mixta anticoqueluche diftérica. Si bien la coqueluche (tos ferina) ha declinado en importancia, sigue constituyendo un factor de mortalidad infantil y representa un problema grave para niños pequeños.

El SARAMPIÓN:
Causó 2.445 muertes en 1962, la mayoría de criaturas. El SNS inició un programa de vacunación en 1963, que sigue en operación. El sarampión mata preferentemente a niños de la clase obrera, en áreas desprovistas de atención médica y, especialmente, en el sur de Chile. Si bien la vacuna es excelente, no se puede concebir resolver el problema del sarampión con ella.

Ninguna vacuna aisladamente podría resolver problemas de salud. A lo sumo serviría para disimular o atenuar el efecto del hambre, la pobreza y el desamparo en que vive nuestro pueblo. Un organismo desnutrido no tiene capacidad de reaccionar y formar anticuerpos. Solamente cuando se hayan obtenido cambios sustanciales en el marco socio-económico, podrá esperarse que las vacunas produzcan un rendimiento máximo. Mientras tanto, el primer año deberá mantenerse el programa de vacunación.

LA POLIOMIELITIS:
Azotó el país en 1961 en forma epidémica, lo que movió a las autoridades sanitarias a ejecutar un programa masivo de vacuna oral Sabin. Los resultados fueron espectaculares al comienzo, pero en 1964 se produjeron nuevos casos, debido a la falta de continuidad del programa. La vacunación masiva demostró cómo el pueblo representa una fuente inagotable de recursos, que solo un Gobierno Popular será capaz de canalizar. Sin embargo, fracasó debido, fundamentalmente, a los vicios inherentes a una estructura política y social de tipo reaccionario.

Cuando la prioridad de la poliomielitis lo justifique, dentro del conjunto de problemas de salud, será preciso organizar campañas repetidas anualmente, a fin de proteger con vacuna

oral por lo menos al 80% de los niños susceptibles menores de 7 años.

De las otras enfermedades, se deben mencionar las Zoonosis, que gravitan seriamente sobre el hombre de dos maneras:

1. Por ser transmisibles, causan morbilidad y muertes humanas.
2. Causan serias pérdidas en la producción de alimentos.

Estas dos fuertes razones deben llevar al Gobierno Popular a coordinar en forma efectiva todos los recursos de agricultura, ganadería, salud, para así controlar al menos las principales zoonosis. Merecen prioridad las siguientes: Brucelosis, Carbunclo, Tuberculosis del ganado, Triquinosis, Hidatidosis y Rabia.

Este rubro nos lleva a considerar las tareas y responsabilidad de los veterinarios en un Gobierno Popular. La expresión más noble y elevada de la Medicina Veterinaria consiste en proteger y fomentar las fuentes de producción de alimentos, precisamente aquéllos de naturaleza proteica: carnes, huevos y leche.

Se ha establecido que en Medicina Humana debe ponerse énfasis en las acciones de prevención. El mismo énfasis adquiere un significado crucial en Medicina Veterinaria, que debe ser la esencia misma de la prevención.

Debe advertirse que la rabia animal muestra ciclos cada cinco años y que el próximo brote enzoótico se espera para 1965, precisamente al comienzo del Gobierno Popular. Es otro desafío para liberar cursos a través de programas masivos de vacunación animal, de eliminación de perros sin dueño y otras acciones preventivas. Las zoonosis, en conjunto, representan un problema intersectorial, que debe ser abordado de manera armónica por los técnicos de salud y el grupo agropecuario.

De las infecciones entéricas, aparte de las enfermedades diarreicas agudas, se destaca la tifoidea, que se mantiene estacionaria con elevado nivel endémico. Su eliminación depende de la ejecución de grandes obras de saneamiento, por una parte; y de una adecuada atención epidemiológica de los casos, por otra.

3.2.2.2 INSTITUTO BACTERIOLÓGICO

Otro recurso indispensable en las acciones preventivas está representado por el Instituto Bacteriológico. En la actualidad, existen en el país laboratorios orientados, en su mayoría, hacia la función curativa. En una próxima etapa, será necesario contar con laboratorios regionales capacitados para hacer diagnósticos médico sanitarios y que, paulatinamente, vayan adquiriendo otras responsabilidades, hasta cumplir con el papel de coordinadores, supervisores y de formación de personal auxiliar que les corresponderá en el futuro.

Se señalan, a continuación, algunas de las funciones principales que deben corresponder al Instituto Bacteriológico en el Gobierno Popular:

A. Funciones normativas de asesoría y supervisión.
B. Investigación (bacteriología, virología, nuevas técnicas de diagnóstico).
C. Docencia (formación de bacteriólogos, adiestramiento de otros técnicos).
D. Diagnósticos específicos de alta complejidad (virólogos y algunos bacteriólogos).
E. Elaboración de vacunas y otros productos biológicos.
F. Producción de medios de cultivo.

La reorganización del Instituto Bacteriológico perseguirá convertir a la institución en un centro técnico del Servicio Nacional de Salud, consagrado a la tecnología microbiológica, aplicada al conocimiento y control de las enfermedades transmisibles. Siendo un Departamento de la Subsecretaría de Protección de la Salud, actuará en estrecha relación con el Departamento de Epidemiología.

Habrá, por tanto, dos secciones fundamentales: Sección de Microbiología y Sección de Bioquímica.

1. La Sección de Microbiología realizará sus estudios a través de laboratorios de Bacteriología, Inmunología y Virología.
2. La sección de Bioquímica tendrá a su cargo la obtención de preparados biológicos empleados en el control de las enfermedades infecciosas. Para dichos fines, desarrollará laboratorios adecuados, a escala semi industrial, de productos que requieren una técnica particularmente cuidada y rigurosa, como son las vacunas y los sueros antitóxicos.

Aparte de las secciones técnicas mencionadas, la Dirección del

Instituto Bacteriológico de Chile tendrá a su cargo la asesoría de los centros diagnósticos de los hospitales del país, en los aspectos que son de su competencia.

El Instituto Bacteriológico ha sido, además, un precursor de la industria farmacéutica nacional. Bajo el Gobierno Popular, se dará a este rubro, que consideramos de vital importancia para el país, un poderoso impulso.

Estas actividades son de un carácter totalmente distintas de las primeras analizadas. Podrán permanecer, provisoriamente, en el Instituto Bacteriológico de Chile, en una "División de Desarrollo Farmacológico"; pero deben regirse según principios de técnica industrial y no interferir con las labores específicas del Instituto Bacteriológico. Posteriormente, deberán adquirir la autonomía que corresponderá a su volumen e importancia.[20]

3.2.2.3 BASES PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE HIGIENE AMBIENTAL

LOS PROBLEMAS:

Agua y excretas: Únicamente el 23% de la población urbana dispone de agua potable, y solo un 51.6%, de alcantarillado. De los 2.5 millones de habitantes de áreas rurales, solo 5% tiene abastecimiento de agua y apenas un 4% cuenta con un sistema aceptable de eliminación de excretas.

- Basuras, insectos y roedores: Se estima que en Chile quedan 2.500 m^3 de basura al año sin tratamiento alguno. El resto es tratado de manera deficiente; tampoco son satisfactorias la recolección domiciliaria y el transporte.
- Control de alimentos: Solo 35% de establecimientos dedicados a la industria y comercio de alimentos tuvieron una calificación sanitaria satisfactoria, (1961). En 1962, se encontró contaminación fecal en el 22% de las muestras de alimentos en Santiago.
- Viviendas y otros locales: Es sabido que faltan en Chile 500.000 viviendas y que el déficit tiende a aumentar. Por otra parte, el 31.5% de la población urbana y el 52.7% de la población rural utilizan "viviendas" clasificadas como malas o insalubres. Son también numerosos los locales escolares malos o insalubres.

Este conjunto de factores delinea el marco de elevado peligro

[20] Una Comisión Intersectorial de OCEPLAN elabora en profundidad este aspecto.

ambiental en el que vive el pueblo de Chile. Las consecuencias para la salud se reflejan, especialmente, en las elevadas tasas de infección con su cortejo de desnutrición y de accidentes e intoxicaciones.

LAS BASES DE MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA

Recursos: El Gobierno Popular deberá conceder a las obras de saneamiento básico los recursos necesarios para que se completen a través del país en un plazo prudencial. El establecimiento de los programas deberá guiarse, fundamentalmente, por las necesidades de salud. Se contemplará tanto el saneamiento de las áreas urbanas, como un plan especial para las áreas rurales, que se base en las captaciones locales de agua con sencillos sistemas de distribución.

Se arbitrarán recursos y atribuciones legales que permitan proceder, sin demora, a la canalización o cegamiento de acequias urbanas que sean factor de insalubridad, así como al abovedamiento de los canales que representan peligro para los niños. También se arbitrarán recursos para que los Gobiernos locales (municipios) puedan cumplir eficientemente con su responsabilidad en la recolección y transporte de basuras, en el aseo de calles, plazas, así como en la eliminación de los focos de insectos y roedores. Todo ello con la asesoría del SNS.

Organización: Se irá a una simplificación de estructuras en lo relacionado con la planificación, ejecución y administración de las obras sanitarias, eliminando así la dispersión actual de responsabilidades.

Se creará el Comité Nacional de Higiene Ambiental, con participación de las secciones respectivas del Ministerio de Salud, del Ministerio de Obras Públicas y del de Hacienda, así como de las organizaciones de masas, con el objeto de elaborar e impulsar el Plan Nacional de Obras Sanitarias.

En lo que respecta al Servicio de Salud, éste se encarga, actualmente, de efectuar conexiones domiciliarias de agua potable y alcantarillado, así como de instalar letrinas sanitarias, todo ello con créditos para los vecinos. Esta labor, desarrollada por Talleres Sanitarios, es de gran importancia y recibirá los recursos que hoy le faltan para alcanzar el volumen necesario de operación y para otorgar plazos mayores de crédito en casos

calificados. Se establecerá el cobro mensual de estas obras, junto con la tarifa de agua potable. En un Gobierno de Planificación Popular, no habrá dificultad en obtener coordinación con la Corporación de la Vivienda y con Obras Sanitarias. Se podrá así obtener que CORVI proyecte poblaciones con el saneamiento incluido; en lugar de crear problemas de saneamiento, como ocurre hasta hoy.

En cada Zona de Salud y en cada Área de elevada población, deberá existir un pequeño equipo profesional responsable de desarrollar la promoción del saneamiento ambiental. Este equipo se coordinará con los demás profesionales dedicados a programas de protección y fomento de la salud, a través del médico-higienista ("epidemiólogo") de la Zona o Área. El equipo profesional de saneamiento estará compuesto por veterinarios y/o constructores civiles, según las características del problema en cada región. En la Dirección General y en zonas con gran volumen de problemas, se emplearán asesores especializados (ingenieros u otros).

En el terreno, se procurará contar con un número suficiente de inspectores de saneamiento de formación adecuada. Estos funcionarios carecen, actualmente, de perspectivas de progreso dentro del servicio. Sus funciones aparecen mal definidas, porque incluyen tareas administrativas y otras de carácter rutinario, las cuales podrían ser efectuadas por otros funcionarios o por los responsables de salud de las organizaciones de masas. Para resolver esta situación, los inspectores de saneamiento recibirán en adelante una formación intensiva, en uno o dos años, con lo cual adquirirán calificación de técnico. Se ubicará a uno o dos de ellos en cada Consultorio Distrital y en cada Hospital-Consultorio de ciudad, de provincia, o departamento, donde podrán asesorar efectivamente al médico-director o al subdirector a cargo de Higiene y Epidemiología. Se les liberará de funciones superfluas de escritorio. En la labor de terreno, contarán con movilización y la integrarán con la que realizan Enfermería y Servicio Social, a fin de eliminar la duplicación en las visitas. Los inspectores con formación de dos años podrían, de acuerdo con sus méritos, realizar cursos de perfeccionamiento ulterior que los coloquen en un nivel profesional y les den acceso a las Jefaturas o Asesorías de áreas mayores, de zonas y de nivel nacional. Por su parte, también los constructores civiles y los veterinarios deben recibir cursos que complementen sus conocimientos en aquellos aspectos que son específicos de la promoción del saneamiento ambiental en un Servicio de Salud.

Rol de la población organizada: El saneamiento ambiental constituye una de las tareas en que más pueden aportar los vecinos y, especialmente, las organizaciones de masas, informadas a través de los Consejos Populares de Salud. La participación es indispensable para el éxito de tareas como la adecuada disposición de basuras, la eliminación de focos de insectos y roedores, la higiene y reparaciones menores de la vivienda y locales escolares, así como la difusión de una actitud adecuada respecto al control de alimentos.

3.2.2.4 BASES DEL PROGRAMA NACIONAL DE HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

EL PROBLEMA:

Los grupos afectados:

Chile tiene una población activa de 2.356.000 habitantes, de acuerdo con el censo de 1960; pero son solo 1.435.000 personas, que corresponden al sector de trabajadores de actividades de la producción y servicios, las que están realmente expuestas a los riesgos del trabajo. Las consecuencias de estos riesgos, sean accidentes o enfermedades profesionales, son conocidas solo en una parte de este sector, aquél que corresponde a los obreros asegurados contra estos riesgos, los cuales alcanzan el 54.2% de los obreros imponentes del Servicio de Seguro Social en actividades de la producción y servicios. El resto de la población activa, que incluye al grupo de asegurados obreros domésticos, de otros servicios y de actividades no clasificadas, está expuesto también a estos riesgos, aunque en menor grado, y se desconoce el número de accidentes y enfermedades profesionales que puedan sufrir.

Pero la salud del trabajador no es afectada solo por los riesgos específicos que se traducen en esas afecciones profesionales. Muchas condiciones adversas del medio de trabajo, como el calor, el frío, la humedad, las tensiones psicológicas, la falta de condiciones de bienestar y saneamiento básico repercuten también en su salud produciendo un desgaste orgánico, un envejecimiento precoz o enfermedades generales que habitualmente no se atribuyen al trabajo. Además, todas estas condiciones adversas del trabajo, junto con las deficiencias de la nutrición y los problemas ambientales del hogar, significan un impacto sobre el hombre total, que sufre así la acción conjunta del medio socio económico adverso.

LAS ESTADÍSTICAS:

En el sector obrero asegurado contra los riesgos del trabajo, las estadísticas demuestran anualmente más de 100.000 casos de accidentes y enfermedades profesionales. Estos casos significan de 400 a 500 muertes o invalideces totales; de 2.000 a 2.500 invalideces parciales; y alrededor de 8.000.000 de jornadas de trabajo perdidas "que equivalen a mantener permanentemente sin trabajo a 25.000 obreros". Estas incapacidades temporales, invalideces y muertes significaron en 1960 una pérdida de E° 726.500.000 (US $73.000.000), cifra equivalente al 10.3% del Presupuesto Nacional y al 2.3% de la Renta Nacional. Estas cifras pueden ser dos o tres veces superiores, si se aplican al total de la población activa.

Para los accidentes de trabajo, las tasas de *frecuencia* son de 10 a 12 veces más altas que las de EE.UU. En 1958, nuestra tasa era de 70.0 por un millón horas-hombre; en 1962, se ha estimado en 67.7. En esos años, EE.UU. ha logrado tasas de alrededor de 6.1. La tasa de *gravedad,* que traduce el tiempo perdido por las incapacidades, ha sido en Chile superior en 3 a 4 veces a la de EE.UU.

Las enfermedades profesionales, al contrario de los accidentes, que pueden ser denunciadas porque hay una relación más obvia de causa a efecto, son menos conocidas en su magnitud y gran número de ellas pasan como enfermedades comunes, especialmente las de la piel. Los casos típicos de intoxicaciones producidas por el plomo, el benzol o el manganeso no figuran habitualmente en las estadísticas de beneficios de las compañías de seguros. Las neumoconiosis son las enfermedades más conocidas, porque producen un gran impacto social y económico. Las más frecuentes son la silicosis, la asbestosis y las de las minas del carbón. Se ha estimado una frecuencia promedio de 10% para un total de 70.500 obreros expuestos en la minería y la industria, lo que daría alrededor de 7.000 silicosos trabajando en cualquier momento. Si se consideran los casos que se indemnizan anualmente o se retiran del trabajo, esta población de silicosos puede calcularse como dos o tres veces mayor.

De acuerdo con la experiencia internacional, el 95% de las ausencias de los obreros al trabajo se deben a enfermedades o accidentes comunes. Las estadísticas del Servicio de Seguro Social revelan que el trabajador falta al año ocho días promedio, pero se desconocen las ausencias menores de cuatro días, que

no son pagadas. Sin embargo, se sabe que estas ausencias cortas representan los dos tercios del número total de ausencias, por lo que se ha estimado que el trabajador chileno perdería en total catorce días como promedio anual por afecciones comunes.

LOS SEGUROS SOCIALES:

Al lado de los Seguros Sociales por afecciones comunes, que incluyen la participación tripartita en un Seguro Social obligatorio con protección parcial o completa del grupo familiar, los seguros contra las afecciones profesionales arrastran los defectos de los regímenes anacrónicos de responsabilidad patronal directa bajo un seguro facultativo. Así, la responsabilidad, en cuanto a las prestaciones médicas se refiere, no siempre es cumplida; por lo tanto, en un gran número de casos, el Servicio Nacional de Salud debe hacerse cargo de estas prestaciones. Además, este seguro carece de actividades preventivas y de rehabilitación, mismas que son fundamentales y son aplicadas en países desarrollados.

Los beneficios de estos seguros, diferentes a los concedidos por los Seguros Sociales de los riesgos y contingencias comunes, están basados en una responsabilidad patronal total no siempre cumplida. En el momento actual, se discute en el parlamento una ley que establecerá un Seguro Social Obligatorio para los accidentes y enfermedades profesionales, con responsabilidad colectiva. Las responsabilidades técnicas, tanto preventivas como curativas y de rehabilitación, estarán a cargo del Servicio Nacional de Salud, y las administrativas a cargo del Servicio de Seguro Social. Se estima que esta ley significará un paso más a la unidad de los Seguros Sociales; pero, desgraciadamente, la oposición de los intereses creados de las compañías de seguros se ha manifestado en una labor obstruccionista de los parlamentarios de derecha en la discusión y estudio del proyecto.

EL PROGRAMA:

La solución de los problemas de higiene, seguridad y medicina del trabajo está directamente relacionada con la producción y desarrollo industrial; con el nivel educativo y de destreza de los obreros; con las condiciones generales de vida y con el régimen de los Seguros Sociales. Cuando cualquiera de estas condiciones falla, se produce un desequilibrio que perjudica al obrero. Por ejemplo, a menor tamaño y a menor mecanización de las industrias, ellas son generalmente más riesgosas y las condiciones de higiene y seguridad más difíciles de resolver, debido a que no cuentan con financiamiento adecuado; a

menor calificación para el trabajo y menor conocimiento de sus riesgos, resultan mayores daños al obrero; a menor capacidad física y mental, provocada por la desnutrición, el alcoholismo y las condiciones nocivas del medio ambiental, tanto del trabajo como de la vivienda, resulta una mayor propensión a estas afecciones; finalmente, un seguro anacrónico que no protege adecuadamente al obrero producirá una serie de injusticias, dejando sin beneficios a muchos obreros y no estimulará las medidas preventivas que son básicas en este campo.

Por las consideraciones anteriores, el programa será obligadamente polifacético, ya que abarcará problemas técnicos diversos, económicos, sociales y previsionales. Sus líneas generales incluyen los siguientes rubros:

1. **Medidas relativas al medio de trabajo:** Modernización de las industrias, minas y agricultura, con la implantación de métodos racionales de producción, mayor mecanización y automatización y tendencia al desarrollo de unidades mayores. Planificación urbanística. Mejora de las condiciones de trabajo tanto en el saneamiento básico, higiene y seguridad industrial, como en las facilidades de bienestar.
2. **Desarrollo de asesorías especializadas de higiene, seguridad y medicina ocupacional:** Esto, en todas las zonas que se ocupen de los controles médicos de los trabajadores, tanto de ingreso como periódicos; de la higiene y seguridad ambiental y del desarrollo de los Servicios Médicos Industriales para dar una atención preventiva y curativa más expedita al trabajador. Estos funcionarios también son responsables del control de la contaminación atmosférica, problema extraordinariamente grave en Santiago.

   Asesorías similares deben existir también en las áreas de salud en que hay un gran número de industrias, así como en las regiones en que se encuentran las actividades mineras, forestales y pesqueras (véase capítulo 3.2.2.1.c).

   Concentración del personal técnico y medios de los organismos estatales dentro de una sola institución gubernamental responsable (el Servicio de Salud), para evitar duplicación y hacer una labor más efectiva.

   Aumento de la planta técnica y de los medios de

los organismos inspectores estatales, para lo cual las universidades deben incluir en sus programas estos tipos de enseñanza, y los organismos estatales deben proveer financiamiento para ofrecer sueldos adecuados a los profesionales y para adquirir los medios necesarios.

Actualmente, se cuenta solo con unos 100 funcionarios en los programas de higiene del trabajo, tanto gubernamentales como privados: hay cincuenta en el Servicio Nacional de Salud. Ellos son insuficientes para ayudar eficazmente a disminuir los daños aquí analizados; esta insuficiencia se hará más notoria cuando se apruebe la Ley de Seguro Estatal Obligatorio contra Riesgos del Trabajo, ya que entonces corresponderá al Servicio de Salud la determinación de los recargos y rebajas de las primas a que estarán afectas las industrias del país, según sus condiciones de seguridad. El Gobierno Popular otorgará los recursos para formar, sin demora, a los funcionarios adicionales que los expertos piden para desarrollar un programa mínimo, y que son cuarenta personas adicionales a tiempo completo ubicadas en el Servicio de Salud, llegando así a tener, en total: 14 médicos, 19 ingenieros, 25 técnicos de seguridad y 32 funcionarios de otras calificaciones. Para suplir la deficiencia de personal profesional especializado, se dictarán cursos breves a diversos niveles, para formar una "consciencia de seguridad" a través del país. En otro sentido, se "ahorrarán" médicos e ingenieros, dando cabida a otros profesionales, principalmente técnicos químicos y mecánicos, cuya formación deberá complementarse con adiestramiento teórico y práctico.

3. **Organización y educación de los trabajadores:** Desarrollo de comités de higiene y seguridad en las industrias, con participación activa de los trabajadores a través de los sindicatos, los que serán asesorados por los técnicos de los Servicios Estatales, cuando los patrones no puedan proveer asesoría técnica.

Desarrollo de cursos y procedimientos educativos para aumentar la calificación de la mano de obra y la adaptación del hombre al trabajo.

Aumento de las facilidades de bienestar, de la manera de proporcionar una alimentación suficiente y un reposo

adecuado en las pausas de trabajo.

4. **Reforma de los sistemas de seguros:** Esto, de manera que los obreros tengan beneficios médicos y económicos adecuados en caso de siniestros y que haya incentivo patronal para desarrollar medidas preventivas.

   Aplicación de un plan general de rehabilitación, tanto física como vocacional, de manera que los trabajadores con incapacidad sean reubicados en otros puestos, o se les enseñe una nueva profesión (véase el capítulo 3.2.1.2.b).

5. **Protección de la mujer:** Especialmente la madre y la embarazada, evitando trabajos pesados o riesgosos, con el fin de promover jornadas parciales o reducidas y el desarrollo de Jardines Infantiles u otros procedimientos de atención de los niños (véase capítulo 3.2.1.2.A).

3.2.2.5 BASES PARA UN PROGRAMA DE NUTRICIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD

1. EL PROBLEMA DE LA ALIMENTACIÓN EN CHILE

La mayor parte de la población de Chile está subalimentada. La más reciente encuesta de nutrición efectuada en el país, la cual solo incluyó a la población urbana, indicó que, en promedio, cada persona recibe 2.200 calorías (2.500 sería lo aceptable), pero que el 37% de las familias recibe menos de 2.000 calorías por persona. El 28% de esa muestra recibía menos de 54 g de proteínas por persona. También se ha encontrado que la disponibilidad de calcio es muy baja; que hay deficiencia de vitamina A en el 50% de los niños y en cerca del 20% de los adultos; que en el norte hay carencia de vitamina C; que, además, el 22% de las mujeres adultas presenta anemia; y el 20% de la población adulta tiene un déficit de peso superior al 10% de la norma. Sabemos que la nutrición de la población rural presenta defectos aún mayores.

Las deficiencias afectan principalmente a los niños, cuyos requerimientos son proporcionalmente mucho mayores que los de los adultos y en los cuales las consecuencias de las carencias alimentarias son más graves.

La disponibilidad actual de alimentos en el país casi alcanzaría para dar un promedio suficiente de calorías por persona,

aunque con una composición cualitativa deficiente en proteínas. Sin embargo, la muy desigual distribución de la renta en el país determina también la desigualdad en la alimentación. Una minoría come con lujo. Lo que ocurre con la mayoría se refleja elocuentemente en las mediciones de los escolares primarios de colegios fiscales, los cuales pesan, a los 14 años, 12 kilos menos y miden 10 cm menos que sus congéneres de la misma edad de clase media y alta. Que ello no se debe a diferencia racial se demuestra porque tales diferencias antropométricas se reducen en grupos de niños proletarios que reciben una alimentación suplementaria que equilibra su dieta.

La desnutrición no solo retarda el crecimiento, sino que, como hemos visto, determina enfermedad y muerte en una cuantía solo comparable a la que produce en nuestro medio la infección.

El subdesarrollo del país tiene, en consecuencia, no solamente una escasa producción de alimentos. Además, un 25% de lo que se produce se pierde, no llega a ser consumido; esto se debe a deficiencias en el transporte, en el almacenamiento, en la comercialización y al pésimo saneamiento de locales y manipuladores de alimentos. Las conservas, que podrían ser una solución al problema del almacenamiento, son de mala calidad.

LOS OBJETIVOS DEL GOBIERNO POPULAR

El problema será abordado, coordinadamente, en todos sus niveles. Producir más y producir lo que se requiere; más énfasis en leche, legumbres, hortalizas, huevos, pescado. Chile puede producir para 4 o 5 veces su población actual, siempre que realice una reforma agraria verdadera. La disponibilidad de alimento debe completarse a través del comercio exterior, en un plan que se oriente por las necesidades de la salud de la masa con exclusión de delicadezas suntuarias.

Distribuir los alimentos en forma igualitaria. Necesitamos hacer realidad lo que se expresa en el lema: «*¡A comer cada uno de acuerdo con sus necesidades!*». Dentro de esta política de justa distribución, se inserta el Programa Progresivo de Dación de Leche, en cantidad suficiente y a cargo del Estado, a los niños hasta los 15 años y a las embarazadas y nodrizas. En los sitios de trabajo del campo y de la ciudad, se deberán crear restaurantes populares. En todo Chile, los almacenes deben disponer de los alimentos esenciales. Se tomará en cuenta que el costo de una

ración mínima equilibrada, en crudo, es de $742 (junio 1964), con lo que una familia de 5 personas (el promedio nacional es de 5.4) debería invertir $3.710 diarios solo en alimentos crudos. El estudio de un verdadero salario vital es lo esencial para corregir este aspecto del problema.

Resolver los problemas actuales de transporte, almacenamiento y distribución. Por ejemplo, mover anualmente a través de Chile un millón de cabezas de ganado en pie es un absurdo. Hay que crear mataderos regionales, higiénicos y transportar la carne frigorizada en carros adecuados. Hay que disponer de barcos de cabotaje bien equipados para transportar alimentos. Se debe modernizar la industria conservera y crear la capacidad suficiente en plantas deshidratadoras de leche. Hay que adecuar el saneamiento en todo local relacionado con alimentos y edificar mercados higiénicos en los barrios. Las cooperativas de chacareros y agricultores así como las cooperativas de consumo determinarán precios más justos para el productor y el consumidor y facilitarán la salida de toda la producción.

Educar masivamente a la población para que sepa comprar sus alimentos y los aproveche al máximo. Se ha hecho notar que Chile no cuenta con suficientes nutriólogos; este hecho se corregirá en el Gobierno Popular. En el desarrollo de este objetivo, no es pequeño el lugar que corresponde a la venta con facilidades y precios rebajados de cocinas seguras, de vajilla, lavaplatos y otros enseres de cocina (por medio de cooperativas sindicales y con apoyo del Estado).

Desarrollar y aprovechar los progresos de la tecnología y la investigación en el campo de los alimentos. Necesitamos saber qué suplementos alimentarios se pueden dar en forma masiva (como ya se hace con el flúor en el agua, la vitamina B1 y el calcio en la harina, y como debería hacerse con el yodo en la sal); cómo pueden aprovecharse mejor los productos como la harina de pescado, que puede reemplazar a otras fuentes de proteínas más escasas o más caras, etc.

Coordinar estos esfuerzos a través de un Instituto o Consejo Nacional de Alimentación, con representación multisectorial, que se relacione directamente con el Organismo Central de Planificación. Su primera tarea será la elaboración de un Programa Nacional de Producción de Alimentos Básicos.

En los niveles local y regional, se formarán también consejos

de producción, distribución y conservación de alimentos, con participación de productores, trabajadores, dueñas de casa y técnicos gubernamentales (agrónomos, veterinarios, técnicos en pesca, técnicos en industrialización de alimentos, médicos y profesores); su tarea inmediata será la de levantar un inventario de los recursos alimenticios regionales y locales y señalar sus posibilidades de incorporarse a la Campaña Nacional de Alimentación; posteriormente, estudiarán las potencialidades de la zona y las medidas necesarias para desarrollarlas. Los inventarios regionales serán la base del Programa Nacional de Producción de Alimentos.

3.2.2.6 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Un problema importante de la Educación para la Salud reside en que su significado no es adecuadamente comprendido. Para los técnicos de izquierda la Educación Sanitaria es el proceso de:

a. Formar en la población, considerada tanto individual como colectivamente, una conducta higiénica.
b. Transmitir los conocimientos y habilidades necesarios para participar activa y organizadamente en la solución de los problemas de salud. Esto significa que todos los funcionarios de la salud deben actuar como educadores.

Al mismo tiempo, y con fines de protección y fomento de la salud, todo el sistema formal de educación del país, desde la enseñanza parvularia hasta la universitaria, debe integrar en sus contenidos las normas básicas de una vida sana. También los elementos de información y de propaganda, nacionales y locales (prensa, radio, cine y televisión) deben dedicar una parte de sus espacios a los fines de la salud.

La educación sanitaria, entendida con esta amplitud, es un arma poderosa capaz de reducir directamente la morbilidad y la mortalidad por algunas enfermedades muy importantes; esto es válido, por ejemplo, para las diarreas infantiles (causantes de un tercio de las muertes infantiles) y también para el alcoholismo y los accidentes.

En otros rubros, es un auxiliar eficaz: campañas de inmunizaciones; diagnóstico precoz de tuberculosis, cáncer, enfermedades venéreas; mejor salud oral; campaña nacional de alimentación, etc. Pero esta herramienta, potencialmente tan valiosa, se reduce a la nada, es una caricatura de sí misma,

si no existen ciertas condiciones previas, que solo se darán en un Gobierno Popular:

1. Un Gobierno Central con real preocupación por la salud, que tome las decisiones necesarias para poner en juego todos los recursos nacionales, para golpear con los medios educativos ahí donde los técnicos lo aconsejen.
2. La democratización de los Servicios Públicos, que convierta a cada funcionario en un promotor consciente de los objetivos técnicos, libre para comunicar y desarrollar sus iniciativas; la participación de la comunidad en el manejo de las atenciones de salud y en su propia educación a través de los encargados de salud de los Comités Populares de Base y de los distintos niveles de las organizaciones de masas.

Sobre estas bases, se justifica formar los cuadros profesionales necesarios. Esta formación abarcará los siguientes aspectos:

En los organismos educacionales:

A. Desarrollo del "Plan de Integración de Salud Pública y Educación Sanitaria" en los planes de estudios de las Escuelas Normales, para que en la formación de los nuevos maestros se incluya la integración de la Enseñanza de la Salud a la formación de los futuros ciudadanos.
B. Formación de educadores sanitarios escolares en forma intensiva y en número suficiente, para que en corto plazo todas las Direcciones de Enseñanza Primaria (nacionales, provinciales, departamentales y locales) cuenten con este tipo de asesores, con el fin de que colaboren con los actuales maestros en la integración inmediata de la salud a la preparación del educando: ellos deben actuar en coordinación con los educadores sanitarios del Servicio de Salud.
C. Realización de un plan similar en la enseñanza media y con los mismos fines.
D. Incorporación de la Educación Sanitaria a la enseñanza de todas las profesiones de la salud, así como a sus prácticas docentes de terreno.

En el Servicio de Salud:

A. Formación de un mínimo de cincuenta educadores sanitarios ayudantes en el primer año de gobierno y un

número adicional en el segundo, para colaborar en las tareas locales de la promoción de salud, especialmente en su relación con los Comités Populares de Base.

B. Perfeccionamiento y reorientación de la actividad de los educadores sanitarios profesionales, especialmente para servir a los propósitos concretos del Plan de Salud del Gobierno Popular, asesorando a las Directivas Locales de Salud, orientando y dirigiendo técnicamente las actuaciones de los ayudantes y participando en la obtención de los objetivos de salud particulares a cada comunidad, de acuerdo con las necesidades señaladas por los Comités Populares de Salud.

3.2.2.7 TRABAJO CON GRUPOS Y COMUNIDAD

En la atmósfera de un Gobierno Popular, la población entera se organiza, precisamente porque está gobernando y tiene decisiones que tomar y tareas que cumplir a todo nivel. No serán ya los Servicios Técnicos los que tengan que esforzarse por "organizar la comunidad" y formar grupos. Pero los Servicios Técnicos deberán estar, a todo nivel y permanentemente, trabajando con y asesorando a las organizaciones de la masa. De este modo, el "trabajo con grupos y comunidades" deja de ser algo especial, una acción particular dentro del Servicio para transformarse en uno de los modos generales de todas las acciones médicas. No será solo asunto de las asistentes sociales, sino de todos los funcionarios.

Por su importancia, el tema fue desarrollado como uno de los principios de la Política del Servicio: "Participación de la comunidad en la gestión y ejecución de las acciones de salud". Se insiste en algunos aspectos de él, nuevamente en los capítulos de "Atención médica", "Epidemiología, "Saneamiento", y "Educación Sanitaria".

Profesionalmente, quienes dentro del Servicio deben asesorar y —en mucha medida— ejecutar junto con los equipos de salud el trabajo con grupos y comunidad, son las asistentes sociales (asesores sociales). Ellas tendrán, en el futuro Gobierno, la oportunidad de plena realización vocacional, saliendo de las limitaciones que hoy rodean su trabajo. El énfasis en los métodos que utiliza el Servicio Social cambiará. La elevación del nivel de vida de la masa reducirá drásticamente el trabajo con casos en los aspectos de miseria, cesantía, vivienda; las nuevas formas de convivencia reducirán también los problemas interpersonales.

En cambio, los métodos de grupos y comunidad tendrán una importancia creciente. El Gobierno Popular requerirá de las asistentes sociales un trabajo abnegado al servicio de las organizaciones de masas, ayudando profesionalmente y con adecuada comprensión de la orientación general del Movimiento Popular, a los dirigentes democráticamente elegidos de los organismos femeninos, sindicales, juveniles, de campesinos, pobladores, etc.

A este propósito —con el objeto de obtener el mayor rendimiento de Servicio Social y una atención más integrada respecto a la población— la mayor parte de las asistentes sociales (asesoras sociales), particularmente en los primeros años de su ejercicio profesional, deben trabajar en forma sectorizada polivalente e integrando los tres métodos (caso, grupo y comunidad). Estas asistentes sociales (asesoras sociales) deberían pertenecer al Servicio de Salud, al menos en la primera etapa, ya que éste tiene la estructura local más adecuada para albergar esa clase de trabajo. De lo expuesto en este proyecto de programa, se deduce que la meta a corto plazo significa una demanda de 800 asistentes sociales (asesoras sociales) de terreno (población de 1970: 2 A.S. por cada "sector" en las ciudades y 1 A.S. en cada Hospital Rural).

Con este objeto deberá aumentarse y adecuarse la formación de asistentes sociales y crearse el Servicio Social Rural para esta profesión, en condiciones similares al de los médicos.

Luego de un período de trabajo polivalente, las asistentes sociales (asesoras sociales) deben tener la oportunidad de seguir cursos de perfeccionamiento, para después desempeñarse como supervisoras o para especializarse. En todo caso, el conjunto de las asistentes sociales (asesoras sociales) del país debe regirse por una misma escala de remuneraciones fijada en un Estatuto de la Asistente Social Funcionaria. Estatuto que, a su vez, debe ser consistente con la política general de salarios del Gobierno Popular.

3.2.3 CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS ECONÓMICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD[21]

El primer propósito de la Seguridad Social es de carácter

[21] Sujeto a confrontación con las conclusiones del grupo de trabajo "Previsión Social" de OCEPLAN.

humanitario: que nadie reciba menos de un mínimo vital. En esta virtud, es una institución que contribuye eficazmente a la salud colectiva, al evitar que se produzcan las enfermedades y muertes que son consecuencia de los estados de miseria; al proteger a la familia y a la función materna; y al permitir que los enfermos puedan reposar, recibir sus tratamientos y someterse a rehabilitación. Recíprocamente, la elevación del
nivel de salud influirá sensiblemente en los riesgos y estados que cubre la Seguridad Social; disminuirán las enfermedades, especialmente las que derivan de infección, desnutrición o de falta de seguridad en el trabajo; disminuirán los inválidos irreversibles, y aumentará la proporción de adultos activos en la población.

Los profesionales de la salud hemos mirado siempre con preocupación, y más de una vez con indignación, los vacíos y las injusticias de la actual previsión social; los males repercuten, a nuestra vista, en el desencadenamiento de enfermedades y muertes, en la imposibilidad de efectuar tratamientos y en la tramitación y engorro para obtener el pago de los beneficios indicados por nosotros.

En líneas generales, pensamos que la Seguridad Social debe ser una sola para toda la población, que debe circunscribirse a otorgar los beneficios que realmente corresponden a los estados de necesidad; que los beneficios otorgados deben ser suficientes en cuantía y adaptados flexiblemente a las necesidades concretas de la salud de las personas; que la administración debe ser simple, sin dar lugar a tramitaciones, y entregada gradualmente a organismos locales, aún a los propios organismos sindicales; que no deben intervenir en esa administración los Servicios de Salud; que debe financiarse en forma justa, y que debe complementarse con un sistema separado que se refiera al bienestar, a los subsidios en especies y al crédito social. Tres son los grupos de prestaciones previsionales que conciernen directamente a la salud:

I. BENEFICIOS RELATIVOS A LA FAMILIA Y A LA FUNCIÓN MATERNA

Un niño vale tanto como otro niño. La asignación familiar debe ser uniforme. Debe evitarse derrochar fondos de asignación familiar en personas que son activas o que están recibiendo otros beneficios de la Seguridad Social. En realidad, la asignación familiar es un salario adicional. En el sector público, no hay problema en que lo pague directamente el empleador

(físico) o empresa estatal; en el sector privado, probablemente debe formarse una Caja de Compensación Nacional Única, que recoja un porcentaje de los salarios y sueldos y pague con ese fondo una asignación uniforme. Como salario adicional, la asignación familiar tiene un límite, a saber: no debe trabar el efecto de incentivo que significa el otro salario adicional, el que se paga según calificación de la función. Desde nuestro punto de vista, es preferible otorgar los beneficios a la familia en especie: leche, Jardines Infantiles, becas, vacaciones, útiles de estudio. Se logrará así un efecto más seguro sobre la salud. También propugnamos el otorgar una cantidad de dinero antes de cada parto; el aumento de los ítem para ayuda intrafamiliar y para colocación familiar; la creación de hogares y de refectorios subsidiados para grupos especiales.

El subsidio maternal debe ser susceptible de mayor prolongación postnatal. Ya hemos indicado que debe posibilitarse un permiso largo que cubra todo el período en que los hijos son pequeños, sin que por ello perjudique a la obrera o empleada en su derecho final a jubilación. Así como se condiciona el pago del subsidio prenatal y de la asignación familiar al cumplimiento de los controles del embarazo, debe condicionarse el pago del subsidio postnatal al cumplimiento del control de puerperio (y al alta odontológica respectiva).

El auxilio de lactancia es ridículamente bajo y se paga en muy contados casos: debe suprimirse. La lactancia natural debe ser estimulada a través de la educación y con “premios a madres ejemplares” a ser otorgados al año de edad de los niños por el equipo de salud y con participación de todo el vecindario del sector.

II. BENEFICIOS RELATIVOS A LA ENFERMEDAD (Incapacidad temporal)

En primer lugar, debe uniformarse el monto y duración del subsidio de enfermedad; en este aspecto, son los empleados particulares los que deben ser asimilados al criterio que se utiliza ya para obreros y empleados públicos. Segundo, debe incorporarse al régimen de seguro social el subsidio determinado por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y debe terminarse la diferencia que hay ahora entre los diferentes sectores. Tercero, se debe evitar toda demora en el pago del subsidio de enfermedad. En el sector público, el subsidio debe ser pagado por la oficina o empresa respectiva (como ocurre hoy con los empleados públicos).

En el sector privado, el pago en las oficinas del Seguro o Caja debe ser inmediato, contra presentación de la orden médica y para ello cada oficina local debe mantener al día una lista de las personas que trabajan en la localidad respectiva; en la elaboración de esta lista deben colaborar los respectivos sindicatos.

En cuarto lugar, el subsidio de enfermedad debe, en ciertos casos, transformarse en subsidio o en pensión transitoria "de rehabilitación". Ello debe ocurrir cada vez que, según sugerencia del médico tratante, basada en normas nacionales y refrendada por un Comité de Rehabilitación del Área de Salud, el paciente puede beneficiarse con medidas de rehabilitación. El subsidio o pensión de rehabilitación tendría las características del actual subsidio de reposo de la Ley de Medicina Preventiva, agregándole otras dos: 1) parte de su monto estaría condicionado al cumplimiento de las medidas rehabilitadoras; y 2) su monto total sería ajustable a la capacidad de ganar que el individuo va recuperando. Además de las afecciones que hoy pertenecen a la Ley de Medicina Preventiva, se incorporará aquí a una proporción importante de afecciones del aparato locomotor, de los órganos de los sentidos, mentales y otras, en la medida en que el caso pueda beneficiarse con técnicas de rehabilitación. Para que el sistema tenga éxito debe estar engranado con la existencia de recursos médicos de rehabilitación, así como con la disponibilidad de trabajo adecuado para los rehabilitados. Para estos fines debe dictarse una **Ley de Rehabilitación**, que represente una ampliación de la actual Ley de Medicina Preventiva.

III. BENEFICIOS RELATIVOS A LA VEJEZ E INVALIDEZ

Desde el punto de vista de la salud, interesa que se disponga de una pensión mínima uniforme y suficiente para todos los trabajadores ancianos o inválidos irreversibles. También hay que incorporar al régimen común las pensiones por invalidez derivadas de riesgos del trabajo. Desde el punto de vista de la salud, no se justifica jubilar "por años de servicios".

4

SUMARIO DE LAS MEDIDAS CONCRETAS A ADOPTAR EN UNA PRIMERA ETAPA

Tan pronto como se constituya el Gobierno Popular, será preciso adoptar todas las medidas factibles que conduzcan al personal de la Salud y a la población trabajadora al desempeño de sus nuevas responsabilidades en salud y a la satisfacción de sus respectivas necesidades. El Movimiento Popular considera que la salud tiene una alta prioridad y que es posible y necesario provocar, en este sector, un vuelco fundamental, evidente e inmediato. Ya ahora se está dando comienzo a la tarea, con las siguientes medidas:

A. Creación de Comités de Estudio en cada zona y área de salud, con personal de todos los niveles del Servicio y con representantes de los Comandos Provinciales y Comunales del Movimiento Popular, para perfeccionar el Programa de Salud y adaptarlo a la realidad local en todos sus detalles. Realización de asambleas o foros en cada área.

B. Designación de responsables de salud en cada Comité Popular de Base, en las organizaciones de masas y en los niveles comunales, provinciales y nacionales del Movimiento Popular.
C. Creación de Comités de Estudio y Promoción del Programa de Salud en cada escuela universitaria relacionada con salud.
D. Difusión intensiva: realización de asambleas o foros en cada área; edición de boletines informativos para el personal.
E. Elaboración ulterior de los distintos aspectos del programa.

Las medidas concretas a adoptar, desde el Gobierno Popular, se exponen a continuación en forma sistematizada.

I. Creación de las condiciones necesarias para extender y mejorar la atención médica, vale decir, implementación de la política de salud.

a. Medidas legislativas y reglamentarias.
b. Medidas organizativas y administrativas.
c. Medidas de financiamiento.

II. Medidas directas para extender y mejorar la atención médica de la población.
III. Medidas directas para mejorar las acciones preventivas de carácter colectivo.
IV. Medidas para adecuar las prestaciones económicas de la Seguridad Social, desde el punto de vista de la salud.

I. CREACIÓN DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA EXTENDER Y MEJORAR LA ATENCIÓN MÉDICA

(Implementación de la Política de Salud)

A. Medidas Legislativas y Reglamentarias.

» Reformas de la Ley 10.383, (modificada por el DFL de 1959), en sus artículos 65 (financiamiento); 67 (relación entre el Servicio Nacional y el Ministerio y la Superintendencia de Seguridad Social); 68 y 69 (composición y atribuciones del Consejo Nacional de Salud y de la Dirección General). El sentido de estas modificaciones debe ser el de ampliar la base financiera del Servicio, y ampliar y mejorar las prestaciones.

» Decreto(s) Supremo(s) que, basándose en el artículo 64 de la Ley 10.383, incorpore(n) al Servicio Nacional de Salud los demás "Servicios Fiscales, Semifiscales o Municipales de Carácter Médico", en forma gradual y oportuna.
» Decreto(s) del Ministerio de Salud Pública que modifique(n) el Reglamento del Servicio Nacional en los aspectos indispensables para efectuar las medidas que aquí se enumeran, particularmente en lo referente a la estructura y atribuciones de la Dirección General, Direcciones Zonales y Direcciones de Hospitales.
» Decreto(s) de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud que modifique(n) el reglamento de los organismos locales de salud, en los aspectos necesarios para efectuar las medidas que aquí se enumeran, particularmente en relación con las estructuras de democratización y de participación de las masas; y, por otra parte, agregando lo relativo a los organismos de atención rural, de atención industrial y escolar.
» Reforma del Código Sanitario, modernizándolo técnicamente y convirtiéndolo en herramienta de la política de salud.
» Aprobación del Proyecto de Ley de Seguro Social para los Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, elaborado con asesoría de los técnicos del SNS y pendiente en el Parlamento.
» Modificación del Estatuto Médico Funcionario, especialmente en el sentido de facilitar la creación de cargos de 8 horas y en el de garantizar una remuneración digna y no sujeta a desvalorización.
» Promulgación de un Estatuto del Personal, previa la elaboración de la Planta y del Escalafón de Funciones.
» Coordinación de las medidas legislativas referentes a salud y atención médica y médico social en un solo cuerpo; el Código de Salud, en el cual debe consagrarse el derecho de todos los chilenos a la atención médica y a la protección y fomento de su salud.

B. Medidas Organizativas y Administrativas

B.1 Participación popular en los planes y acciones de salud:

» Formación de los Consejos Populares de Salud, a niveles nacional, regional y local. Ello requiere, además de las medidas legislativas, instruir a los directores de salud acerca de los fines, funciones y organización de estos Consejos.

» En tanto se modifica la legislación, el Consejo Popular Nacional de Salud puede hacerse realidad parcialmente mediante la designación de representantes auténticos de las organizaciones de masas en aquellos cargos del actual Consejo de Salud que son de confianza del presidente.
» Estimular la designación de responsables de salud en todas las agrupaciones de las organizaciones de masas, y trabajar en estrecha coordinación con ellos. Los Comités de los propios trabajadores de la salud pueden ser promotores en este aspecto.
» Organizar cursos para la instrucción masiva de los responsables de salud.
» Reorientación de la formación y de la actividad de las asistentes sociales, en función de la importancia de su papel como asesoras de este trabajo con grupos y comunidad.

B.2 Democratización interna de los Servicios de Salud:

» Legalización de los sindicatos y entrega a ellos de las funciones y de los recursos relacionados con el bienestar del personal, así como de algunas otras funciones de políticas de personal.
» Creación de los "Consejos Administrativos" en cada establecimiento y en los niveles regional y nacional, con participación de los representantes sindicales. Tendrán funciones de decidir en materias de política del personal y servir de cauce a las iniciativas de personal. Se deberá instruir a los directores de salud acerca de ellos.
» Funcionamiento de las "Asambleas Periódicas" en cada establecimiento. Tendrán funciones de información, crítica, sugerencia y estímulo.
» Puesta en marcha de mecanismos ágiles, efectivos y masivos de información a todo el personal. A nivel local, difundir y utilizar ampliamente las estadísticas locales.
» Democratización de la formación y perfeccionamiento del personal, según se detalla más adelante.

B.3 Racionalización de los Servicios de Salud:

» Control de la importación, producción, envase y comercialización de los medicamentos, con el objeto de evitar así el derroche que este rubro significa actualmente.
» Estímulo a la producción en el país de aquellos medicamentos cuya elaboración resulte conveniente. Elaboración del "Arsenal Farmacológico Nacional".

» Integración gradual, pero rápida, de los diversos Servicios Públicos de Salud.
» Incorporación de los empleados al derecho a la atención médica integral dentro del sector público de salud.
» Aumento de las atribuciones de los directores zonales, de áreas y establecimientos en carácter definitivo y no en carácter de atribuciones delegadas; efectiva descentralización.
» Descentralización del sistema de abastecimientos.
» Instalación genuina del método de dirección colectiva a través de todo el Servicio de Salud.
» Las actividades que no corresponden a salud y que actualmente están dentro del Servicio, serán ubicadas en las reparticiones a que realmente corresponden. De ninguna manera saldrán del sector público ni cesarán los empleados, obreros ahí ocupados en sus actividades. Al contrario, al ser reubicadas estas funciones industriales o agrícolas, ahí donde realmente corresponden, se expandirán y tendrán mayor autonomía. En todo caso, estas medidas se tomarán oportuna y no precipitadamente y siempre previa información y consulta a los interesados.
» Separación de los cargos de director de Área y director de Hospital Base en las áreas más populosas.
» Aplicación inmediata de las técnicas de planificación popular a la programación en salud.
» Inmediato estudio de los recursos y de los procedimientos administrativos existentes y proposición de medidas de racionalización, para lo cual funcionará, desde ya, una comisión de expertos que proponga las medidas respectivas, recogiendo, además, las sugerencias de los Comités de Base.

B.4 Política justa del Personal:

» Creación de una planta racional para los funcionarios de todo nivel.
» La creación de un escalafón de funciones claro y justo para cada categoría de funcionarios.
» Remuneraciones justas con eliminación real de todos los sueldos inferiores a los requerimientos vitales de una familia.
» Creación de estímulos al personal, en forma de premios en dinero a los equipos que trabajen mejor; asignaciones justas por funciones de especial importancia o sacrificio; becas para perfeccionamiento.

» Perfeccionamiento de los sistemas de calificación y de sanciones, con participación sindical.
» Reforma del sistema de bienestar, ampliándolo a todo el personal, mejorando sus prestaciones, entregando su manejo a la organización sindical.
» Mejoramiento de las condiciones de trabajo: turnos, alimentación, higiene y seguridad

B.5 Formación del personal. Investigación científica:

» Aumento inmediato de las plazas para estudiar medicina a 500 plazas; en igual número, aumento de las plazas para estudiar enfermería; aumento sustancial de las plazas en las demás escuelas relacionadas con salud y, especialmente, de los cursos para auxiliar de enfermería, de las cuales se formarán mil por año en los primeros dos años. En 1965, se abrirá en Santiago una segunda escuela de medicina dependiente de la Universidad de Chile y se expandirá la Escuela de Valparaíso. Para las demás carreras, se utilizarán preferentemente los Colegios Universitarios Regionales.
» Reorientación e identificación de los estudios en las profesiones de la salud, adecuándolos a las necesidades del país. Esta reorientación e intensificación permitirá, además, abreviar algunas carreras. Por ejemplo, Medicina podrá completarse en seis años a partir de la generación que ingrese a tercer año en 1965. Pero ya los que egresen en 1965 podrán abreviar su carrera en algunos meses.
» También se reorientará la profesión de enfermería y obstetricia, creando una enfermera básica y una matrona básica en dos años; y enfermeras, matronas supervisoras o docentes en cuatro años. Se iniciará la formación de educadores sanitarios ayudantes y se reanudará la formación de nutriólogas. Se mejorará la formación de los inspectores sanitarios, poniéndolos a la par con las demás disciplinas de colaboración y abriendo para ellos perspectivas de superación profesional.
» Creación de becas desde el nivel primario, para que, de manera eventual, lleguen a la universidad los hijos de obreros y campesinos.
» Creación de cursos de perfeccionamiento para que los funcionarios de mayor mérito puedan pasar, en proporción apreciable, de un nivel técnico a otro; el personal de servicio, a nivel auxiliar; las auxiliares, al nivel de enfermera; las enfermeras al nivel médico, etc.

» Organización de una Oficina de Formación del Personal, dependiente directamente del ministro de Salud.
» Organización de una Oficina de Coordinación de la Investigación Científica, dependiente directamente del ministro de Salud; y creación de un Instituto de Atención Médica.

C. Medidas de Financiamiento

El costo aproximado del presente Plan de Salud es fácilmente calculable a base de las especificaciones de dotación en él contenidas y de índices ya elaborados en el país.

En cuanto al financiamiento, señalamos a los organismos de planificación del Gobierno Popular que, además de los recursos actuales de que dispone el sector público, existen las siguientes fuentes directas o indirectas de ahorro o de producción de recursos que serán generados por la puesta en marcha del Plan de Salud y que deben ser reorientados para su mejor aprovechamiento en la atención médica.

» Control de los medicamentos: ahorro de una cuarta parte de lo que gasta el país en salud.
» Puesta en vigor del principio de que, así como toda la población tiene el derecho a la salud, toda la población debe contribuir a su financiamiento en proporción con sus ingresos. Esto significa terminar con las evasiones y fraudes de diversos tipos que hoy día lesionan el presupuesto del SNS.
» Reducción de los riesgos ocupacionales: ahorro eventual de una suma equivalente, aproximadamente, al 2% del Producto Nacional.
» Reducción de otra morbilidad evitable; reducción de hospitalizaciones evitables.
» Reducción del ausentismo y elevación de la eficiencia en el trabajo por concepto de mejor estado de salud.
» Mayor rendimiento de presupuesto, personal y equipos, por integración de los Servicios Públicos de Salud, por la participación de las masas en las tareas de la salud, por una eficiente planificación y por funcionamiento de los establecimientos durante todo el día.
» Recursos aportados por la participación de las masas en las tareas de salud.

En lo inmediato, el sector Salud deberá recibir, además, una parte de los recursos extraordinarios generados por la nacionalización del cobre, de los bancos y de los seguros, y el control del comercio exterior.

En lo inmediato, el presupuesto de Salud crecerá a la par con el Producto Nacional, cuyo incremento en el Gobierno Popular se estima en un 7 por ciento por habitante al año.

II. MEDIDAS DIRECTAS PARA EXTENDER Y MEJORAR LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA POBLACIÓN

En términos muy resumidos, estas medidas tienen por objeto:

» Hacer realidad el lema: «ningún enfermo sin su doctor».
» Aproximarse progresivamente a la realización de los principios de la atención médica integral.
» Aumentar el número de consultas desde 1.4 hasta 2.8 por habitante en seis años.
» Aumentar el número de camas desde 3.9 hasta 5.1 por cada mil habitantes, en seis años.

A. Medidas organizativas y administrativas relativas a la atención médica en general

» Difusión de una nueva mística de servicio al pueblo entre los trabajadores de la salud de todo nivel, para lo cual son bases esenciales las medidas de democratización interna, justo trato y participación de la comunidad, así como la nueva atmósfera de unidad nacional y fervor patriótico que creará la victoria popular.
» Definición y difusión de los postulados de atención médica integral.
» Definición y difusión de lo que son las Unidades Tipo de Atención, contempladas en el texto de este proyecto, de las respectivas combinaciones o dotaciones de recursos y de las poblaciones-sectores a cargo de los equipos.
» Formación acelerada de los cuadros dirigentes necesarios para poner en marcha esta concepción de atención médica.
» Aumento masivo de los cargos de seis y ocho horas para médicos y odontólogos. Extensión horaria para los profesionales de colaboración médica.
» Funcionamiento uniforme en la mañana y en la tarde de salas de hospital, pabellones, servicios técnicos, consultorios y clínicas dentales.

- Redistribución de personal desde las grandes ciudades hacia las provincias y desde las salas de hospital hacia los consultorios, según planta, y previa consulta con los interesados.
- Rápido inventario de los recursos materiales existentes en la Central de Abastecimiento y en las bodegas de los servicios mejor dotados, para distribuirlos planificadamente a los Consultorios Distritales, hospitales de provincias y de departamentos y hospitales rurales.
- Uso pleno de la capacidad instalada actual de camas a través de "regionalización" y de redistribución entre especialidades.
- Habilitación rápida de todas las camas construidas o con construcción próxima a terminarse y que no estén en uso. Reparación de locales. Construcciones provisorias o definitivas, aprovechando galerías, terrazas, etc.
- Edificación de nuevos hospitales y pabellones hasta alcanzar, en seis años, un índice de 5.8 camas por cada 1.000 habitantes, con preferencia para Maternidades, Pediatría, Psiquiatría, Cáncer, Tuberculosis, Traumatología y Medicina Rural. En cuanto a ubicación geográfica, se dará preferencia a las áreas en que las necesidades son más urgentes, tales como: Áreas Central y Sur de Santiago, Quinta Normal, Barrancas (Hospital Félix Bulnes), Antofagasta, Valparaíso, San Bernardo, San Antonio, Melipilla, San Fernando, Curicó, Concepción, Cañete, Valdivia, Osorno, Puerto Montt.

El Área Sur de Santiago, las áreas rurales y otras que se determinen, serán declaradas en estado de emergencia sanitaria y se volcará hacia ellas, en los primeros meses, la cantidad necesaria de recursos para elevar masivamente el número de atenciones que ahí se presta.

En los distritos suburbanos y rurales vecinos a las actuales escuelas de Medicina, Odontología, Enfermería y Obstetricia, los docentes y estudiantes con consciencia social deberán constituirse en equipos para salir, desde el primer momento del Gobierno Popular, a prestar atención médica de emergencia hasta la adopción de medidas de carácter más estables. En este tipo de atención debe participar, además, todo otro profesional de la salud, sin otro requisito que su espíritu de solidaridad y su patriotismo. Adaptar la distribución de las vacaciones del personal de cada servicio con respecto a las variaciones estacionales de la demanda.

B. Medidas relativas a la atención médica urbana

» Reparación y habilitación menor de los Consultorios Distritales actuales.
» Plan de construcción de los Consultorios Distritales que faltan para alcanzar el nivel de uno por cada 40 a 50 mil habitantes.

C. Medidas relativas a la atención médica rural

» Completar la red de Hospitales Rurales hasta contar con uno por cada 10.000 habitantes, dotados con 25 a 50 camas, laboratorio, atención dental y radiología.
» Completar la red de Postas Rurales hasta contar con una en cada núcleo de población, servida por un auxiliar o por un profesional residente.
» Poner en funcionamiento cierto número de clínicas dentales móviles.
» Crear inmediatamente el "Servicio Social Rural", como requisito para todo egresado que desee obtener un cargo público, en las carreras de Medicina, Odontología, Enfermería, Obstetricia, Servicio Social, Tecnología Médica.
» Formación inmediata de la cantidad suficiente de auxiliares polivalentes para zona rural y cursos de perfeccionamiento de aquéllos que ahí ejercen actualmente. Elevación progresiva de la preparación de los encargados de las Postas.
» Rápido mejoramiento de los medios de comunicación y de movilización en los Hospitales Rurales, en coordinación con los demás servicios técnicos que operan en zona rural.
» Asignación económica por trabajo en medio rural a todo el personal.
» Creación, en el Ministerio de Salud y de una Oficina de Atención Médica Rural.

A. Medidas relativas a la atención médica sobre base ocupacional

» Creación de Servicios Médicos en las industrias y demás sitios de trabajo. Se destinará uno o más médicos y odontólogos a los lugares en que haya suficiente número de trabajadores, y se responsabilizará al Sistema de Consultorios Distritales y Hospitales Generales de la atención expedita a los trabajadores de industrias pequeñas. En todo sitio de trabajo habrá un auxiliar de enfermería, el cual será asesorado por el o los responsables de Salud del sindicato.

» En cada zona y área de salud en que haya concentración industrial o minera, funcionará una Asesoría de Medicina Ocupacional, que se preocupará de que la atención médica en los sitios de trabajo sea eficiente, así como de los exámenes preventivos y del control de los riesgos de accidentes y enfermedades profesionales.
» En el Ministerio de Salud, se creará una Oficina de Atención Médica sobre Base Ocupacional.

B. Medidas relativas a la atención de la Mujer y el Niño

E.1 Medidas técnicas y administrativas:

El Gobierno Popular desarrollará un Plan de Protección Biológica, Económica y Social de la Familia. En sus aspectos médicos, cuatro son los rubros de absoluta prioridad:

» Atención profesional de los partos. Exige el aumento rápido de camas de maternidad hasta alcanzar el nivel de 1 por cada 1.250 habitantes, en un plazo de tres años; la formación acelerada de matronas y de auxiliares rurales polivalentes y el aumento del número de obstetras-ginecólogos. Progresivamente, debe complementar a este programa una expansión de la atención prenatal y puerperal, integrada con atención ginecológica descentralizada.
» Dación suficiente de leche a toda embarazada y a todos los niños hasta los 15 años de edad (64 millones de litros de leche al año).
» Prevención y curación de las diarreas infantiles, causantes de un tercio de nuestra mortalidad infantil. Ello requiere: poner en práctica las medidas de saneamiento contempladas en el Plan de Salud; completar la red de Consultorios Infantiles y la dotación de camas pediátricas a través del país, con la respectiva formación de personal técnico; y —como elemento de máximo valor inmediato— la realización de una Campaña Educativa Nacional contra las diarreas infantiles.
» Prevención del aborto provocado, a través de educación en medida anticonceptivas, y del suministro de los elementos necesarios para el método que cada pareja elija libremente.
» Paralelamente, el Plan de Salud contempla otras acciones en otros rubros del problema de mujer y niño:
» Protección del preescolar, especialmente a través de la

creación de 50.000 plazas de Jardines Infantiles en un plazo de seis años (o menor).
» Atención médica y dental del escolar; designación de escolares en cada área de población asignada.
» Creación de una Oficina Nacional para la Adolescencia y la Juventud, que estudie y coordine las acciones médicas, educativas, recreativas, de educación física y deportes, sindicales y del trabajo, con respecto a este grupo de edad.
» Prevención y tratamiento en los rubros de niños "especiales", y de niños "en situación social irregular"; protección de la madre sola y de sus hijos; ampliación de las prestaciones económicas relacionadas con la maternidad, y premios a las "madres ejemplares".

E.2 Medidas Legislativas:

» Las necesarias para reorientar el consumo de la leche hacia las embarazadas y los niños, creando el poder comprador respectivo.
» Reforma de la legislación relativa al aborto inducido.
» Ampliación y aprobación de la Ley de Jardines Infantiles, pendiente en el Congreso.
» Reforma de la legislación relativa a la adopción.

C. Medidas relativas a la rehabilitación y a la atención médica de las enfermedades crónicas del adulto

» Se promoverá una modificación de la Ley de Medicina Preventiva, transformándola en Ley de Medicina Preventiva y Rehabilitación.
» Se creará, en cada área de salud, una Comisión de Rehabilitación.
» Ampliación de los recursos de Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación.
» Aumento general de la capacidad de los Servicios de Oftalmología y de Otorrinolaringología, que son indispensables para el bienestar de las personas de edad avanzada.
» Reconstrucción del Instituto Nacional del Radium, duplicando el número de camas.
» Crear plazas de hogares para ancianos solos indigentes.
» Estimular la investigación científica relativa a arteriosclerosis y cáncer.

D. Medidas relativas a la atención de los aspectos mentales de la salud

» Creación de camas para enfermos mentales en todas las provincias. La Psiquiatría debe ser considerada una rama básica de la Medicina. Reemplazo de las camas obsoletas del Hospital Psiquiátrico.
» Dotación de los Consultorios Distritales con psiquiatras y psicólogos, para que los equipos médicos generales puedan absorber los casos psiquiátricos más simples, que son la mayoría.
» Realización inmediata de una campaña nacional contra el alcoholismo, con todo el apoyo del Gobierno Central.
» Creación de un Instituto (de Investigación) de Salud Mental.

E. Medidas relativas a la atención dental

» Empleo, en un plan de tres años, de 2 mil dentistas.
» Iniciación inmediata de planes de atención completa a: escolares, trabajadores jóvenes, embarazadas, además de las atenciones de urgencia, atenciones especializadas y absorción progresiva de la demanda de los demás grupos.
» Completar la fluoración del agua de bebida, con el objeto de prevenir en alta proporción la incidencia de caries.

III. MEDIDAS DIRECTAS PARA MEJORAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS DE CARÁCTER COLECTIVO

A. Medidas destinadas a prevenir enfermedades transmisibles

» Realización del programa de inmunizaciones a nivel permanentemente útil.
» Designación de epidemiólogos en todas las zonas y en las áreas más pobladas, con responsabilidad de todas las acciones preventivas y con el rango de subdirectores.
» Encomendar funciones de epidemiología en los demás casos a otros médicos.
» Realización de campañas nacionales, apoyadas desde el más alto nivel, contra las diarreas infantiles, que hoy causan 10 mil muertes cada año.
» Puesta en marcha de un programa nacional contra la tuberculosis, bajo la dirección ejecutiva de un médico del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Creación de un Registro Nacional de Tuberculosis. Entrega de recursos suficientes en lo que respecta a medicamentos, productos biológicos, personal y disponibilidad de camas. Hospitalización de todos los enfermos activos de tuberculosis, procedentes de áreas rurales. Examen de todos los contactos: examen anual de todos los escolares y de los nuevos contingentes de trabajadores; examen de toda puérpera.

» Desarrollo del Instituto Bacteriológico como Laboratorio Central con funciones de: diagnósticos especializados, supervisión de laboratorios regionales y locales, docencia e investigación.

B. Higiene ambiental e higiene y seguridad del trabajo

» Promover la ejecución de las obras de saneamiento a cargo del Ministerio de Obras Públicas.
» Facilitar la acción de talleres sanitarios, aumentando su financiamiento.
» Crear obras locales de saneamiento rural.
» Facilitar a los municipios los recursos necesarios para que cumplan con sus funciones sanitarias (disposición de basura y eliminación de focos de insectos y roedores).
» Construcción de mercados y mataderos higiénicos en número suficiente.
» Reorientación de la formación y de las funciones y perspectivas de los inspectores de saneamiento.
» Creación de asesorías de Higiene, Seguridad y Medicina Ocupacional, en las zonas y en las áreas con mayor población obrera, con formación rápida de 40 técnicos adicionales.
» Desarrollo de Comités de Higiene y Seguridad en las empresas, con participación sindical.

C. Educación Sanitaria

» Formación, en el primer año, de 50 educadores ayudantes para las áreas del Servicio de Salud
» Introducción de la Educación Sanitaria en las Escuelas Normales e Institutos Pedagógicos.
» Formación de profesores guías de Educación Sanitaria para los diversos niveles de nuestro sistema escolar.
» Introducción de la Educación Sanitaria en los programas de enseñanza de todas las profesiones de Salud.
» Utilización de todos los medios de comunicación masiva por la Educación Sanitaria.

D. Nutrición

» Creación de un Consejo Nacional de Alimentación, organismo interministerial relacionado directamente con el Organismo Central de Planificación del Gobierno Popular.
» Formulación de un Programa Nacional de Producción de Alimentos Básicos.
» Adopción de todas las medidas conducentes para aumentar la disponibilidad de alimentos, así como mejorar su transporte, su comercialización y su aprovechamiento en el hogar.
» Distribución justa de los alimentos en todas las capas de la población, con preferencia para niños, embarazadas y obreros con trabajo pesado: —«*¡A comer cada uno de acuerdo con sus necesidades!*»— Se crearán restaurantes populares y almacenes reguladores. Se estudiará un verdadero salario mínimo basado en el costo de una alimentación racional.

VI. MEDIDAS CONCRETAS DE MEJORAMIENTO DE LOS BENEFICIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, PROPUESTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD

» Asignación Familiar uniforme.
» Aguinaldo de parto.
» Aumento de los beneficios en especie a la familia: leche, Jardines Infantiles subsidiados, vacaciones, becas de estudio, menaje de casa subsidiado.
» Aumento de los ítems para ayuda intrafamiliar y para colocación familiar.
» Creación de hogares y de refectorios subsidiados para grupos especiales.
» Prolongación postnatal del subsidio maternal. Creación de un sistema de permiso largo (completo o de tiempo parcial), que cubra el período en que los hijos son pequeños, sin que ello perjudique a la trabajadora en su derecho a jubilación.
» Premios a madres ejemplares.
» Uniformación del criterio para determinar el monto y duración del subsidio de enfermedad de empleados y obreros.
» Medidas de simplificación administrativa que eviten toda demora en el pago del subsidio de enfermedad.
» Promulgación de una Ley de Medicina Preventiva y Rehabilitación.

» Pensión mínima uniforme y suficiente para todos los trabajadores ancianos o inválidos.
» Incorporación al régimen de Seguridad Social del subsidio y de la pensión originados en accidentes o enfermedades del trabajo.

1

ANEXOS:

1. EL CONCEPTO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL

¿Qué se entiende por «Medicina Integral»? Esto: la atención eficiente y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su totalidad física y mental, y como seres en proceso de adaptación con respecto a su medio físico y sociocultural. He aquí los postulados de esta tesis:

- La atención deberá ser descentralizada por sectores geográficos, próxima al domicilio de los consultantes.
- En su primer nivel, estará a cargo de un equipo funcionario integrado, capaz de resolver todos los problemas corrientes de las personas y del medio ambiente de su sector.[1]
- El equipo en conjunto, y cada profesional en particular, deberán ser responsables por la calidad de la atención y por la ocurrencia de muertes y enfermedades evitables en su sector.
- Los equipos de sector contarán con el apoyo de especialistas, la supervisión técnica y demás recursos del Hospital Base, dentro del principio de coordinación o regionalización.

[1] Pensamos que el equipo garantizará mayor eficiencia técnica que la que puede proporcionar un individuo (médico general) aislado.

- La atención deberá tener continuidad desde la gestación hasta la muerte (siendo hecha en el mismo establecimiento, mientras la persona no cambie de domicilio); y desde el hogar y la comunidad hasta el Consultorio, la fábrica, la escuela, el Jardín Infantil y la sala de hospital.[2]
- Se deberán integrar los aspectos somáticos y psíquicos en la atención. No solo internistas, pediatras y obstetras deberán tomar en cuenta el factor psíquico en su semiología, diagnóstico y tratamiento, sino que la actitud de todo el personal del Servicio debe contribuir permanentemente a la salud mental de los atendidos.
- La atención integrará lo individual con lo social, considerando a la familia como unidad de diagnóstico, tratamiento y profilaxis. El control del ambiente social será hecho en coordinación estrecha, a nivel local, con otros organismos técnicos y con comités de la comunidad, que se preocuparán de: vivienda, saneamiento, educación, justicia, bienestar.
- Se deberán integrar entre sí los aspectos preventivos y curativos. La atención continuada de las personas tenderá a incluir toda morbilidad que concurra, con la intención de aprovechar cada consulta en acciones preventivas: la inmunización que corresponda, el consejo sobre alimentación, la información sobre el modo de proteger a los contactos de un contagiante, o sobre la relación entre alcohol y cirrosis, etc. La experiencia confirma que toda «Buena Medicina» es «Medicina Preventiva»; por ende, hay perjuicio y no provecho en separar «Medicina Curativa» y «Medicina Preventiva». El médico las hará siempre integradas, frente al individuo y a la familia: y, a través del trabajo en equipo, también se integrará con «Protección de Salud» a nivel de la comunidad.[3]
- La atención será planificada o programada. Del Plan de Salud se desprenderán las atribuciones y responsabilidades de cada miembro del equipo, posibilitándose una acción armónica del equipo. La programación incluye, además, un sistema de control o evaluación de lo ejecutado.
- La atención tendrá siempre un carácter educativo consciente y deliberado en cada consulta o visita individual, así como en el trabajo con grupos, en las escuelas o en

[2] Este principio se refuerza al estipular que el personal profesional deberá tener la responsabilidad —hasta donde sea factible— de seguir en contacto con los clientes de su sector cuando ellos estén hospitalizados.

[3] Anotemos que este concepto es la base correcta para llegar a eliminar la oposición entre médicos tratantes y médicos sanitarios.

las organizaciones comunales. El énfasis se pondrá en la responsabilidad irreemplazable de cada habitante en la salud propia y en la de su familia.

Esto es lo que la izquierda entiende concretamente por humanización de la atención médica: atención a todas las personas y atención a cada persona considerada integralmente.[4]

2. COMBINACIÓN DE RECURSOS EN LA UNIDAD TIPO N° 2 (SECTOR DE CONSULTORIO DISTRITAL)

SERVICIOS A PRESTAR; GRADO DE UTILIZACIÓN Y RENDIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS

Población a cargo en cada sector: 12.000 habitantes (2.220 familias).

RECURSOS	GRADO DE UTILIZACIÓN	RENDIMIENTO PROMEDIO	SERVICIOS A PRESTAR EN UN AÑO
2 Pediatras de 4 horas	90%	6 Consultas por hora	10.800 Consultas
2 Internistas de 4 horas	90%	5 Consultas por hora	9.000 Consultas
1 Obstetra ginecólogo de 4 horas	90%	4 Consultas por hora	1.300 Consultas ginecológicas 1.500 Consultas obstétricas
1 Odontólogo de 6 horas	90%	7.5 UTO	10.000 UTO
1 Enfermera	90%	7.5 Atenciones ext. por hora (4 hrs.) 2.7 Visitas por hora (2 hrs.)	6.750 Atenciones 1.200 Visitas

[4] Algunos considerarán, tal vez, que la libre elección es un principio que favorece la humanización de la atención. Aquí se ha estimado que es ilusorio cifrar esperanzas en él, en un futuro cercano, por tres razones: la escasez de médicos, la especialización de ellos y el conflicto con la sectorización y el trabajo en equipo. Los postulados de la atención médica integral complementados con una política de estímulos bien orientados a los equipos que la apliquen bien conducen en forma ideal a los mismos fines de humanización que persiguen los partidos de la libre elección.

1 Matrona	90%	4.5 Atenciones ext. por hora (4 hrs.) 2.7 Visitas por hora (2 hrs.)	2.000 Consultas obstétricas 1.200 Visitas
2 Asistentes sociales	90%		1.200 Familias bajo control 6 Grupos o comités
4 Auxiliares clínica y terreno	90%	7,5 Atenciones ext. por hora (4 hrs.) 4 Visitas por hora (2 hrs.)	27.000 Atenciones 10.000 Visitas

Recursos comunes para todo el consultorio (que incluye 3 a 4 sectores):

- 1 psiquiatra de 4 horas.
- 1 psicólogo.
- 1 farmacéutico (uno para todos los consultorios de un Área de Salud), 1 tecnólogo médico.
- 4 auxiliares de enfermería: inmunizaciones, tratamientos.
- 12 funcionarios administrativos: estadística, secretaría, archivo, informaciones, contabilidad, farmacia, leche.
- 3 empleados de servicio.
- Local: 2.000 m^2 aproximadamente.
- Instalaciones especiales: Radiología y laboratorio mínimo.
- Vehículos: 2 en buen estado.

Observaciones

Los médicos que figuran con 4 horas completarían su horario de 8 horas en una u otra de las siguientes formas:

1. Sala del Hospital Base; en el Consultorio y en el Distrito respectivo, ya sea haciendo visitas domiciliarias, control de escuelas y Jardines Infantiles, o educación de grupos, o educación de personal, o labor de dirección del equipo, o trabajos de investigación.
2. Particularmente, el obstetra ginecólogo y la matrona disponen del 10 al 30% de su tiempo de policlínica para absorber las tareas de "Protección de la Familia" en el sector.

La ubicación de los inspectores sanitarios ha sido mencionada en 3.2.1.0.1.

COMBINACIÓN DE RECURSOS EN LA UNIDAD TIPO N° 3
(Hospital Consultorio de provincia o departamento)

POBLACIÓN A CARGO: 46.500 habitantes (8.500 familias)

6	Pediatras de 8 horas	20	Funcionarios administrativos
8	Internistas de 8 horas (a)	40	Empleados de servicio
2	Obstetras - ginecólogos 8 horas	4	Odontólogos
3	Cirujanos de 6 a 8 horas	1	Psicólogo
2	Cirujanos infantiles de 6 a 8 horas (en algunas áreas)	1	Farmacéutico
1	Traumatólogo de 6 a 8 horas	4	Tecnólogos médicos
1	Psiquiatra de 6 a 8 horas	1	Dietista
1	Otorrinolaringólogo de 6 a 8 horas (b)	6	Enfermeras de sala
1	Oftalmólogo de 6 a 8 horas (b)	3	Enfermeras de terreno
1	Radiólogo - laboratorista de 6 a 8 horas	10	Matronas (sala y terreno)
1	Transfusor anestesista de 6 a 8 horas	4	Asistentes sociales
1	Anátomo patólogo de 6.8 horas (a)	1	Jefe de saneamiento
1	Director de 8 horas	1	Estadístico

50 Auxiliares de enfermería (sala)

12 Auxiliares de consultorio y terreno

- 27 a 29 médicos.
- 250 camas: 110 camas de adultos (médico-quirúrgicas).
- 46 camas de pediatría, 40 camas de obstetricia. 54 otras.

Observaciones

- Esta combinación de recursos requiere ser adaptada a cada caso en particular, principalmente en función del tamaño de la población a cargo, que puede fluctuar entre 12 y 80.000 habitantes.
- Incluyen la responsabilidad por tisiología, constituya o no especialidad.
- Existirá solo en los hospitales mayores de esta categoría.

3. PROYECCIONES DE LA CANTIDAD DE MÉDICOS EN CHILE, 1960 -1990

EFECTO DE LAS MEDIDAS PROPUESTAS EN EL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO POPULAR

Año	Población estimada para Chile (1) habitantes	1.ª alternativa: sin adopción de nuevas medidas		2.ª alternativa: con adopción de las medidas propuestas	
		N° estimado de médicos (2) al mes de mayo	Índice de médicos por 10.000 habitantes	N° estimado de médicos (3) al mes de enero	Índice de médicos por 10.000 habitantes
1960	7.628.000	4.385	5.9	4.385	5.9
1968		5.415		5.415	
1969		5.570		5.810	
1970	9.261.000	5.755	6.2	5.995	6.5
1971	9.500.000	5.925	6.2	6.355	6.7

1972		6.115		6.715	
1973		6.295		7.075	
1980	11.650.000	7.516	6.4	9.350	8.0
1990	15.256.000	8.946	5.9	11.550	7.5

NOTAS:

I. La población de 1960 es la del censo de ese año, con la corrección del SNS. Las demás corresponden a la proyección del CELADE.

II. La estimación del N° de médicos tiene como base la cifra de 4.500 médicos que habrían estado en actividad en el país en 1961 (J. M. Ugarte e Insora). Las proyecciones de la 1.ª alternativa han sido calculadas por S. Morales y por B. Viel, tomando en cuenta las cifras de egresados: 200 en 5/62, 220 por año desde 5/68 inclusive, 240 en 5/69 y 270 en 5/70 y años siguientes. El N° de médicos retirados y fallecidos se ha estimado en 85 por año hasta 1980 y en 127 por año en 1981-1990.

III. La proyección del N° de médicos según la 2.ª alternativa supone:

- **a.** que en enero de 1969 se reciben 240 médicos adicionales por intensificación y abreviación de los estudios a 6 años, medida que empezaría a regir desde el curso que ingresa a 3.er año en 1965; y
- **b.** que, desde enero de 1971, se reciben 450 médicos anuales, en lugar de 270, gracias a un aumento de la admisión a 500 estudiantes y una reducción de la mortalidad académica a solo el 10% de los admitidos.

4. ESTIMACIÓN DEL N° DE CONSULTAS A PROPORCIONAR POR LOS MÉDICOS DEL PAíS, SEGÚN PLANTA ESQUEMÁTICA PARA 1971

		CONSULTAS	
Atención médica general urbana y suburbana: (médicos, matronas y psicólogo)	630 Unidades Tipo o sectores que otorgan cada una, aproximadamente, 25.600 consultas anuales	16.150.000	
Cirugía y especialidades	2.287 médicos, con un promedio de 3.000 consultas anuales (12 diarias)	6.861.000	
Total consultas urbanas y suburbanas		23.011.000	
Población urbana y suburbana			7.740.000 personas
Promedio de consultas por persona en población urbana y suburbana		3.1	
Atención médica rural: médicos y matronas	412 médicos con 7.500 consultas anuales y 206 matronas con 2.000 consultas anuales	3.502.0000	
Población rural			2.060.000 personas
Promedio de consultas por persona en población rural		1.7	
Total consultas en el país		26.513.000	
Población total del país			9.500.000 personas
Promedio de consultas por persona en el país		2.8	

5. DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS SEGÚN ESPECIALIDAD —CHILE 1961— Y BORRADOR DE PLANTA PARA 1971

ESPECIALIDAD	NÚMERO DE MÉDICOS		PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL	
	Chile 1961	Planta 1971	Chile 1961	Planta 1971
Medicina	1.272	1.556	28.4	24.5
Cirugía y Urología	738	601 c)	16.3	9.5
Traumatología y Ortopedia	110 a)	223 d)	2.4	3.5
Pediatría	612	1.248	13.6	19.7
Obstetricia y Ginecología	450 b)	618	10	9.9
Psiquiatría	135	258	3	4.1
Oftalmología	98	151	2.2	2.4
Otorrinolaringología	83	151	1.8	2.4
Tisiología	129	120	2.9	1.9
Cáncer y Radioterapia	32	50	0.7	0.8
Dermatología	45	74	1	1.2
Neurocirugía	29	40	0.6	0.6
Neurología	48	74	1.1	1.2
Radiología	105	209 e)	2.3	3.3
Laboratorio	153		3.4	
Anatomía patológica	46	57	1	0.9
Anestesiología	83	77	1.8	1.2
Salud Pública y Administración	103	217	2.3	3.4
Docencia	96	200	2.1	3.1
No clasificados	138	433 f)	3.1	6.8
T0TAL	**4500**	**6357**	**100.0**	**100.0**

a. Se han sumado las categorías Cirugía-Urología y Traumatología-Ortopedia.
b. Se han sumado las categorías Obstetricia, Ginecología, Cirugía-Ginecología y Obstetricia-Ginecología.
c. Incluye 139 cirujanos de niños.
d. Incluye médicos especialistas en medicina física y rehabilitación.
e. Incluye Laboratorio Clínico, Bancos de Sangre y Radiología.
f. Corresponde al Servicio Médico Rural.

6. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE MÉDICOS – CHILE – 1961 Y BORRADOR DE PLANTA PARA 1971

ÁREAS	NÚMERO DE MÉDICOS		PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL	
	Chile 1961	Planta 1971	Chile 1961	Planta 1971
Grandes ciudades	3.188 1)	3.884	71.0	61.0
Resto del país	1.312	2.473	29.0	39.0
TOTAL	**4.500**	**6.357**	**100.0**	**100.0**

1. 80% de los médicos de las provincias de Santiago, Valparaíso, Concepción, Antofagasta, O'Higgins, Talca, Ñuble, Cautín y Valdivia.

EPÍLOGO

A cincuenta y dos años de su muerte, Salvador Allende sigue siendo un símbolo en toda América Latina. Es el símbolo de la posibilidad de la construcción de un socialismo democrático con rostro humano. ¿En qué estribaba ese sueño? Allende lo explicó a los jóvenes mexicanos en la Universidad de Guadalajara en diciembre de 1972. El discurso, en el que pronunció su célebre frase: "Ser joven y no ser revolucionario es una contradicción hasta biológica; pero ir avanzando en los caminos de la vida y mantenerse como revolucionario en una sociedad burguesa es difícil", llama a los jóvenes a sumarse a los procesos revolucionarios en toda América. ¿Por qué? Porque el discurso empieza —tras los agradecimientos de rigor— con un tremendo diagnóstico de la realidad latinoamericana, marcada por la dependencia y la explotación, las cifras del analfabetismo, del desempleo, de la pobreza alimentaria, de la falta de vivienda; para luego hacer un análisis de los problemas de Chile y del subcontinente; y, finalmente, presentar las posibilidades de solución.

Hay dos constantes en el discurso: 1) la juventud revolucionaria y el estudio —así como la revolución, que en Chile inicia por la vía electoral—, y 2) la salud y los médicos. Porque una de las grandes preocupaciones de Salvador Allende era el bienestar del pueblo, que empezaba por la salud. Y ello queda patente en ese histórico discurso:

> Y aquí, en esta casa de hermanos, yo, que soy médico, que he sido profesor de medicina social y presidente, durante cinco años, del Colegio Médico de Chile, puedo dar una cifra que no me avergüenza, pero que sí me duele: en mi patria, porque hay estadísticas y no las ocultamos, hay 600 mil niños que tienen un desarrollo mental por debajo de lo normal (debido a una deficiente alimentación).

Ese compromiso con la medicina, también en el documento que hoy queremos presentarte, lectora, lector querido: el Plan de salud, atención médica y medicina social, fue presentado por su equipo de campaña en 1964. El doctor Salvador Allende fue cuatro veces candidato presidencial y ganó en su último intento, en 1970. Este programa que hoy presentamos es el que expuso en su anterior candidatura, aunque los temas centrales y la argumentación las repitió en la campaña de 1970.

El Plan empieza con los datos, las cifras de los muertos de enfermedades curables en Chile, de la mortalidad infantil, de las diarreas, la tuberculosis y los sarampiones que matan a los pobres, porque de eso se trata: las muertes evitables de los pobres. Además de demostrar la realidad chilena, el frío análisis muestra que un proyecto de nación, un programa de gobierno, debe partir del análisis de la realidad, sin maquillarla ni esconderla.

Frente a la terrible realidad retratada con los fríos números, ¿qué propone un Gobierno Popular? De inicio, propone crear una política de salud, porque en Chile no existía (no existe, escribe en presente en aquel momento) una política de salud que empiece por reconocer que la salud es un derecho. Con ello, Salvador Allende abrió una brecha, algo que hoy nos parece elemental: la salud es un derecho irrenunciable bajo el lema: «El pueblo conquista su derecho a la salud». Además, bajo el lema «Ningún enfermo sin su doctor», se propone el sueño, porque es eso, de la cobertura universal. Y como tercer punto central, la aplicación progresiva de la «medicina integral».

El concepto de medicina integral también era novedoso hace sesenta años. El equipo del doctor Salvador Allende lo definió así:

> La atención eficiente y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su totalidad física y mental, y como seres en proceso de adaptación con respecto a su medio físico y socio cultural.

Sesenta años después, esto nos suena anquilosado, pero ¡qué novedoso era entonces pensar que la salud era parte de la prevención social! Porque, tras explicarlo, resume:

> Esto es lo que la izquierda entiende concretamente por humanización de la atención médica: atención a todas las personas y atención a cada persona considerada integralmente.

De ahí se despliega un plan sumamente detallado y cuidadosamente calculado, para alcanzar paulatinamente las dos primeras metas en los seis años de gobierno y avanzar sustancialmente en la tercera: hospitales, clínicas de barrio, escuelas de enfermería, dignificación de los profesionales de la salud, programas de atención a grupos vulnerables, y todo ello acompañado de las medidas concretas a tomar en el corto plazo y la forma y montos para financiarlas.

Y con ese Plan, el doctor Allende tomó la presidencia de la República de Chile en 1970. La presidencia, pero no el poder. Pero esa es otra historia: lo que queremos mostrar aquí es un programa que tiene 61 años y, sin embargo, sigue siendo vigente en sus líneas fundamentales, en su humanismo integral.

Dr. Pedro Salmerón Sanginés

REFERENCIAS

Allende, Salvador. (1939). *La realidad Médico Social chilena. Síntesis.*

--------- *Salvador Allende: Obras escogidas. Ediciones del Centro de Estudios Políticos Latinoamericanos Simón Bolívar/ Fundación Presidente Allende. (España) Santiago Chile 1992.*

Vicenç Navarro. (2006). *El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias. Editorial Anagrama.*

Wilkinson, Richard y Pickett, Kate. (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva. Editorial Turner.*

AVISO LEGAL

Esta publicación se realiza conforme a la Ley Federal del Derecho de Autor, al Convenio de Berna y a los tratados internacionales aplicables. Para facilitar su circulación y estudio, esta edición se comparte bajo la licencia *Creative Commons* Atribución–No Comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0). En consecuencia, se permite su reproducción, copia y comunicación, siempre que se cumpla lo siguiente: I) mantener íntegros los créditos de autoría original y de esta edición; II) indicar si se realizaron cambios editoriales o de formato; III) no realizar explotación comercial alguna. Cualquier uso que respete estas condiciones contribuye al objetivo de difusión cultural, a la memoria histórica y al acceso público al conocimiento que inspiró el texto desde su origen.

1.ª edición, 2026.

Plan de salud, atención médica y medicina social, cuyo tiraje es de 1,000 ejemplares, se terminó de imprimir y encuadernar en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en los talleres de impresión del Sello Editorial ISSSTE, ubicados en Av. San Fernando 547-Edificio C, Tlalpan Centro I, Colonia Toriello Guerra, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14050, Ciudad de México, CDMX.

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

EDITORIAL ISSSTE

El manifiesto Plan de salud, atención médica y medicina social, publicado en 1964 como parte de la campaña presidencial del Dr. Salvador Allende, es un documento de enorme valor histórico, ya que refleja una visión integral y progresista de la salud pública en Chile, y un enfoque indudablemente revolucionario para aquel entonces. Este texto propone una reforma estructural del sistema de salud basada en principios de equidad, solidaridad y participación ciudadana. Entre sus objetivos principales destacan la atención médica integral para toda la población, con prioridad para los sectores más vulnerables, la democratización de los servicios de salud, la formación eficiente de personal sanitario y la implementación de políticas preventivas y de investigación científica. Además, el Plan aborda temas como la protección de la familia, la atención a grupos específicos como mujeres, niños, ancianos e inválidos, así como la mejora de las condiciones laborales y de seguridad social.

Este documento es un hito en el pensamiento social y político de América Latina. Como parte del legado invaluable de Salvador Allende a los movimientos progresistas de nuestra región, marca un precedente en la lucha por un sistema de salud más justo y accesible para nuestros pueblos. Su enfoque en la salud como un derecho humano universal y su integración con el desarrollo económico y social lo convierten en un modelo visionario en materia de planificación sanitaria, en el contexto de un «estado de bienestar» que garantice justicia social para todos.

Por ello, la reimpresión del Plan, en el Sello Editorial ISSSTE, reafirma su relevancia como un referente insoslayable en el campo de la construcción de la seguridad social, el estado de bienestar y las políticas públicas equitativas y participativas que para ello se requieren. Asimismo, su reimpresión pone de relieve la influencia y el impacto de esta obra en la historia de la salud pública latinoamericana, los movimientos progresistas que han abrevado de este pensamiento, así como la vigencia y la continuidad intelectual que aún conserva este planteamiento de mérito excepcional.

Gobierno de México
ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
EDITORIAL ISSSTE