

DIA MUNDIAL DE LA SALUD

El título del presente trabajo corresponde al tema de un Symposium organizado por la Sociedad Chilena de Salubridad, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud, realizado los días 11 y 12 de Abril, con motivo del Día Mundial de la Salud.

La participación de sociólogos demógrafos y urbanistas junto a los profesionales de la salud y la educación promovió un intercambio del más alto interés.

CUADERNOS MEDICO-SOCIALES se complace en publicar una síntesis de este notable diálogo interdisciplinario, a base de notas gentilmente preparadas por los Dres. Gustavo Molina y Hugo Behm.

La salud del hombre de la gran ciudad

El hombre en la gran ciudad

Dr. AMADOR NEGhme R.

Decano, Facultad de Medicina
Universidad de Chile.

Es de alto interés este diálogo entre universitarios y los organismos encargados de la salud, para examinar los problemas que plantea la urbanización acelerada del país. Ofrece un estímulo a la colaboración interdisciplinaria, a la vez que bases científicas, tecnológicas, demográficas y sociológicas para el análisis de los programas nacionales de salud urbanos y de sus perspectivas futuras.

Al médico compete abordar con suficiencia los problemas de la enfermedad y, para ello, es inexcusable el estudio de las reacciones integrales del ser humano a los estímulos del medio ambiente, del equilibrio entre el ambiente interno y el medio externo. La historia individual y social, las experiencias que los grupos o comunidades humanas hayan experimentado en el pasado, condicionan la manera de la respuesta del ambiente interno en frente a las agresiones o estímulos del ambiente externo. El médico que comprende la influencia del ambiente integral sobre la condición humana está en mejor situación para ayudar a sus enfermos. Una de las mayores responsabilidades de la Medicina —ha dicho con sobrada razón el Dr. René Dubos— consiste en actuar en cierto modo como guía para la humanidad en relación con los problemas que presentan las respuestas del cuerpo y de la mente frente a nuestra civilización tecnológica.

El hombre se siente amenazado, y en efecto lo está, por la escisión que se ha producido entre la vida y las condiciones y ciclos naturales que determinaron la evolución humana, por la constante e inevitable exposición a los estímulos de la civilización urbana e industrial; por los múltiples aspectos de la contaminación ambiental; por los traumas emocionales y, frecuentemente, por la soledad de la vida en las urbes

congestionadas; por la monotonía, el aburrimiento e incluso el ocio obligatorio que deriva de la automatización del trabajo. Son precisamente éstas las influencias que originan la mayoría de los problemas médicos actuales. Como parte de las alteraciones que sufren el cuerpo y la mente no son sino la expresión de respuestas inadecuadas ante las influencias ambientales.

La revolución industrial ha sido factor importante en la actual tendencia a considerar los problemas médicos desde un punto de vista social más que individual. Los capitanes de industria, los filósofos sociales —como Owen, Saint Simon y Fourier— y los médicos como Peter Frank, Villerme y Virey y el gran alemán Virchow, fueron impulsados por consideraciones sociales y políticas al preocuparse de las condiciones precarias de trabajo, vivienda y salud de obreros y familiares.

El proceso de urbanización ha venido a reproducir en vasta escala muchos de los males que la humanidad sufrió con la revolución industrial.

Los esfuerzos para mejorar el saneamiento se han malogrado por la extensión en superficie de las ciudades y el nacimiento de nuevas poblaciones. Falta de agua potable, los sistemas de alcantarillado se hacen insuficientes y su prolongación y mantención es cada día más difícil. Prevalecen en esas condiciones las infecciones intestinales, la tasa de fiebre tifoidea no ha tenido casi variaciones en los últimos 30 años y las infecciones parasitarias persisten con tasas altas.

La contaminación atmosférica producida por el humo de las chimeneas de las fábricas, por el hogar y los vehículos de transporte, lo que se agrava por el aumento del polvo ambiental en una zona poco lluviosa como la nuestra, trae

un incremento de la bronquitis crónica; sin que se pueda descartar el papel del humo en la génesis de cánceres de las vías respiratorias.

En síntesis, el crecimiento vertiginoso de las ciudades ha replanteado con urgencia nueva los problemas del saneamiento del medio. Esfuerzos de varias décadas han sido neutralizados.

La explosión urbana —por migración y por alta tasa de reproducción— ha dado lugar a extensas poblaciones marginales, callampas de barro y aún de cemento y de ladrillo. El hacinamiento facilita el contagio físico así como las enfermedades mentales, por la constante irritación y falta de intimidad.

La congestión y el ruido, el ritmo agitado de vida de la ciudad, la anonimidad que todo lo invade y su reglamentación terminante de lo que el individuo puede o debe hacer o no hacer, son en gran medida causas de trastornos neurológicos y psicosomáticos.

El ruido y la demora y dificultades en la circulación callejera son factores principales de esta contaminación "psíquica" que se traduce en accidentes, insomnios y estados tensionales. Otra causa de esta contaminación es el modo de usar o dilapidar el tiempo libre para recreaciones. La televisión, el cine y la radio a transistor puede ser tanto o más peligrosas —o bené-

ficas— cuanto que representa para masas de hombres y mujeres su única fuente de instrucción y de cultura. Las horas gastadas en viajar del hogar al trabajo malogran conquistas históricas en la reducción de la jornada y dislocan la vida familiar.

El alcoholismo no es propio de la ciudad pero es más alarmante en ellas a causa del deterioro mental y social que provoca en sus víctimas. La delincuencia juvenil es hija de la gran urbe y su enorme aumento guarda correlación con el desarrollo de las zonas industriales. Su causa principal parece ser la falta de "afecto o ternura", serio problema de salud.

Los accidentes del tránsito, así como los ocurridos en la industria y en el hogar, van en aumento creciente y exigen nuevas y mejores facilidades técnicas para su atención inmediata y para las invalideces que ocasionan.

He aquí en rápida enumeración* algunos de los problemas que serán objeto de estas discusiones, con el aporte de distinguidos profesionales. Espero que este diálogo entre universitarios y administradores ponga de realce de nuevo el valor humanitario de su función, pues la salud del hombre debe estar siempre presente en nuestras acciones.

Salud y urbanización acelerada

Dr. Gustavo Molina, Coordinador del Symposium.

1. LOS PROBLEMAS.

Es tradición celebrar el Día Mundial de la Salud, proyectando información o estimulando la conciencia ciudadana en torno a temas de ordinario bien controlados o conocidos para nuestras técnicas profesionales. El análisis del tema elegido este año ha movido a un enfoque más bien introspectivo cual es: mirar los efectos del proceso de la urbanización sobre el trabajo y las profesiones de salud, y sobre el complejo de su formación con el ánimo de revisar los principios y esquemas formulados en la primera década de vida de la Sociedad.

El desarrollo de grandes aglomerados urbanos ha tenido muchos efectos benéficos para

* Se invita la atención de los lectores al excelente material contenido en SALUD MUNDIAL, Marzo 1966 y al folleto distribuido por la Sección Educación para la Salud del S. N. S.

el individuo y la sociedad. Ellos son más aparentes en los países que han completado o están completando el proceso de urbanización. Pero sus efectos adversos se hacen sentir, de modo más dramático y angustioso, en los países atrasados y dependientes. Tal es el caso de Chile, donde es fácil enumerar serias agresiones a la salud creadas o agravadas por la urbanización acelerada, aún dentro del nivel estacionario y bajo de los distintos indicadores, en el conjunto y sobre todo para las grandes mayorías nacionales. A causa del estancamiento económico y cultural del país, la vida, sea de la ciudad, el pequeño pueblo o el campo, está organizada, de tal modo en contra del hombre y de su crecimiento armónico, y son igualmente tan graves los problemas de salud física y mental, que resultan esquizofrénicas nuestras cambiantes prioridades de una a otra área geográfica o programática. En estas condiciones, la urbanización, sin orden y plan, está pro-

duciendo efectos catastróficos sobre la salud del hombre y un serio impacto en nuestra disciplina.

Estos cambios en la morbilidad dominante y en la demanda de atención médica reafirman la necesidad imperiosa de expandir e incorporar en la formación de los médicos y profesionales de salud en general, conocimientos, destrezas y actitudes que tuvieron poca o menor importancia en el pasado. Me refiero al conocimiento de la biografía de cada paciente como persona en interacción con su medio familiar y cultural, los grupos y su comunidad; la enseñanza de las ciencias de la conducta; el aprendizaje de la relación profesional-paciente y del trabajo en grupo, como parte de la práctica clínica.

El crecimiento desordenado de Santiago y otras ciudades provoca desigualdades y tropiezos crecientes en la distribución y uso de los servicios médicos y de salud, que abruma a los administradores. ¿Es que la urbanización acelerada y factores concomitantes han hecho fracasar al SNS como sistema, impulsado por nuestra sociedad, en 1952? ¿O acaso, como insinúa Brockington, nos anticipamos en demasía al desarrollo socio-económico y debemos readaptar principios y esquemas a la maduración subjetiva más lenta de la sociedad, a la persistencia de formas mixtas en la organización de la atención médica?

En esta perspectiva, el proceso de la Urbanización constituye un acicate y un llamado a clarificar el aporte de nuestra especialidad en esta su segunda o tercera generación. Hay sin duda notable confusión en nuestros cuadros. Si se toma como ejemplo su grupo más numeroso, la profesión médica está profundamente insatisfecha. Cree que la sociedad no remunera su trabajo con justicia; carece de tranquilidad económica para atender bien a sus pacientes en el SNS y para el perfeccionamiento individual; siente que el Gobierno y la colectividad no entregan los recursos mínimos requeridos por la aplicación de una tecnología en progreso continuo y, a veces, aún por el respeto a la persona humana, sana o enferma. Fue partícipe esperanzado, sobre todo las recientes generaciones médicas, en el proceso que condujo al ideal de Sigerist de eliminar por una medida industrial las barreras económicas entre el médico y las clases trabajadoras chilenas en demanda de servicios. Pero comunica mal con masas de clientes irritados por un aparato funcionario rígido, pobre, deshumanizado en cuyo manejo ni unos ni otros tienen participación vital. Por segunda vez, en el lapso de 3 años, está hablando la huelga en su tarea de atender a los enfermos. No bas-

ta constatar —con alarma o regocijo— que cada día más profesionales piensen, como Virchow en 1848, que la reforma médica necesaria es sólo parte de la reforma ineludible de la sociedad.

Tampoco ayudará a enfrentar esta crisis una actitud de complacencia, de adhesión quietista a las fórmulas existentes, de parte de nuestros profesionales y especialistas.

La agudización de los problemas de salud coloca a la orden del día un análisis severo de toda la situación. Hay que pensar de nuevo, libre de los prejuicios de la generación anterior y de consideraciones circunstanciales, los sistemas de distribución y remuneración de servicios médicos y de salud, los métodos de formación de sus profesionales, el equilibrio realista entre los sectores públicos y privados, y problemas similares, dentro del marco de una sociedad en trance de urbanización acelerada. Esta es una tarea para los jóvenes a quienes la Sociedad y la Facultad contribuyó a entregarles una especialidad reconocida con futuro en apariencia esplendoroso. Igual que en la década del 50, nuestra Sociedad está en las mejores condiciones de objetividad e independencia para coordinar el estudio de los esquemas doctrinarios y de organización para los próximos decenios. El Día Mundial de la Salud les ofrece el estímulo para ello.

Como un prólogo a tal proceso, tres especialistas de particular versación nos muestran algunos de los aspectos más importantes del nuevo marco en que deberán operar los programas y actividades de salud. Luego, cuatro expertos en el proceso de organizar servicios para distribuir salud, examinan su impacto en algunos grandes programas urbanos.



2. CARACTERISTICAS Y TENDENCIA DE LA URBANIZACION General

Carmen Miro, Directora Centro Latinoamericano de Demografía. CELADE.

Se define la urbanización como el proceso por el cual la población tiende a residir en áreas urbanas. Aunque los límites de lo "urbano" son vagos, se trata de una tendencia clara y muy acelerada. En 1900 había en el mundo 21 ciudades con 100.000 o más habitantes; en 1940, eran 720.

La migración hacia la gran ciudad no se origina sólo en el campo, sino también en ciudades menores. Es debida a la industrialización, en medida apreciable, pero no exclusiva. Diversos

factores presionan para expulsar a la población del campo, donde la fecundidad es además más alta.

La inmigración se hace predominantemente a base de adultos jóvenes; en América Latina, dominan las mujeres.

La urbanización es un complejo proceso económico, social y demográfico, que altera la estructura de la población. Ha adquirido un ritmo muy acelerado en la última década, como muestra el cambio en la proporción de los porcentajes de población en ciudades sobre 25.000 habitantes.

	1950	1960
En el mundo	25%	32%
En América Latina	21%	28%
En Argentina, Uruguay y Chile	47%	56%

Esta última proporción es más alta que la de Europa Occidental y el índice de crecimiento urbano es menor en las áreas desarrolladas. En América, con excepción de Sao Paulo y algunas ciudades de Ecuador y Colombia, la concentración se hace de preferencia en la ciudad capital. El número de ciudades sobre un millón de habitantes subió de 4 en 1940, a 10 en 1960 y en ellas vive el 11% de los latinoamericanos.

Pero también en Chile, se empieza a observar que la gran ciudad crece algo menos aceleradamente, mientras aumenta el índice de crecimiento de las ciudades menores. Así, Santiago creció en un 4% por año en el período 1952-1960, mientras las ciudades de 20.000 habitantes y más aumentaron en 5,9% y el promedio del país en 2%. con un descenso de 0,2% para la zona rural. O sea, que el 41% del aumento total es absorbido por Santiago, que alberga en 1960 al 26% de los chilenos, comparado con el 14% en 1920.

¿Quiénes hacen crecer las ciudades? La encuesta sobre migración de 1962 muestra que uno de cada tres santiaguinos de toda edad y uno de cada dos de 15 a 44 años, son inmigrantes. no nacidos aquí. El 48% son jóvenes de 15 a 29 años y hay 71 hombres por cada 100 mujeres. Los migrantes tienen un nivel educacional menor, tasas de desocupación mayores e ingresos medios más bajos; una mayor proporción de ellos son trabajadores manuales y su desempleo parcial es alto. La mayor parte vienen de núcleos sobre 5.000 habitantes y han procedido por etapas; entre los mayores de 14 años, 4 de 6 vinieron directamente sin historia de migración.

Los motivos más frecuentes para migrar son la búsqueda de trabajo, por desocupación o subempleo en su lugar de origen. No logran

ascenso social en seguida y parecen menos bien colocados que los nativos capitalinos: 20% de los hombres y 10% de las mujeres están cesantes en los 3 primeros meses de su llegada a Santiago.

3. ASPECTOS SOCIOLOGICOS DE LA GRAN CIUDAD.

Glauco Soares, Director Facultad Latinoamericana de Sociología, FLAGSO.

De ordinario se destacan los factores negativos de la vida en la ciudad comparada con el campo, sin que el juicio sea siempre objetivo. Para el sociólogo, el estilo urbano y rural son sólo diversos modo de vivir, no independientes. Parece que el hombre urbano tiene ventajas económicas; pero psicológicamente es dudoso. Las tentativas matemáticas de correlación indicarían que la mortalidad general e infantil bajan y el ingreso y nivel educacional suben con la urbanización; pero también aumentan los suicidios, los divorcios y la delincuencia juvenil, aunque la tasa de homicidios es mayor en el medio rural.

El habitante del campo se siente más seguro, es parte de una familia extensa y se mueve en un ambiente más estable aunque más reducido. Es más religioso que el ciudadano, sin que esto sea un signo de mayor integración, sino que depende de la organización patriarcal de la sociedad rural. No está en discusión, por falta de criterios objetivos, cuáles son los diferenciales en "felicidad".

Pero es muy importante que el hombre urbano agrava los defectos de su propia comunidad, a través de las decisiones de alto nivel político, que son siempre hechas en la ciudad. La urbanización ha adquirido un ritmo más acelerado que en las primeras etapas de la industrialización, a causa de esas decisiones y en particular dos de ellas:

a) Se mantiene el subdesarrollo del campo, estimulando así el crecimiento urbano; y

b) Se importa tecnología avanzada que ocupa menos brazos, que son abundantes, y equipos elaborados que son costosos; de aquí resulta una alta productividad y una alta tasa de desocupación.

Esta industrialización "alienada" ha producido en uno de los países latinoamericanos un 15% de cesantía, sin considerar el sub-empleo. Esta es una decisión del hombre urbano quien agrava así sus problemas, descuidando el campo y fomentando en las clases medias móviles

y expectativas de países avanzados. Funcionarios militares se quejarán de ganar la mitad que sus colegas norteamericanos olvidando que sus compatriotas obreros y campesinos ganan 10 veces menos. Profesionales en todos nuestros países emigran al extranjero antes que ir a desarrollar el campo, imitando una cultura basada en abundante capital, de que carecemos y en poca fuerza de trabajo, que nos sobra.

En este círculo vicioso, la vida urbana y rural no son unidades homogéneas; incluyen estratos económicos muy bajos en que los niveles de desocupación, de enfermedades mentales y otros se sobrepone entre el campo y la ciudad.

En suma, la urbanización es inevitable. Pero el hombre urbano se aliena, importando modelos, que agravan la situación de la gran urbe.

4. LA CONTRIBUCION DEL URBANISTA.

Marcelo Duhart, Profesor de Urbanismo, Universidad Católica de Chile.

El urbanista se definió en el pasado como el creador de nuevas ciudades (Grecia, el período barroco), en el seno de colectividades autocráticas. Más tarde, como el técnico en la provisión de servicios de agua, transporte y similares. Hoy se le concibe como uno de los miembros del equipo interdisciplinario llamado a resolver los complejos problemas del fenómeno urbano.

Tales problemas son en primer lugar de carácter físico. Se anticipa que la población llegará a 6 billones en el año 2000 y sólo empezará a decrecer en el siglo XXI. Este crecimiento acelerado hará que se ocupe todo el área apta para vivienda, generalmente tierras altas excluyendo los bosques, polos y desiertos inhóspitos. El ecúmene será de tal modo ocupado que se producirá una continuidad urbana y rural de sólo diversa concentración, borrando diferencias entre las ciudades y el campo.

Para el año 2000 se espera en Chile una población de 20 millones, de los cuales 11 habitarán el sector Serena a Puerto Montt y 5 de ellos en el área de Santiago; esto es si se aplica algún equilibrio territorial; pues de otro modo llegaría a la mitad del área ocupada.

Santiago no podrá continuar creciendo indefinidamente a causa del excesivo costo para obtener agua y energía. En cambio se deberá incrementar una red de pueblos menores y continuarán creciendo algunos centros como Concepción. Nuestro problema es cómo lograr esta

expansión sin caer en el caos. Ciertamente la política de "laissez faire" no servirá.

En nuestro país la creación del Ministerio de Vivienda y Urbanismo es un gran progreso, pero debiera ser sólo parte de un amplio plan que comprenda diversos aspectos físicos, sociales y otros. Porque el desarrollo desordenado de la capital ha ocasionado serios problemas y cuantiosos derroches.

Su extensión de 12.000 hectáreas es excesiva para la población de 2 millones. En igual área se pudo haber construido una ciudad jardín; la concentración puede llegar sin peligro a 300 personas por hectárea.

Hay graves problemas de transporte; es anti-económico y obliga a derrochar buena parte de las horas preciosas, que todos deberían tener libres para esparcimiento y otras actividades, en una movilización complicada inútilmente.

Se ha perdido la visión del paisaje, de este don preciado de la cordillera, a causa de la contaminación atmosférica y de otros factores. El espacio urbano carece de plazas y jardines. Al mismo tiempo se han destruido las avenidas o arterias clásicas.

Se ha perdido la tierra; 20 mil hectáreas de cultivo han sido malogradas sin perdón. Se desperdicia el agua potable en regar jardines, en lugar de aprovechar el agua del deshielo en un clima subtropical. El zanjón de La Aguada es un derroche enorme. Lo único que nos falta es abovedar el Mapocho.

Hemos perdido el aire en la ciudad. Parece que ya no sabemos de donde vienen los vientos dominantes. Luego 200 mil santiaguinos con mejores medios han huído de la ciudad y participado en un gran despilfarro de recursos para formar una ciudad al oriente del canal San Carlos, agravando el problema urbanístico y copiando una construcción extranjera que no se adapta a la realidad local.

Nuestra proposición se basa en la enseñanza de nuestros historiadores. Hay que recuperar la funcionalidad de la ciudad antigua trazada por dos grandes urbanistas, Pedro de Valdivia y Vicuña Mackenna. Hay que resolver o decidir la ocupación urbana de Santiago, acabando con esta densidad fofa de ciudad jardín, imposible para el hombre a pie o para una mecanización práctica. El corazón de Santiago limitado por el Cerro, la Alameda y el Mapocho se expandió inicialmente hacia el sur y el norte en el eje del valle y merced a un crecimiento natural. Un elemento perturbador ha sido el ferrocarril que centra la industrialización en el eje paralelo que pasa por la Estación Central y tiene un efecto negativo en las poblaciones cercanas. La huida al barrio alto termina por desordenar la ciudad.

Para terminar, la solución a estos problemas sólo puede lograrse mediante un equipo multi-profesional que combine la planificación física

que es una actitud impositiva con los otros mecanismos reguladores del crecimiento urbano ordenado.

Programas actuales y perspectivas

1. LA ATENCION MEDICA EN LA GRAN CIUDAD.

Dr. Carlos Montoya, Profesor de Medicina Preventiva.

Siendo su propósito servir a un número de personas en un medio dado, la estructuración de la atención médica debe adaptarse a las características de la población y su distribución en el ecúmene. A grandes rasgos, esta combinación de población y medio se expresa en Chile en tres realidades geodemográficas, a saber:

8 a 10 grandes ciudades, de 100.000 habitantes o más, con el 40% del total;

Unos 80 conglomerados intermedios de 12 a 80.000 habitantes, y

De 80 a 110 áreas rurales y semi-rurales, variable según diversos criterios.

Dentro del marco institucional de Chile, se ha ido perfeccionando una modalidad de atención médica para la gran ciudad, cuyos factores determinantes pueden esquematizarse así:

Política de atención médica (eficiencia)

Población, \longleftrightarrow Tamaño y composición de los equipos humanos

La capacidad económica local y la consiguiente economía de la inversión fija determinan el límite mínimo de tamaño de las unidades. El límite máximo depende de dos factores: por un lado, la densidad residencial, la ubicación ocupacional o escolar, de las que depende la accesibilidad a pie; y, por otra parte, la capacidad administrativa para operarlos. Así se han diversificado 4 tipos de "establecimientos", a saber: Hospitales-base o grupos hospitalarios; Consultorios distritales; Unidades de base ocupacional, y Establecimientos especializados.

Es importante resumir las *funciones y características de estos establecimientos-tipo*, en especial los dos primeros*.

* Un desarrollo mayor del tema puede verse en: C. Montoya - "Atención Médica". Publicaciones de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 1965.

a) *Hospital-base*: En la gran ciudad debe atender únicamente los servicios de urgencia y las personas referidas por los consultorios distritales, para hospitalización, diagnóstico y tratamiento especializado. Otras funciones importantes del hospital-base son las de servir como centro administrativo de un área y las de dar asesoría y supervisión técnica a los establecimientos más pequeños, procurando el perfeccionamiento del personal respectivo. El número adecuado de hospitales-base está determinado por el tamaño máximo administrable, ya que no son establecimientos a los cuales la clientela deba acceder con frecuencia, y habría cierta ventaja económica en concentrar los servicios hospitalarios en un solo grupo de edificios.

b) *Consultorios distritales*: Su papel es el de dar atención de primera instancia a la población de un "distrito", a través de equipos multiprofesionales que actúen como médicos de familia pluripersonales responsables de sectores con 10 a 15.000 habitantes cada uno. Además tienen que desarrollar actividades a nivel de la colectividad: control de enfermedades transmisibles, saneamiento, educación y trabajo social con grupos y comunidad. Son la clave de la aplicación de los principios de la atención médica integral. Todo esto se refleja en su planta física y en su planta de personal. En cuanto a planta física, un consultorio distrital no puede ser el "policlínico" en que la población habitualmente piensa: una casa de 3 ó 4 piezas ubicadas al azar. No; se trata de unos mil metros cuadrados de construcción, para alojar a cada uno de los tres o cuatro equipos de los sectores del distrito y a los servicios generales respectivos, incluyendo laboratorio mínimo, radiocopia, bodega de leche, farmacia, estadística, vacunatorio, tratamientos, sala para el personal, sala de educación, y facilidades para docencia. Cada equipo de sector debería constar aproximadamente de dos pediatras; dos médicos generales de adultos, un obstetra-ginecólogo, una enfermera, 1 ó 2 asistentes sociales, una matrona y 2 a 4 auxiliares.

El tamaño de los consultorios distritales está dictado por la accesibilidad recíproca a pie. Con una densidad del orden de 250 habitantes por manzana, como la hay en los barrios de Santiago, una población de 42.000 habitantes se da en una superficie de 13 cuadras por lado, y el vecino más distante queda así a sólo 12 cuadras de distancia del consultorio, unos 20 minutos de marcha.

Cada una de las 5 áreas Hospitalarias actuales cuenta con un frente interior constituido por comunas relativamente estabilizadas (Santiago, Quinta Normal, Providencia y, hasta cierto punto, San Miguel) y con un frente exterior en rápido crecimiento y ajuste (Comunas de Conchalí, Barrancas, Maipú, La Cisterna, La Granja, Ñuñoa y Las Condes). Es este último frente el que obliga en la gran ciudad chilena de hoy, a una planificación de excepcional agilidad y poder de anticipación.

c) *Unidades de atención ocupacional.* Están muy poco desarrolladas, pese a que se justifican porque la ubicación diurna de los trabajadores los aleja, generalmente, del consultorio que les correspondería por residencia.

d) *Establecimientos especializados.* El factor importante en su ubicación es la accesibilidad respecto al resto del país.

Rasgos de especial interés frente a la urbanización masiva

Una función no explícita de la atención médica bien realizada es la educación, tomada ésta en su sentido más amplio. En efecto, las acciones que los individuos reciben de la medicina son esencialmente racionales, científicas; a la larga, junto con las acciones, la población absorbe una forma de pensamiento lógica y objetiva. Esta disciplina del pensar, que es también una actitud ante el mundo, es entregada no sólo insensiblemente en los actos de cada día, sino en forma discursiva: recordamos cursos dados a auxiliares voluntarias, en los que se debió comenzar por explicar las nociones de "fenómeno", "concepto" o "causa". Por otra parte, la población debería ver y vivir en su consultorio distrital un modelo permanente de respeto mutuo, de alegría, afabilidad y de trabajo coordinado que persigue auténticamente una meta generosa, digna de seres humanos. La enajenación propia del actual régimen económico y social genera, en las capitales, barrios de moradores "aislacionistas", sectores tremendamente empobrecidos en lo psicosocial, en los cuales el simple diálogo, el "percibir —interés humano— hacia uno", es ya una terapéutica (si bien por sí sola es apenas sintomática). Por lo tanto, el planificador global urbano debe tomar en

cuenta la potencialidad *civilizadora* del aparato de atención médica; esta función sería urgente ante la brusca llegada de elementos nuevos al "frente externo" de las urbes.

La atención de gran número de personas que son, sin embargo, accesibles, exige planificar las *comunicaciones* recíprocas. Ello requiere diseñar los canales de comunicación: Comité asesor de la comunidad, red de auxiliares funcionarios, auxiliares voluntarios, organizaciones de masa, profesores, periódicos y otros. También hay que estudiar especialmente el contenido y forma de los mensajes, la información por recoger, y el registro, elaboración y utilización de esta información.

En la ciudad moderna, el C. D. necesita tener un cuadro claro de los factores del *medio ambiente* del distrito que atiende, así como del progreso logrado en el control de las situaciones adversas. Tanto esta actividad como la anterior y la elaboración de los servicios prestados y de la morbilidad son hechos suficientemente complejos como para sugerir la conveniencia de introducir en ellos cierto grado de mecanización.

La gran ciudad plantea a los médicos de los C. D. la tarea fascinante de *definir sociológicamente la población* que les corresponde atender, dentro de la gran gama de variedades que ella ofrece; sectores con gran cantidad de empleadas domésticas, sectores con gran densidad de solteros, o de ancianos, o de mujeres, barrios de gente en ascenso, y distritos con gente de procedencia rural reciente, etc.

Los Consultorios Distritales propios de la gran ciudad plantean formas peculiares que afectan a la *definición misma de las especialidades médicas*; por ejemplo, se necesita en la atención externa distrital, no un internista en el sentido habitual, sino un "médico general de adultos"; y se requiere dar atención ginecológica y obstétrica en una modalidad tal que un solo médico deberá ejercer ambas especialidades, todavía separadas, dentro del S. N. S.

La urbanización exige esta forma de organización asistencial, la única que permite ejercer *medicina integral*. El no adoptarla tiene un costo social no sólo en términos de comodidad o economía de transporte, sino de eficiencia. Está demostrado que el gran hospital no puede atender habitualmente, ni controlar, a la enorme clientela que le correspondería.

Imaginando el futuro

Los planes de atención médica y sus establecimientos son una variable dependiente respecto a las formas y organización de la vida en la gran ciudad.

Por ejemplo, la planificación urbana puede determinar una zonificación tal de la industria y la vivienda, que permita fusionar la atención de base residencial con atención sobre base ocupacional. En la misma forma, puede resolver racionalmente el problema de la vivienda de los funcionarios de atención médica en cada distrito. Los sistemas de transporte y comunicaciones determinarán, por su nivel de eficiencia, el grado en que puedan centralizarse determinadas actividades administrativas o asistenciales, v. gr.: atención del parto.

El planificador y la autoridad metropolitana podrán hacer realidad los "centros de servicios" en los barrios, ganglios sociales en que se agrupan e interrelacionen las funciones de gobierno local en las sedes de los organismos de masas, y con los establecimientos médicos, educativos, culturales y recreacionales.

Las mismas "leyes" que determinan los tipos de unidades asistenciales de la gran ciudad pueden dar resultados totalmente diferentes al producirse grandes cambios en la densidad de población de los barrios. Con edificación vertical es posible alcanzar en ciertos sectores densidades del orden de 700 personas por manzana: en este caso, habrá dentro del radio accesible a pie, ¡unas 120 mil personas, las cuales justifican un hospital general de 480 a 500 camas! ¡Entonces cada Consultorio Distrital verá crecer a su lado un hospital de diez pisos y se habrá restablecido la clásica unidad asistencial de las ciudades pequeñas, pero multiplicada por diez o por veinte! En otros sectores de la metrópoli, la tendencia es opuesta: aparece el barrio residencial suburbano con 70 personas por hectárea, en donde, aunque el radio de accesibilidad deba considerarse aumentado por el uso frecuente del automóvil y del teléfono, deberá de todos modos cambiar nuestra concepción del C. D., acercándose al tipo de solución que se emplea en medio rural.

La urbanización, proceso primariamente cuantitativo, incorpora transformaciones cualitativas que afectan a todas las esferas de la actividad humana. Los trabajadores médicos, como variable dependiente dentro del proceso, están necesariamente interesados en participar en su planeamiento.

2. AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO.

Enrique Munizaga, Director de Obras Sanitarias.

La situación actual de nuestras ciudades es el resultado de una larga historia, que se inicia a

finis del siglo pasado con la era de los servicios municipales. La doctrina era la competencia municipal para establecer y explotar los servicios de agua potable y alcantarillado. Cuando la legislación implementa el control estatal, en 1931, no se deroga esa doctrina y el proceso es reversible. Esta política ambiciosa lleva en 1941 a promulgar un plan de obras para los pueblos de 1.000 habitantes o más.

Y así, al estímulo de presiones electorales, hoy existen servicios de agua en casi todos los centros donde viven los 5.700.000 habitantes urbanos; sólo carecen de ellos unas 200.000 personas. Pero en las grandes ciudades hay más de 1.300.000 chilenos en áreas sin redes, y otros 700.000 en áreas mal abastecidas. Mientras mayor la ciudad, mayores son las deficiencias.

Otro dato del problema es la proporcionalidad entre el crecimiento de la población y el de las obras. Pese a la explosión desordenada, se ha mantenido una relación constante de 1,5 entre población total y población servida; la razón se eleva a 2 cuando se considera la población mal abastecida. Es decir que ha habido recursos para mantener un ritmo de aumento de la población abastecida igual al del crecimiento urbano; pero habiendo partido con déficit, éste también va creciendo en la misma proporción. En estas circunstancias, es preciso duplicar el abasto de agua, dando un gran impulso inicial, a partir del cual los servicios se defenderán solos con un sistema de tarifas que no estimule el despilfarro, aunque sigan entregando a los pobres 30 metros cúbicos por E° 2.

Una política parecida ha producido un resultado semejante en materia de *Alcantarillado*. Aquí la relación entre población urbana total y población servida se mantiene alrededor de 4 entre 1945 y 1960. También las metas legales fueron bajando el tamaño de ciudades que se debía servir hasta llegar a 5.000 habitantes. El grave problema adicional del tratamiento de las aguas servidas ha sido también resuelto en varias ciudades menores, de modo que Santiago constituye el foco más serio, como lo demuestran sus tasas de morbilidad crecientes en contraste con el resto del país. Una era nueva se inicia en 1955 mediante la ejecución de obras con el aporte de los beneficiarios; estas erogaciones determinan una expansión de las obras que hace bajar a 3 en 1965 la proporción urbano-servido. O sea, se requiere triplicar el alcance del servicio de alcantarillado.

El préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo —en una operación de crédito blando con criterio social— es la respuesta para el impulso inicial en materia de Agua Potable, que es nuestro compromiso duplicar para proteger

la salud del hombre urbano. El mismo tipo de préstamo será necesario para la planta de tratamiento del Alcantarillado de Santiago (y otras requeridas en el futuro), que se financiará con un aumento de 2 a 4 por mil en la contribución de alcantarillado de la ciudad, enteramente justificada, si se recuerda que es del 5 por mil en el resto del país. El presupuesto fiscal puede financiar los colectores principales. Una campaña activa para obtener erogaciones adecuadas de los interesados deberá producir recursos suficientes para extender las redes ya que hasta ahora hemos esperado que la población necesitada venga hacia nosotros.

Sobre estas bases, se ha preparado un Plan Quinquenal para las ciudades de Santiago, Valparaíso y Viña, Concepción y Antofagasta. Creemos poder cumplir el compromiso de duplicar las áreas abastecidas de agua potable y triplicar las zonas urbanas servidas por alcantarillado.

3. CONTAMINACION ATMOSFERICA.

Ingeniero, Sr. *Ricardo Haddad*.

Un factor importante en este problema es el alto requerimiento de aire de las poblaciones urbanas; en volumen supera 5 a 10 veces el de alimentos.

Los factores domésticos y de tránsito son las principales fuentes de "contaminaciones", pues no hay una sola contaminación.

Santiago tiene una meteorología muy adversa, similar a la de Los Angeles, acaso la ciudad de aire más contaminado. Es una fortuna que sólo tengamos 100.000 automóviles en comparación con 3 millones en Los Angeles.

Un control activo de industrias y calderas se inició en Santiago a partir de 1959-60, cuando en el centro de la capital la concentración de polvo alcanzaba a 18 toneladas por Km². y por mes, equivalente a 680 mgrs. por metro cúbico. Estos son niveles 7 veces superiores a los máximos aceptables.

El Servicio Nacional de Salud y el Instituto de Higiene del Trabajo y Contaminación Atmosférica han desarrollado una campaña sistemática de inspecciones, asesoría técnica, cursos y educación a distintos niveles. Como fruto de este esfuerzo, en 1965 se comprueban sólo 4,4 toneladas por kilómetro cuadrado y por mes (oscilando entre 2,8 y 7,4), o sea, 250 mgrs. por metro cúbico.

Las perspectivas no son muy optimistas aunque exigirán esfuerzos mantenidos. Todos los contaminantes aumentarán a medida que la ciudad crece. Durante un largo período, los servicios de salud sólo pueden evitar que la situación empeore. De allí la importancia de participar en la planificación racional del crecimiento de las ciudades y de sus zonas industriales, junto a los urbanistas y otros profesionales.

El Servicio Nacional de Salud y los problemas en la gran ciudad

Dr. Conrado Ristori C., Jefe del Departamento Técnico, del Servicio Nacional de Salud y *Dra. Cristina Palma P.*, Jefe de la Sección Educación para la Salud, Servicio Nacional de Salud; Ayudante de la Cátedra de Administración, Escuela de Salubridad.

Los estudios precedentes han puesto en evidencia la complejidad y heterogeneidad de los problemas que crea la vida en la ciudad, demostrando al mismo tiempo que su solución debe buscarse en la planificación multisectorial. Sólo se conocen parcialmente los factores determinantes de las grandes corrientes migratorias observadas en los últimos años, existiendo

un amplio campo aún abierto a la investigación. En todo caso, ante la magnitud de los daños causados a la salud física, mental y social del hombre por la urbanización acelerada y sin plan, los profesionales y técnicos del sector salud debemos tomar conciencia de que para resolver estos problemas habrá que ir más allá de nuestras responsabilidades específicas e inmediatas.

En este marco, se presenta un informe muy sucinto* de lo que el Servicio Nacional de Salud ha realizado a fin de compensar el daño que tal proceso de urbanización ha traído en la salud de individuos y grupos.

Saneamiento básico.— 300 poblaciones "callampas" han surgido en Santiago, con 36.000 familias y 285 personas. El 73% de esas viviendas, al menos, carece de agua potable domiciliaria y dispone las excretas en letrinas, pozos negros o a campo abierto. La instalación masiva de letrinas puede ser aquí un riesgo más que una solución transitoria, a causa de la pequeñez de los sitios y los terrenos permeables, que favorecen la rápida colmatación.

En esta grave situación, por primera vez se coordinaron esfuerzos con otros organismos. Al Servicio Nacional de Salud correspondió el financiamiento o la instalación por sus Talleres Sanitarios de pilones públicos en 31 poblaciones. También ha dotado a 26 poblaciones de 131 depósitos de 100 litros para la disposición de basuras.

Epidemiología y Control de Enfermedades Transmisibles.— El gran hacinamiento facilita la transmisión del contagio sobre todo a niños menores, con defensas insatisfactorias. De aquí el ascenso en la mortalidad por coqueluche, difteria y sarampión, observado en las tasas transcritas para los últimos años. Intensos programas de vacunación (sobre 250.000 dosis contra el sarampión y 1.265.000 dosis de vacuna mixta y toxoide diftérico) han logrado neutralizar esa tendencia y aún bajar la mortalidad, sobre todo por sarampión, cuando se alcanzaron las metas pre-establecidas en los programas.

Este crecimiento desmesurado determina también una mayor incidencia de enfermedades entéricas. Así, la ciudad de Santiago que tiene el 27 por ciento de la población, acumula el 47% de los 5.151 casos notificados en el país en 1965. Este es uno de los serios problemas en cuya solución la acción del Servicio Nacional de Salud es muy limitada e indirecta.

La mortalidad por tuberculosis ha bajado de 43,1 por 100.000 en 1963 a 34,4 en 1965, a pesar de los efectos de la marginalidad, gracias a la intensificación de los programas de pesquisa, de la vacunación BCG y al mejor tratamiento de los enfermos.

Por distintas razones, viruela e influenza constituyen amenazas que requieren continua preocupación del Servicio, en las deficientes condiciones de vida urbana que se han descrito.

La alimentación y sus riesgos.— Con la urbanización creciente, la población desarrolla el

hábito de comer fuera de su casa. Se calcula que hay 69.000 locales de expendio en el país, 20.000 en el Gran Santiago, casi uno por cada 100 habitantes, atendidos por 56.000 manipuladores. El plan decenal ha llegado a su quinto año, con algunos progresos importantes: el porcentaje de locales considerados en Grupo "A", satisfactorios, ha subido de 25% en 1962 a 62% en 1965; la proporción de muestras satisfactorias subió en igual período de 30 a 88 por ciento. Se ha logrado enrolar a todos los manipuladores, como primer paso para el control de su salud; se han registrado 3.000 portadores de bacilos Salmonellas o Entameba histolítica en Santiago, en un esfuerzo para sanear este reservorio. Por fin, se han mejorado los laboratorios para el examen de muestras del proceso de producción y se ha aumentado su número en diversas ciudades mayores.

La atención médica. Programa de construcciones periféricas.— La nueva tendencia del Servicio, estimulada por el proceso de urbanización acelerada, es llevar la atención hasta quienes la necesitan, desplazando el máximo de atenciones desde el hospital hasta la consulta externa, 30 consultorios periféricos, de bajo costo, se han habilitado durante el año 65 en las áreas urbanas de Santiago y se proyecta cubrir en el futuro la totalidad de las poblaciones con establecimiento que atiendan las especialidades básicas. La colaboración voluntaria ha facilitado este programa, para el cual se está gestionando un préstamo ante el Banco Interamericano de Desarrollo. Se ha progresado en procurar mejores condiciones de trabajo e incentivos adecuados al personal que trabaja en estos sitios descentralizados.

Higiene del Trabajo.— El control rutinario de las industrias ha exigido reforzar nuestra Sección Higiene y Medicina del Trabajo, mientras se han tomado dos nuevas iniciativas: la creación del Instituto de Higiene del Trabajo y Contaminación Atmosférica, y la preparación y trámite de un proyecto de ley de Seguro Obligatorio contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con una prima diferenciada según el riesgo mantenido en cada industria.

En materia de accidentes, no ha sido posible aún lograr la necesaria coordinación interinstitucional, frente a los accidentes del tránsito, ni dar el impulso necesario al programa educativo frente a los accidentes en el hogar.

Salud mental y alcoholismo.— Estamos atrasados en el manejo de estos graves problemas de la vida urbana. Frente al alcoholismo, que tiene una alta frecuencia, sólo contamos con 19 servicios especializados y 93 camas. La sección respectiva asesora a 26 clubes de ex-alcohólicos.

* Copias mimeografiadas del texto completo pueden solicitarse de los autores.

Hay 400.000 niños en situación irregular en las diferentes ciudades del país. El Servicio dispone de 11.500.000 escudos para atender este problema, cubriendo hoy menos de 18.000 menores en hogares para niños de conducta antisocial (370 plazas), para rehabilitación (460 plazas) o asistencia y tratamiento (3.500 vacantes).

El problema de los ancianos se ha agravado a causa de los nuevos hábitos y circunstancias de vida urbana que no aconsejan que vivan con sus hijos ni tampoco en hogares alejados de los centros urbanos. El Servicio proyecta cambiar el manejo de los actuales asilos.

Hay en Santiago 2.300 prostitutas controladas. El Servicio sigue colaborando con otras entidades para obtener el cierre de los prostíbulos, estudiándose una modificación al Reglamento de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas. Estas han subido causando serias preocupaciones, de 1.600 denuncias en el año 64, a 1.800 en el año 65, en Santiago, y de 900 a 1.300 en Valparaíso. El estímulo de la Oficina Sanitaria Panamericana está difundiendo técnicas más rápidas para el diagnóstico serológico y para la pesquisa de contactos, que son objetos de cursos para distintos tipos de personal.

El aborto y el programa de Regulación de la Natalidad.— Un producto de la urbanización es el esfuerzo de la pareja humana para limitar el tamaño de la familia, recurriendo a menudo al aborto. En 1960, se atendieron 18.000 en los hospitales de Santiago, de un total estimado de 45.000. Esto quiere decir que por cada 100 partos se registra la pavorosa cifra de 22 abortos. Para proteger a la madre y al niño, el Servicio Nacional de Salud ha fijado una política de "Regulación de la Natalidad", libre y supervisada, dirigida en su primera etapa más a prevenir el aborto que a influir en la tasa de natalidad.

En síntesis, merece destacarse el esfuerzo de los profesionales y funcionarios del Servicio para comprender que los individuos y grupos que emigran traen consigo patrones de conducta y formas de vida que facilitan el desequilibrio con la ciudad; mientras los habitantes urbanos están recibiendo el desafío de la dinámica de los cambios que trae el progreso y del impacto socio-cultural de los nuevos grupos llegados a su comunidad. Recibimos con el mayor interés el llamado de alerta de la Organización Mundial de la Salud para enfrentar esta responsabilidad.