

## Comentarios

### Presentación del documento: “Plan de Salud, Atención Médica y Medicina Social”.

#### Santiago de Chile 1964. (Candidatura presidencial del Dr. Salvador Allende)

En el prólogo de la reimpresión de este documento se dice que éste constituye “un hito del pensamiento sanitario chileno”. La validez de esta afirmación surge con claridad cuando se comprueba que las políticas, los conceptos valóricos e incluso algunas de las medidas concretas propuestas en este “Plan de Salud”, mantienen vigencia y actualidad 42 años después de haber sido formuladas.

Una breve descripción así sea muy sintética, sobre la organización de los Servicios de Salud y los problemas de salud que afectaban a la población en el Chile de comienzos de la década de los sesenta, resulta indispensable para caracterizar el contexto en el cual se desempeñaban los profesionales y trabajadores de la salud que elaboraron el documento que ahora presentamos.

No podemos dejar de mencionar los nombres de algunos de los ilustres salubristas chilenos que aportaron generosamente su experiencia e inteligencia al servicio de esta tarea. Por los modestos y nada cómodos locales en que funcionaban las diferentes comisiones de trabajo, después de terminar las labores profesionales diarias, en los servicios o en la docencia, circulaban aportando sus ideas, Hugo Behm, Gustavo Molina, Enrique Pereda, Horacio Boccardo, Salvador Díaz, Rolando Armijo, Carlos Montoya y tantos otros cuya valiosa contribución a la construcción de este “hito” merece todo nuestro reconocimiento.

Respecto a los problemas de salud predominantes, bastan algunas de las cifras mencionadas en la introducción al documento para dimensionar la verdadera tragedia tercer mundista que vivía Chile: 33.000 defunciones de menores de 1 año en 1962, 10.000 por Diarreas Infantiles, 4.000 defunciones por

Tuberculosis, 10.000 casos de Fiebre Tifoidea y 2500 defunciones por Sarampión.

Para agregar la injusticia al drama, se reconocía además que estos problemas afectaban sobre todo a los sectores sociales más desfavorecidos

En cuanto a los Servicios de Salud existentes en ese mismo periodo, ya se podía comprobar que el Servicio Nacional de Salud (SNS), conquista de los trabajadores y sectores progresistas del país, resultaba muy limitado y hasta cierto punto desvirtuado por el contexto político-social en que se debía desenvolver. Desde una primera etapa exitosa, en la cual el SNS logró fusionar los servicios preexistentes sin dañar la atención médica, con posterioridad se estancó, obtuvo éxitos en áreas limitadas pero sus posibilidades de dar la atención médica que se requería seguían siendo cuantitativamente insuficientes.

Crecientes limitaciones económicas y cambios importantes ocurridos a partir de 1960, (Gobierno de Jorge Alessandri), que afectaban la estructura, funcionamiento y status legal del SNS, resultaron barreras que aunque fueron superadas en períodos relativamente breves, fueron factores negativos que retardaron los progresos esperados en cuanto a impacto en la situación de salud.

No es irrelevante el cambio de “Centro de Salud” a “Área Hospitalaria”. El énfasis dado en los primeros años del SNS a la protección y fomento de la salud, fue significativamente sustituido por la prioridad de la atención médica curativa, con una visión declaradamente “hospitalocéntrica”. Numerosos médicos salubristas a cargo de Centros de Salud (y en Direcciones de Hospitales), fueron destinados a funciones clínicas para “reformularlos” y “porque el

Estado debía recuperar la inversión que ya había hecho para formarlos como médicos”.

Por otra parte, se señalaba la injusta distribución de los recursos que favorecían a un estrato minoritario, que se expresaba en una desigual distribución del gasto médico: El sector público (SNS y otras instituciones), responsables de la atención médica de aproximadamente el 80% de la población del país, solo disponía del 43% del gasto médico nacional. El SNS sólo disponía del 30% de los médicos pediatras para atender al 70% de los niños de Chile, hijos de trabajadores.

La injusta distribución geográfica de los recursos también contribuía a esta desigual satisfacción del derecho a la salud, que por otra parte perdura hasta nuestros días.

Como resumen de esta situación, el documento que presentamos señalaba textualmente, en relación con la etapa que vivía el SNS: “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”.

El Plan de Salud propuesto para superar esta situación se basaba en una Política Nacional de Salud que debía ser parte integrante de una Política Nacional de Desarrollo, es decir, se consideraba parte de los cambios económicos y sociales requeridos para elevar el nivel de vida de la población.

Este plan se apoyaba en principios básicos como el concepto integral de la salud y la atención médica integral, la prioridad de atención para los sectores más necesitados y sobre todo insistía en la responsabilidad del Estado para asegurar el derecho equitativo a la salud a toda la población del país.

En consecuencia, el programa de 1964 proponía un conjunto de medidas destinadas al desarrollo y formas de aplicación de estos principios.

En relación con el concepto de atención médica integral, el documento dedica un anexo con 10 postulados básicos que consideramos de alto valor y actualizado interés. En síntesis, la atención integral de cada persona, debe considerar a cada ser humano en su totalidad física y mental en adaptación continua con su ambiente social y cultural, por lo tanto debe integrar los aspectos somático y psíquicos, lo individual con lo social, las acciones preventivas y las curativas.

Los planes de desarrollo destinados a elevar el nivel de vida y las proposiciones de acciones médico-preventivas específicas son motivo de especial atención. Para estos propósitos se plantean medidas consideradas básicas, como las siguientes:

- a. Participación del pueblo en la preparación, gestión y ejecución de las acciones de salud, entendiendo que para este efecto sería necesario formalizar la participación popular mediante la coordinación de las organizaciones de masas con los todos los niveles (nacional, regional y local) de la Organización de Salud Pública: “Consejos Populares de Salud”.
- b. Racionalización de los Servicios, entendiendo por tal la necesidad de integrar todos los Servicios del sector público, para armonizar políticas, evitar duplicación de prestaciones y multiplicación de aparatos administrativos; una mejor utilización de los recursos del sector privado; construcción y habilitación de establecimientos; Programación basada en una adecuada calificación de prioridades y justa distribución de recursos; definición de una estructura nacional consistente con la política y las tareas de salud; organización local adecuada, que permita la integración del sector salud con los gobiernos regionales y locales.

La formación de los recursos de personal necesario, particularmente de profesionales de la salud, recibe especial atención en el documento, puesto que se reconoce la insuficiencia del personal disponible: se postulaba la necesidad de producir al menos 450 médicos por año (se producían 250), 500 enfermeras y 1000 auxiliares de enfermería. Un

anexo específico define las necesidades anuales de producción de médicos, en función del crecimiento de la población, y establece las necesidades para llegar en 1990 al índice de 7.5 médicos por 10.000 habitantes.

Sabemos que si bien no fueron adoptadas de inmediato las medidas propuestas para incrementar el número de alumnos de las Escuelas de Medicina, estas se pusieron en práctica algunos años después, como resultado del profundo proceso de reforma que experimentan las Universidades chilenas (en particular la Universidad de Chile), y al ponerse en práctica las medidas propuestas en el Programa de la Unidad Popular a partir de 1971.

Un conjunto de Programas específicos de Salud que incluían tanto la atención médica integral de las personas, como la atención a grupos o aspectos específicos de salud y, la prevención a nivel de comunidad, constituían la base técnica de acción prevista para mejorar la salud de los chilenos.

De estas proposiciones hay algunas que felizmente no mantienen actualidad porque corresponden a problemas ya superados.

La situación de salud de Chile de hoy es muy diferente a la que se vivía en 1964. Aún en condiciones diferentes de adversidad, el Servicio Público de Salud pudo solucionar problemas de salud y obtener significativos progresos, particularmente a través de programas de atención materno-infantil, nutricionales y de prevención de enfermedades transmisibles.

Aunque este programa (Plan 1964) no pudo llevarse a efecto en el momento y en las condiciones que se requerían para su materialización, (Allende no ganó las elecciones), las ideas propuestas tuvieron una vigencia extendida en el tiempo y lograron resolver problemas y contribuir con el espíritu y la ideología de progreso social y bien común que lo animaba, a las decisiones que debían orientar a las siguientes generaciones:

Particular atención merecen los conceptos incluidos en el Programa de Atención de la Mujer, relativos a la "Salud de la Mujer que Trabaja" por la vigencia relevante que ellos tienen en la actual situación de desarrollo de nuestro país y en las políticas que se estudian en relación con esta materia. En estos párrafos del Plan se señala:

- La atención especial a la mujer que trabaja, tanto obrera como empleada se centrará en establecer, en coordinación con los planificadores de los recursos humanos para la producción, un "ciclo de trabajo femenino que esté engranado con el ciclo de su vida familiar".
- Se debe reconocer que durante un periodo las mujeres necesitarán de frecuentes licencias, completas o parciales, por sucesivos embarazos, puerperios y cuidado de lactantes. Después, es conveniente que "la mujer pueda nuevamente efectuar una jornada de trabajo, si bien es conveniente que esta no exceda de 6 horas a fin de que pueda atender el manejo de su hogar". Estas licencias... 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 trabajadora.

Como medidas de transición: mayor flexibilidad en la fecha de permisos pre y post natales y de feriados, para aprovecharlos de la manera más conveniente y obtener facilidades reales para amamantar al niño.

En cuanto a la salud del niño, el Plan reconocía la necesidad de afrontar la desnutrición infantil, particularmente la necesidad de reforzar el programa de leche señalando que en 1963, el SNS había distribuido solo 8 millones de kilos de leche en polvo, y los requerimientos eran de al menos 19 millones de kilos (embarazadas y niños menores de 3 años).

Sabemos que posteriormente, a partir de 1971, esta medida constituyó una de las preocupaciones centrales atendidas por el Programa de Salud del Presidente Allende (medida N°14 de su Programa). Se llegaron a distribuir más de 47 millones de kilos de leche, a menores de 15 años, embarazadas y nodrizas.

- Jardines infantiles. Nuevamente estamos refiriéndonos a una iniciativa que tiene plena actualidad. Esta medida se refiere a la atención al párvulo y se entiende por Jardín Infantil un establecimiento destinado a la atención diurna de niños de 0 a 6 años.

Junto con reconocer que “si bien la atención de lactantes y escolares presenta muchos vacíos, es la del pre-escolar la más abandonada de las edades”.

Tal como sucede en la actualidad, la primera tarea que se señalaba era la necesidad de definir la cantidad y criterios de distribución de estos establecimientos, dejando en claro que los criterios de prioridad para establecer en cifras las etapas del plan de creación, debían considerar que el primer orden de requerimientos sería el trabajo de las madres fuera del hogar y el carácter “auxilio social” en situaciones de miseria. Para la protección del pre-escolar, el Plan contemplaba la creación de 50.000 plazas de Jardines Infantiles en un plazo de 6 años.

Otros aspectos de la salud del niño se referían a la necesidad de realizar una campaña especial de prevención y curación de las diarreas infantiles, que requeriría de medidas de saneamiento, completar la red de consultorios infantiles y la dotación de camas pediátricas, formación del personal necesario y en lo inmediato, la realización de una Campaña Educativa Nacional contra las diarreas infantiles. Sólo en 1971, gobierno de Salvador Allende, se puso en práctica un programa de este tipo obteniéndose un buen resultado que se tradujo en una reducción substancial de la mortalidad infantil.

Como síntesis de lo referente a estos últimos aspectos, en el Plan se señalaba: “Puede decirse que la salud del niño chileno está esperando la Reforma Agraria y la redistribución de la Renta Nacional. (parece que este último concepto también está todavía vigente).

Las llamadas “medidas directas para mejorar las acciones preventivas de carácter colectivo, particularmente las destinadas a prevenir las enfermedades transmisibles, se siguieron efectuando aunque con frecuencia sin llegar a un nivel útil permanente. Pero la cultura sanitaria crecía y el SNS debía hacer frente ahora a demandas justificadas de la población. “Las vacunas no podían faltar”.

Aunque han transcurrido más de 40 años desde el momento en que este Plan fue propuesto al país en el marco de la candidatura presidencial del Dr. Salvador Allende, persisten grandes desigualdades en salud, que como dijo el actual Director General de la OMS, Lee Jong-Wook, en artículo reciente, dejan cicatrices en el paisaje de la Salud Mundial.

En este largo período hemos sido orientados primero, por conceptos básicamente humanitarios y bien intencionados como fue la Declaración de Alma-Ata y su utópica aspiración de “Salud para Todos en el año 2000”, que consideraba que las grandes desigualdades en la situación de salud entre países y al interior de los mismos, eran “política, social y económicamente inaceptables”.

Pasamos de esta concepción al más pragmático y hasta cruel “nuevo paradigma” de Nakajima: “Salud en la medida de lo posible”. El director de la OMS concluye textualmente: “Los delegados a Alma-Ata no pudieron anticipar el complejo paisaje de prestación de Servicios de hoy, en que las organizaciones no gubernamentales y el sector privado operan en la brecha que deja la retirada del Estado en cuanto a prestación en salud: una retirada estimulada frecuentemente por instituciones financieras internacionales y los intereses que indisimuladamente apoyan la privatización de la atención de salud”. Termina afirmando que “para

atacar las desigualdades mundiales de salud y cumplir las metas de hoy y mañana, debemos “comprometer” al futuro la experiencia de Atención Primaria en Salud y el compromiso de equidad en salud y justicia social que inspiraron Salud para Todos”.

En Chile el estado de salud alcanzado se resume en la expresión “progreso social con desigualdad”. Estas desproporciones sociales pueden aumentar, como esta ocurriendo globalmente, incluso en países desarrollados.

Finalmente, deseamos expresar que, en cuanto a nuestra afirmación inicial sobre la vigencia y validez de principios éticos fundamentales relativos a la equidad y a la solidaridad en el campo de la salud, propuestos en este Plan de Salud 1964, que éstos aún esperan por las decisiones políticas y administrativas necesarias para llevarlos auténticamente a la práctica. Posiblemente sean estas aspiraciones utópicas de “dinosaurios” que aún creen en los sueños. Pero sin embargo, les agradeceré aceptar que hay sueños que son irrenunciables.

**Dr. Manuel Zúñiga G.**