

## Comentarios

### **Segunda presentación del Documento: “Plan de Salud, Atención primaria y Medicina Social”**

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

Lo primero es agradecer a los organizadores de esta presentación, muy especialmente al maestro Carlos Montoya, por considerarme como un profesional y académico apto para acometer esta tarea.

Luego, quiero felicitar calurosamente a los autores-gestores de esta gran iniciativa, la cual no sólo implica un rescate de la historia de nuestra salud pública y medicina social, si no que también, y quizás más importantemente, significa una revitalización del debate acerca de la medicina social chilena, un refresco en medio de tanta aridez generada por la implementación de una reforma con más detractores que seguidores; un catalizador para la necesaria renovación del pensamiento de izquierda en salud.

Me siento orgulloso de estar en este espacio privilegiado, espacio físico y simbólico, en el Auditorio Salvador Allende del Colegio Médico de Chile.

Ciertamente muchos de ustedes tienen más historia, vivencias y pergaminos que quien les habla para ocupar este proscenio, esta certeza me hace sentir aún más halagado, espero que no injustamente.

Como académico, la responsabilidad de presentar este suplemento de Cuadernos Médico Sociales, que dicho sea de paso ha sido el medio nacional más central en la difusión y debate de las ideas de la medicina social en nuestra historia, es una responsabilidad que me viene muy bien porque me ha obligado a repensar muchos de los aspectos que enseñamos tanto en el pre-grado como en el postgrado; además, me ha permitido reencontrarme con muchas formas de decir que se consideran antiguas pero que mantienen una eficacia idiomática que ninguno de los eufemismos que han intentado reemplazar términos como pueblo, proletariado, clase social, etc. lo han logrado.

Bueno, entremos en materia. El programa de salud de 1964 del candidato Salvador Allende es

una documento con una riqueza político técnica incalculable. Daré algunas razones para argumentar esta aseveración.

Pero antes, quisiera recordar algunos elementos de contextualización histórica en relación a la protección social en salud hasta los sesenta. En aquella época existía como antecedente importante una evolución de la sanidad chilena desde la creación del Seguro Obrero Obligatorio en 1924, seguida de otros hitos relevantes tales como la promulgación de la ley de medicina preventiva en 1938, el envío del proyecto de creación del sistema nacional de salud por el Ministro de Salud Salvador Allende en 1941, la creación en 1942 de Protinfa, la fundación del Colegio médico en el 48, la promulgación del estatuto del médico funcionario en 1951, y el año siguiente la creación del SNS y el SSS, y finalmente la aparición de las mutualidades de seguridad en 1958, que verán en 1968 respaldada sus funciones en la protección de los trabajadores a través de la ley respectiva. En el 68, recordemos también, se dictó la ley de medicina curativa que crea el sistema de libre elección. Siguiendo a María Angélica Illanes, debemos recalcar que todo el proceso de construcción de la vía a la reforma institucional en Chile, que se inició en los años 20, está caracterizada por la incorporación legal de las clases trabajadoras al Estado, lo cual tuvo dos finalidades: en primer lugar, acercar las clases populares al Estado, sustrayéndolas de la lucha de clases y en segundo lugar, ir conformando una amplia clase media de empleados, claramente diferenciada de la clase obrera, que sirviese como base del Estado liberal y de amplia clientela para el mercado<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> María Angélica Illanes. En Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia... Historia Social de la Salud Pública. Chile 1880-1973. Colectivo de Atención Primaria. Santiago. 1993.

Es en este contexto en el que se planifica esta propuesta gubernamental y es contra este diseño de sociedad que se lucha en su contenido. No olvidemos que para Allende la salud era antes que nada *“una cuestión de estructura económica y social de niveles de vida y cultura”* y un *“deber del Estado y derecho de todo el pueblo que debe tener pleno acceso a los servicios según sus necesidades”*.<sup>2</sup>

El libro que hoy presentamos es un verdadero compendio de medicina social que por su claridad, síntesis y acuciosidad deberá transformarse en lectura obligada de todas las personas que requieran saber qué es la medicina social, cómo se aplica, y cómo se desarrolla.

El plan tiene de fondo una clara y evolucionada definición de salud como derecho social impostergable, contiene una conceptualización, muy en sintonía con la de la OMS, de lo que se debe entender por atención de salud, nos señalan que *“más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados”* debemos dirigirnos a *“las personas consideradas en su totalidad física y mental y como seres en proceso de adaptación respecto de su medio físico y cultural”*. Estos enunciados se decantan a través de los postulados de lo que los autores denominaron la *“atención médica integral”*, decálogo que paso a resumir porque es el leit motiv de la propuesta que presentamos:

1. *Descentralización*, entendida como proximidad a los consultantes más allá de la descentralización administrativa.
2. *Trabajo en Equipo de Salud* para el abordaje de los problemas de salud de las personas y del ambiente
3. *Responsabilidad* de los equipos de los resultados y de la calidad
4. *Coordinación* de la red de atención
5. *Continuidad* de la atención, temporal como de complejidad
6. Incorporación de la *salud mental*
7. *Integración* de lo individual con lo social
8. *Familia* como unidad central para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis

9. *Integración de lo preventivo-curativo y rehabilitador*. *“toda buena medicina es medicina preventiva”*

10. *Integración a la comunidad*, trabajo intersectorial

11. *Planificación y evaluación* de las acciones de salud.

12. *Promoción de salud*, expresada en la educación consciente y deliberada, y la responsabilidad irremplazable de cada persona en la salud propia y de su familia

El origen epistemológico que está detrás de este planteamiento es, como todos saben, el constructivismo que permitió desarrollar con fuerza algo, que hoy se quiere presentar como la novedad del año, me refiero a los determinantes sociales de la salud. Este programa constantemente está recordando al lector que el sistema sanitario es uno más de los determinantes del nivel de salud, del nivel de vida de la población, y aún más, enfatiza en que si no se realizan acciones integrales e integradas con otros sectores como vivienda, agricultura, transportes, etc., no se lograrán los objetivos sanitarios que se proponen. De hecho en una parte se declara *“la salud del niño chileno está esperando la reforma agraria y la redistribución de la renta nacional”*.

Como obvia consecuencia, todo el discurso está atravesado por la conceptualización de equidad en salud, que es una de las fuerzas que deben movilizar las acciones que se proponen en los diferentes ámbitos promocionales, preventivos, curativos y rehabilitadores. Se señala claramente que *“sólo 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”*. Este párrafo sirve también para graficar otro aspecto político central de la estrategia de salud que se propone, me refiero a la participación social, la cual está insertada en cada una de las propuestas operativas del plan. Una de las maneras sugeridas tiene mucha vigencia discursiva en nuestros días, esto es la necesidad de capacitar a los ciudadanos/as para el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento

2 Presidencia de la República de Chile. Primer mensaje del Presidente de la República, don Salvador Allende Goñes, al inaugurar el período de sesiones ordinarias del Congreso Nacional. 21 de Mayo de 1971.

de sus deberes en materia de salud; y otra acepción del concepto de participación que se promueve, y que lamentablemente está cada día más lejana en el estado actual de la realidad chilena, es la que se expresa en que *“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”*.

La herramienta básica para el logro de todos los objetivos del plan es el personal sanitario, el cual tiene un tratamiento específico y cuidado por parte de los planificadores, expresado en dos principios: el trato justo al personal (carrera funcionaria, incentivos económicos entre otras estrategias) y la democratización de los servicios de salud.

Son múltiples los aspectos del libro que se pueden comentar, no obstante dado el tiempo asignado, sólo resaltaré algunos, los que, dada mi deformación profesional y política, me parecen las propuestas más importantes:

- La creación del Sistema Único de Salud como el norte final de la organización sanitaria. Cabe destacar que en los exhaustivos estudios técnicos que respaldan la propuesta política, se incluyen elementos que llevan a planificar eventos hasta casi 20 años después (proyección de médicos hasta 1981). La construcción del SUS se plantea a través del financiamiento solidario (fondo general de recursos), además de recursos extraordinarios provenientes de las nacionalizaciones y de *“la supresión de la especulación y los monopolios”*.
- Otro aspecto destacado es la necesidad urgente de regular el comercio de los medicamentos, que implican una sangría de recursos y una desviación de los objetivos sanitarios.
- Por otra parte está la descentralización administrativa como herramienta para hacer más eficaz y eficiente la gestión. La cual a su vez tiene su sustento en la democratización de los servicios.
- La regulación de la formación de personal de salud para adaptar la oferta a las necesidades sanitarias en número y calidad, es otro elemento

muy destacado en el plan. Incluso se propone la creación de nuevas carreras como optometrista y la intervención en las mallas curriculares para fomentar la enseñanza integrada de asignaturas, el trabajo en terreno y el énfasis en lo social.

- La necesidad de humanizar la atención de salud *“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”*
- También, la necesidad de crear un instituto para la coordinación de la investigación en salud y la elaboración de propuestas a partir del conocimiento nuevo generado.
- La operacionalización de la atención a través de la constitución de una red asistencial funcional desde el nivel local hasta el nivel nacional.
- Importante en tal sentido es el Consultorio Distrital como pieza eje de la aplicación de los postulados de la medicina integral. Con trabajo en equipo multidisciplinario constituyente de un *“médico de familia pluripersonal”* para la atención.
- Incorporación de la salud mental, salud escolar, salud ocupacional, la atención dental y la salud ambiental.
- La creación del *“Servicio Médico Social”* para todos los médicos/as, más allá del ciclo de destinación.
- La inclusión de la rehabilitación como un elemento central del quehacer asistencial en toda la población infantil, laboral y de la tercera edad.

Una afirmación que contiene este plan y que siento que mantiene una casi trágica actualidad es aquella que plantea que *“en Chile impera una política de salud que no es nacional, sino de clase, de grupo privilegiado”*. A 42 años de dicha explicitación no hemos sido capaces de cambiar la estructura clasista de nuestro sistema sanitario y las preguntas pendientes de resolver son ¿queremos realmente cambiar esta estructura? ¿cuándo podremos generar

el cambio de voluntades para que esto sea una realidad? Para aventurar alguna respuesta podemos citar otra frase del programa que dice que una buena doctrina de salud, con proyección social (hablando del SNS) “*fracasa cuando es realizada por un sistema político en el cual el poder, los recursos y el propio bienestar se concentran en una minoría*”. Y es que sigue siendo evidente que “*la política de salud no puede considerarse aislada. Es parte integrante de una política nacional de desarrollo*”.

En definitiva estamos frente a un discurso, en el sentido semántico del término, revolucionario y altamente ético que iguala derechos, deberes, jerarquía, compromisos y deseos, que rompe con la trayectoria extremadamente elitista y economicista de la salud chilena.

Las pocas críticas que me atrevería a hacer de este monumento de la medicina social chilena van por tres ejes, y surgen desde la mirada de alguien que disfrutó como un niño de la gran claridad y fuerza discursiva para plantear todos los problemas y temas de aquel momento, por ende eché en falta una mayor explicitación y potencia, en temas que, estando presentes en el texto, no lograron ser tratados de manera exhaustiva como el resto:

1. Falencia en el enfoque de género utilizado, que aunque está presente de manera muy esporádica. De hecho el aborto y el divorcio son temas que se plantean para su posterior discusión.
2. El Plan no se pronuncia respecto del sistema sanitario de las fuerzas armadas, ni siquiera cuando se refiere a la necesidad de integrar los servicios existentes.
3. Hay un centralismo del rol del médico en el liderazgo y la acción. Un cierto medico-centralismo que aparece exagerado en algunas partes del texto.

He dejado un sin número de contenidos sin comentar, de los cuales los más destacados son los planteamientos sanitarios respecto a la salud de la madre y el niño, los adolescentes, la salud mental, la salud ambiental, etc.

Tampoco me referiré a una de las preguntas obvias después de la lectura del plan, cual es ¿y qué hizo

Allende una vez que estuvo en el poder? Lo dejaremos para el debate posterior.

Sólo señalaré que para alcanzar el revolucionario objetivo de cambiar la salud de los chilenos/as mejorando la cantidad y calidad de las prestaciones, elevar los grados de humanización en la atención, promover la descentralización y la participación popular, la izquierda chilena de aquel entonces tenía muy claro que era necesario que la población y los trabajadores tuvieran “*unión, fervor, mística y sacrificio en el empeño de su obligación*”<sup>3</sup>, o sea, estaba meridianamente claro que se requería que “*la revolución se inicie en el espíritu mismo de las personas que en ella participan*”<sup>4</sup>.

Finalmente comparto plenamente el comentario de los autores editores de este texto que dice que los elementos conceptuales y descriptivos entregados “*son todavía de actualidad y pueden contribuir a una concepción equilibrada de políticas y planes para un sistema nacional de salud equitativo, solidario, eficaz y participativo*”, y vuelvo a plantear que su lectura debería ser obligada para los profesionales, ya sea en formación o trabajando, de la salud pública nacional.

Muchas gracias y felicitaciones nuevamente.

**Prof. Dr. Mario Parada Lezcano<sup>5</sup>**  
**Universidad de Valparaíso**

3 Idem nota 2

4 Idem nota 2

5 Profesor Titular de la Escuela de Medicina. Doctor en Sociología. Director del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso.